

ARS

Agenzia Regionale di Sanità
della Toscana

Sede

Villa Fabbricotti
Via Vittorio Emanuele II, 64
50134 Firenze
tel.: 055 462431
fax: 055 4624330

e-mail:

arsanita.toscana@arsanita.toscana.it

Osservatori

Epidemiologia
elena.marchini@arsanita.toscana.it

Qualità

caterina.baldocchi@arsanita.toscana.it

Centro Documentazione

silvia.fallani@arsanita.toscana.it
rita.maffei@arsanita.toscana.it
vania.sabatini@arsanita.toscana.it

REGIONE
TOSCANA



Documenti ARS

Osservatorio di Epidemiologia

Risposta alle acuzie e ricovero psichiatrico

Una valutazione delle strutture per il ricovero e l'accoglienza in Toscana:

la ricerca PROGRES-Acuti

Il censimento PROGRES-Acuti in Toscana Fase 1

Dati generali
dell'attività

Caratteristiche
strutturali

PROGRES-Acuti Fase 2

Caratteristiche
dei ricoverati

L'ammissione

La degenza

La dimissione

I trattamenti



28
marzo 2007

Collana dei *Documenti ARS*

Direttore responsabile: Eva Buiatti

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

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

Risposta alle acuzie e ricovero psichiatrico

**Una valutazione
delle strutture per il ricovero
e l'accoglienza in Toscana:
la ricerca PROGRES-Acuti**

Indice

Presentazione della ricerca	pag. 9
Introduzione	13
Premessa	15
Parte Prima - Il censimento PROGRES-Acuti in Toscana	19
Introduzione	21
Il censimento	25
I risultati del censimento	29
Aspetti strutturali ed edilizi	71
Valutazione clinica	83
Restrittività	85
Parte seconda - La Fase 2 della ricerca PROGRES-Acuti in Toscana	97
I reparti coinvolti e le modalità di raccolta dati	99
Gli strumenti	105
I risultati della Fase 2	109
Caratteristiche socio-demografiche dei ricoverati per tipologia di reparto	109
Ricoverati ammessi (coorte incidenti): caratteristiche dell'ammissione	112
Il primo ricovero della vita	115
I ricoveri successivi	118
I trattamenti farmacologici	126
Le scale di valutazione	132
Lungodegenti	145
Conclusioni	151
Bibliografia	163
Allegato 1- Scheda Censimento	165
Allegato 2 - Scheda paziente	183
Allegato 3 - Scheda Struttura	203
Allegato 4 - Scala BPRS	219
Allegato 5 - Scala FPS	223
Allegato 6 - Questionario ROS	231
Ringraziamenti	237

Presentazione della ricerca

La presente indagine rappresenta in qualche modo una continuazione ed uno sviluppo del Progetto Nazionale di ricerca sulle Strutture Residenziali Psichiatriche, il Progetto PROGRES, che si è svolto nel 2000 e che ha visto anche la Toscana partecipare insieme a tutte le altre Regioni.

Il progetto PROGRES ha fotografato la situazione della residenzialità psichiatrica subito dopo la chiusura definitiva dei manicomi, avvenuta nel 1998.

La Regione Toscana ha aderito quindi anche al successivo progetto di ricerca finalizzata multicentrica “Una valutazione nazionale delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti – Progetto PROGRES-Acuti”, finanziato dal Ministero della Salute nell’ambito del Programma di Ricerca Finalizzata Strategica del 2001.

Il progetto è stato attuato da un gruppo di ricerca cui hanno partecipato i rappresentanti di ogni Regione con il coordinamento del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste e dell’Istituto Superiore di Sanità di Roma.

Per la Toscana è stato costituito uno specifico gruppo di ricerca regionale rappresentativo dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Cliniche Psichiatriche universitarie condotto da un responsabile scientifico regionale, con la collaborazione di medici specializzandi presso la Clinica Psichiatrica dell’Università di Firenze. Le analisi statistiche sono state condotte con il determinante sostegno delle competenze fornite dall’Osservatorio Epidemiologico dell’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

L’attività del gruppo di lavoro ha permesso di effettuare, per la prima volta dopo la riforma dell’assistenza psichiatrica del 1978, una approfondita valutazione del fenomeno del ricovero psichiatrico nella nostra Regione e la ricognizione della realtà operativa dei servizi toscani.

La Toscana ha un particolare interesse per questo aspetto dell’assistenza psichiatrica; in particolare vi è l’esigenza di tenere costantemente sotto controllo l’utilizzo del ricorso al ricovero ospedaliero, sia in termini di appropriatezza sia in termini di durata e di modalità di conduzione del percorso assistenziale. Nei propri atti di programmazione ed indirizzo la Regione Toscana individua come priorità lo sviluppo di un sistema di servizi in “rete” che assicuri la continuità dell’assistenza

e le finalità riabilitative. Le strutture di ricovero per acuti fanno parte della rete di assistenza e sono dirette a garantire una pronta e completa risposta alle situazioni di crisi ed operano assicurando la collaborazione e l'integrazione con tutti i servizi territoriali coinvolti nel progetto terapeutico riabilitativo.

Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 22 del 16 febbraio 2005, richiama con forza la necessità di ricondurre a maggiore appropriatezza il ricovero per disturbi psichiatrici, in termini di riduzione del numero delle persone ricoverate, delle reiterazioni e delle durate delle degenze. Il regime di ricovero deve avvenire nel più ampio rispetto della persona evitando ogni forma di contenzione fisica e limitando allo stretto necessario il ricorso a quella farmacologica.

La ricerca PROGRES-Acuti ha rappresentato quindi una importante opportunità per favorire il lavoro di analisi e di riflessione sulla funzionalità delle strutture di ricovero psichiatrico. Per un lavoro più capillare la Regione Toscana, con propri fondi, ha ritenuto opportuno approfondire l'indagine per tutte le strutture di ricovero che avessero almeno 4 posti letto (un *cut-off* a 5 posti letto avrebbe escluso quasi la metà dei nostri servizi) ed anche il contenuto delle schede di rilevazione approntate ad hoc è stato definito tenendo conto delle peculiarità dei servizi toscani; ad esempio si è codificata l'attività formalizzata "posti letto funzionali" in reparti di Medicina, che rappresenta una peculiarità della Toscana, unica nel panorama nazionale.

I risultati della ricerca PROGRES-Acuti sono quindi una fonte preziosa di informazioni, tuttora uniche. Bisogna infatti considerare in primo luogo che le informazioni raccolte con la ricerca quali il percorso assistenziale precedente il ricovero, i determinanti della ammissione/dimissione, le attività e i trattamenti praticati, l'occorrenza di eventi sentinella, non sono ottenibili da fonti correnti. Inoltre appare di assoluto rilievo che si possa disporre di valide informazioni sulle caratteristiche cliniche e di funzionamento sociale delle persone ricoverate, tali da permettere di individuare delle tipologie di bisogno assistenziale.

Un'ultima sottolineatura va fatta per la comparabilità delle informazioni; i dati sono stati raccolti con i medesimi metodi e strumenti nelle diverse regioni italiane e pertanto si può effettuare un complessivo confronto fra le diverse concrete realtà regionali sul fenomeno del ricovero psichiatrico.

Un particolare ringraziamento va al gruppo di ricerca toscano ed ai servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale che hanno collaborato alla realizzazione del progetto, con speciale riguardo all'Azienda USL 10 di Firenze che ha fornito il necessario supporto logistico-amministrativo.

I risultati della ricerca favoriscono il percorso avviato di riqualificazione e riorganizzazione dei servizi che devono garantire una pronta e completa risposta alle situazioni di crisi. Occorrerà tuttavia garantire una continua verifica e valutazione della qualità degli interventi e del raggiungimento dei risultati per migliorare complessivamente la qualità delle prestazioni. Nella programmazione dell'attività dei servizi è da tener presente la necessità di promuovere azioni dirette alla individuazione e gestione precoce del disturbo piuttosto che alla riparazione del "danno", riservando il-ricovero alle situazioni in cui questo sia indispensabile, con particolare attenzione al ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori, che ci auguriamo sempre meno necessari.

Galileo Guidi

Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale

Direzione Generale

Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Regione Toscana

Introduzione

Con i risultati del Progetto Nazionale di ricerca PROGRES-Acuti la Regione Toscana analizza, per la prima volta dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici, il ricovero per problematiche di salute mentale.

E' uno spaccato multidimensionale, che va dalla tipizzazione dell'utenza, alla qualità delle cure, al livello organizzativo e gestionale, il tutto in confronto con la realtà delle altre Regioni partecipanti al progetto. E' soprattutto un'occasione unica per apprezzare punti di forza e difficoltà e per rimettere mano ed attenzione ad un settore sensibile dell'assistenza socio-sanitaria integrata, riferito ad un gruppo di popolazione particolarmente bisognoso di una cultura della qualità e dell'umanità da parte del servizio pubblico.

La scelta degli indicatori utilizzati per la analisi permette di vedere in profondità le dinamiche del ricovero per cause psichiatriche, questo evento doloroso e relativamente poco frequente, dal punto di vista dell'utenza e da quello degli operatori, con un particolare accento sulle caratteristiche del bisogno che porta all'ospedale quale "rimedio" temporaneo di situazioni individuali che si vanno facendo acute.

E' paradigmatico il fatto che l'esito del ricovero, mediamente positivo per quanto riguarda la risoluzione di tali situazioni, non è però incisivo in termini di miglioramento delle problematiche sottostanti, che restano affidate alla gestione e supporto di lungo periodo dei servizi territoriali. In Toscana, i servizi territoriali sottostanno con una certa autorevolezza al fenomeno del ricovero, sia in termini di ordinatori del ricovero stesso, sia in quanto punti di riferimento del "prima" e del "dopo". Si può dire che questa presenza non è ancora sufficiente. Si può affermare che l'analisi del ricovero offre solo uno spaccato molto parziale della problematica più complessiva, e assai più rilevante in termini numerici, del disagio mentale. Tuttavia è quantomeno rassicurante il fatto che, in questa dimensione, il servizio pubblico in Toscana, evidentemente, c'è.

Anche in termini di qualità delle prestazioni durante il ricovero lo studio offre indicatori analitici ed interessanti. Rappresenta anche uno stimolo al miglioramento: la variabilità di atteggiamenti rilevata sembra più associata a "scuole" di pensiero

diverse che a diversità di situazioni cliniche. In epoca di EBM e di miglioramento continuo della qualità è necessario che questi concetti penetrino profondamente anche nel mondo della salute mentale, al fine identificare comportamenti condivisi in casi analoghi, dettati dalle migliori pratiche, e uniformità dei diritti per i cittadini indipendentemente dal loro luogo di residenza e accesso ad una struttura o all'altra.

PROGRES-Acuti quindi mette a disposizione un materiale che, speriamo, farà discutere operatori, amministratori, gestori della sanità. Speriamo anche che da questa stagione di dibattito nascano cose migliori e più appropriate per i cittadini della Toscana con problematiche di disagio mentale.

Eva Buiatti
Coordinatore Osservatorio di Epidemiologia
ARS Toscana

Premessa

Questa pubblicazione rappresenta il rapporto conclusivo della ricerca “Una valutazione nazionale delle strutture di ricovero per paziente psichiatrici acuti – Progetto PROGRES-ACUTI”, per la Regione Toscana. Il progetto di ricerca finalizzata multicentrica è stato finanziato dal Ministero della Salute nell’ambito del Programma di Ricerca Finalizzata Strategica del 2001. Hanno partecipato al progetto 19 regioni, fra cui la Regione Toscana, e le 2 Province Autonome di Trento e Bolzano. La ricerca ha permesso di effettuare, per la prima volta dopo la riforma dell’assistenza psichiatrica del 1978, una approfondita valutazione del fenomeno del ricovero psichiatrico nel nostro paese.

Lo studio prende quindi come riferimento le strutture di ricovero ed accoglienza residenziale a ciclo continuo che accolgono pazienti “acuti”. In tale definizione vengono pertanto inclusi tutti i reparti ospedalieri, pubblici o privati, della disciplina “psichiatria”. L’elaborazione del disegno dello studio e le definizioni degli strumenti di ricerca sono risultate particolarmente complesse poiché si doveva tenere conto delle modalità organizzative dei servizi sanitari e di salute mentale, differenti da regione a regione. In qualche regione (ad es. il Lazio e la Calabria) c’è un’elevata quota di ospedalità privata, in altre (Umbria e Liguria) è del tutto assente. In qualche regione i servizi psichiatrici ospedalieri di Diagnosi e Cura (SPDC) sono strutturati in modo autonomo (ad es. in Lombardia e Emilia) mentre in Toscana sono integrati nel servizio di salute mentale territoriale.

È stato infine deciso di includere nelle analisi più approfondite, previste nella seconda fase della ricerca, tutte le strutture che avessero almeno 4 posti letto: tale dimensione è stata definita anche per tenere conto della realtà operativa dei servizi di salute mentale della Toscana, che gestiscono in diverse realtà strutture di ricovero di dimensioni più contenute della media delle altre regioni (un *cut-off* a 5 posti letto avrebbe escluso quasi la metà dei nostri servizi). Inoltre anche il contenuto delle schede di rilevazione approntate *ad hoc* è stato definito tenendo conto delle peculiarità dei servizi toscani; ad esempio si è codificata l’attività formalizzata dei “Posti letto funzionali” in reparti di Medicina (RPM), che rappresenta una peculiarità della Toscana, unica nel panorama nazionale.

Tali proposte sono state rese possibili anche grazie alla costituzione di uno specifico gruppo di lavoro regionale, cui sono stati rappresentati tutte le strutture pubbliche toscane (Dipartimenti Salute Mentale e Cliniche Universitarie). Il gruppo è stato costituito per iniziativa del Dipartimento alla Salute della Regione Toscana, che ha fornito anche una parte di risorse aggiuntive rispetto al finanziamento nazionale. Grazie a ciò si è potuto allargare il campione previsto a livello nazionale di strutture analizzate in Fase 2 (dal 20% alla totalità delle strutture con almeno 4 posti letto). L'attività del gruppo di lavoro ha peraltro permesso una approfondita ricognizione della realtà operativa dei servizi toscani e, nelle diverse fasi di svolgimento, ha fatto da riferimento per le strutture che hanno poi partecipato alla ricerca. Inoltre la Clinica Psichiatrica Universitaria di Firenze ha dato la possibilità ad un gruppo di medici in formazione di partecipare direttamente alle attività sul campo nella Fase 2 della ricerca.

Il disegno della ricerca è di tipo descrittivo trasversale, ossia viene fotografata la situazione in studio al momento in cui si effettua la rilevazione. Perciò i risultati dello studio non si prestano a inferenze causali ma possono suggerire delle ipotesi da sottoporre a verifica con strumenti appropriati.

Nella prima parte del rapporto vengono illustrati e discussi i risultati del censimento sulle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici in fase di acuzie, effettuato nella prima parte del 2003 (Census-day: 8 maggio 2003). Nella fase di censimento i dati sono stati raccolti con uno scheda *ad hoc*, compilata sulla base delle dichiarazioni dei responsabili delle strutture incluse nello studio. In questa parte del rapporto i dati sulle strutture della Toscana sono messi a confronto con quelli complessivi delle altre regioni che hanno partecipato alla ricerca.

La seconda parte riporta i risultati ottenuti nella Fase 2 della ricerca (conclusa nel 2004) rispetto alle caratteristiche dei ricoverati (tipologie di utilizzazione, caratteristiche del percorso assistenziale, tipologia di bisogno/diagnosi, trattamenti effettuati per tipologia diagnostica, determinanti di ammissione/dimissione, ecc.). I dati di questa seconda fase sono stati raccolti con delle schede *ad hoc* (“scheda paziente” e “scheda struttura”, vedi allegati 1 e 2) e con strumenti di valutazione standardizzati (BPRS, FPS e ROS). La raccolta delle informazioni in questo caso è stata effettuata dai ricercatori nelle strutture coinvolte nello studio anche con la diretta valutazione dei ricoverati.

La presentazione riporta i risultati più importanti ottenuti nelle analisi dei dati raccolti con gli strumenti prescelti. La mole di dati da elaborare è risultata considerevole e non tutte le analisi effettuate sono riportate nel presente rapporto. D'altra parte ulteriori elaborazioni potranno essere effettuate sul materiale della ricerca in tempi successivi, anche in base alle esigenze e alle possibilità di sviluppo di questa argomento.

Negli allegati è riportato il materiale utilizzato per varie fasi della ricerca.

1. Scheda Censimento: è stata utilizzata nella Fase 1 della ricerca. È stato compilato per tutte le strutture di ricovero per acuti presenti sul territorio toscano.
2. Scheda paziente: utilizzata nella Fase 2 della ricerca. È stata compilata dai ricercatori per i ricoverati nelle strutture selezionate per il reclutamento dei pazienti.
3. Scheda Struttura: compilata dai ricercatori nelle visite *in loco* alle strutture di ricovero incluse nella Fase 2 della ricerca.
4. Scala ***Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*** per la valutazione degli aspetti psico-patologici..
5. Scala di ***Funzionamento Personale e Sociale (FPS)***.
6. Questionario ***Roman Opinion Scale (ROS)*** per la rilevazione dell'opinione dei dimessi sul ricovero.

PARTE PRIMA

**Il Censimento PROGRES-Acuti
in Toscana**

Introduzione

Il Progetto di ricerca “PROGRESS-Acuti” ha interessato tutte le Regioni e Province Autonome italiane, con l’esclusione della Sicilia e della Puglia. La ricerca ha consentito di fornire una descrizione completa e dettagliata delle strutture per il ricovero e l’accoglienza dei pazienti psichiatrici acuti presenti a livello nazionale. In particolare, sono state valutate le caratteristiche di struttura e di funzionamento relative a 370 strutture dotate di 8.958 posti letto (pl), che rappresentano circa l’88% delle strutture italiane di ricovero e accoglienza per pazienti psichiatrici acuti¹. Le strutture indagate sono così suddivise: *(a) 262 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)* con 3.431 pl; *(b) 55 Case di Cura* (delle quali 53 convenzionate) con 4.912 pl; *(c) 23 reparti psichiatrici universitari* (dei quali 13 sede di SPDC) con 399 pl; *(d) 22 fra CSM-24h e Centri Crisi* per un totale di 196 pl; *(e) 8 reparti di medicina (RPM)* con ricovero psichiatrico con 20 pl.(questi ultimi tutti situati in Toscana).

In Toscana, il Progetto PROGRES-Acuti ha consentito di esplorare, per la prima volta, in modo sistematico e comparabile il fenomeno del ricovero psichiatrico, nelle sue diverse modalità. Finora gli unici dati relativi alle attività dei reparti psichiatrici della regione, prodotti dal Sistema Informativo Ospedaliero regionale, tramite i flussi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), permettevano soltanto delle analisi strutturali e di funzionamento corrispondenti a caratteristiche quantitative di tali reparti. Nella ricerca PROGRES-Acuti invece sono stati considerati anche aspetti relativi al personale, alle pratiche di trattamento, alle procedure organizzative interne e di integrazione con i servizi di salute mentale territoriali. In particolare, per le 38 strutture di ricovero censite in Toscana, sono stati indagati ulteriori aspetti relativi alle caratteristiche cliniche dei pazienti, ai trattamenti, al comfort alberghiero, alle attività di formazione del personale e di miglioramento della qualità. L’attenzione a questi aspetti ha l’obiettivo di individuare, al di là delle differenze strutturali tra reparti pubblici e reparti privati, indicatori che consentano una valutazione complessiva di

¹ Nelle regioni che hanno partecipato alla ricerca non è stato possibile rilevare i dati e informazioni per 4 SPDC (65 pl), 2 Case di Cura e un reparto universitario non sede di SPDC (quest’ultimo nel Lazio). Inoltre, sono esclusi dallo studio 38 SPDC e 5 Case di Cura presenti nella regione Sicilia (fonte: Ministero della Salute, 2001).

quest'ambito assistenziale anche in considerazione dell'integrazione con l'assistenza di tipo territoriale. Tali indicatori possono rappresentare degli strumenti utili al processo di valutazione dell'assistenza qualora siano integrati da informazioni sui processi e sull'efficacia dei trattamenti erogati (Thornicroft G e Tansella M, 2000).

Obiettivi del Progetto PROGRES-Acuti

- Raccogliere un'ampia serie di informazioni fondamentali sulle strutture di ricovero per acuti che accolgono pazienti psichiatrici (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), Cliniche Psichiatriche Universitarie, Case di Cura neuro-psichiatriche, Centri di Salute Mentale con posti letto) presenti nel territorio delle Regioni e Province Autonome (P.A.) che hanno preso parte allo studio, e sui pazienti in esse ospitati.
- Valutare in maniera approfondita un campione rappresentativo di queste strutture, studiando sia i pazienti in esse ospitati, sia i trattamenti erogati, sia aspetti relativi alla qualità ed all'organizzazione dell'assistenza.
- Valutare in maniera comparativa pazienti ricoverati presso SPDC e presso Case di Cura convenzionate, al fine di definirne i rispettivi profili clinici ed assistenziali, e comprendere anche i 'percorsi' effettuati prima di giungere al ricovero, con particolare riferimento all'assistenza ricevuta dalle altre strutture territoriali dei DSM.

Disegno dello studio

La ricerca si è articolata in due fasi:

- nella **Fase 1**, è stato effettuato un censimento ed una valutazione di alcuni aspetti fondamentali delle strutture per il ricovero e l'accoglienza di pazienti psichiatrici acuti² presenti sul territorio delle regioni partecipanti. Attraverso una scheda di raccolta dati, somministrata ai responsabili di ciascuna struttura, sono stati

² Nella fase I sono state valutate le caratteristiche strutturali e di funzionamento di 313 strutture pubbliche (SPDC, CSM 24 h, università sede e non sede di SPDC, centri crisi, reparti di medicina generale) e 55 private (Case di Cura).

studiati alcuni aspetti relativi all'attività e alle pratiche di trattamento messe in atto presso tali strutture; sono state indagate le caratteristiche edilizie, il numero, le qualifiche e competenze degli operatori, le procedure organizzative interne e di integrazione con i servizi psichiatrici territoriali e alcuni aspetti relativi ai costi di gestione.

- nella **Fase 2**, è stato valutato un campione delle strutture di ricovero, pubbliche e private, presenti sul territorio regionale che presentavano almeno 4 posti letto (vedi seconda parte del rapporto).

Rilevanza dello studio

I risultati dello studio rivestono particolare rilevanza dal punto di vista della sanità pubblica in quanto per la prima volta, a 27 anni di distanza dalla riforma psichiatrica, si rendono disponibili un gran numero di informazioni su strutture che accolgono una popolazione fortemente selezionata, sia in termini di gravità sia di impegno assistenziale, all'interno della popolazione totale assistita dal Dipartimento di Salute Mentale. Lo studio ha indagato alcuni aspetti strutturali e di funzionamento quali i trattamenti e l'assistenza erogati, le modalità organizzative delle strutture, le caratteristiche socio-demografiche, cliniche ed assistenziali dei pazienti che in esse sono ospitati. Fino ad oggi, tali informazioni risultavano in larga parte mancanti oppure incomplete o riferite a ristrette realtà locali; ad oggi non sono stati condotti studi su scala nazionale o trans-regionale che abbiano indagato questi temi dal punto di vista della Sanità Pubblica. Si rendono così disponibili dati di ricerca attendibili e di sicuro aiuto per compiere scelte di programmazione sanitaria appropriate.

Maggiori informazioni sui **risultati nazionali** del progetto PROGRES-Acuti sono disponibili nel sito www.progres.org

Il censimento

Il censimento delle strutture è stato effettuato a partire dall'anagrafe regionale delle Schede Dimissione Ospedaliera (SDO) in possesso dall'Osservatorio Epidemiologico dell'Agenzia Regionale di Sanità della Regione Toscana: sono stati individuati tutti i presidi attivi sul territorio regionale che riportavano attività di ricovero per la disciplina "psichiatria" nell'anno 2001.

- Sono stati individuati 23 Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (SPDC), 8 Reparti di Medicina con ricovero acuzie psichiatriche (RPM), 3 Cliniche Psichiatriche Universitarie (CPU) e 3 Case di Cura Private Convenzionate con il SSN (di cui 1 convenzionata nel 2003), descritte nella Tabella 1.
- I risultati dell'analisi della SDO, con le strutture individuate, sono stati presentati ai coordinatori dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e ai direttori delle Cliniche Psichiatriche Universitarie (CPU) in un incontro specifico. È stato quindi costituito un Gruppo Regionale di Ricerca *PROGRES-Acuti* (1 partecipante per ogni DSM e CPU)³.
- Prima dell'avvio della rilevazione effettiva è stata effettuata una prova di compilazione del questionario censimento da parte del gruppo di lavoro regionale *PROGRES-Acuti*, con registrazione dei tempi necessari (dai 20 ai 45 minuti), in vista della attuazione dello stesso.
- I componenti del Gruppo di Ricerca hanno fatto dei test di compilazione del questionario nella versione on-line. I risultati del test, con i relativi rilievi sui problemi incontrati e possibili soluzioni, sono stati comunicati al coordinamento nazionale.
- Il coordinamento nazionale ha stabilito per il Census-day il giorno 8 maggio 2003.

³ Gruppo regionale di ricerca: **Dr. A. Guidi**, ASL 1 Massa; **Dr. R. Sarlo**, ASL 2 Lucca; **Dr.ssa A.Barontini**, ASL 3 Pistoia; **Dr. F.Ventura**, ASL 4 Prato; **Dr. F.Marchetti**, ASL 5 Pisa; **Dr. E.Malotti**, ASL 6 Livorno; **Dr. C.Bondioli**, ASL 7 Siena; **Dr. G.Cesari**, ASL 8 Arezzo; **Dr. U.Corrieri**, ASL 9 Grosseto; **Dr.ssa L.Graggani**, ASL 11 Empoli; **Dr. V. Panzera**, ASL 12 Viareggio; **Dr. A.Beccarini**, CPU Siena; **Dr.ssa L.Giardinelli**, CPU Firenze; **Dr. A.Sbrana-L.Lattanzi**, CPU Pisa.

Metodologia

I dati sono stati raccolti tramite un questionario compilato dal responsabile della struttura o da suo delegato (vedi Allegato 1). La maggior parte dei dati registrati hanno come riferimento il Census-day, in data 8 maggio 2003 (aspetti strutturali ed edilizi): quando il periodo temporale è “gli ultimi 30 giorni” il periodo di riferimento parte dal 9 aprile 2003 (personale, letti sovranumerari, ecc), il riferimento “negli ultimi 12 mesi” parte dal mese di maggio 2002. I dati di attività annuale sono riferiti al 2001.

I dati di attività dell’anno di riferimento (2001), trasmessi dalla Clinica Psichiatrica Universitaria di Pisa, riportavano le attività complessive di quella struttura che assolve anche la funzione di SPDC per la zona-distretto di Pisa. Pertanto i dati sono stati computati insieme a quelli degli SPDC presenti nella Regione Toscana e la struttura è stata considerata fra gli SPDC, in coerenza con le analisi prodotte dal coordinamento nazionale della ricerca. Nelle tabelle prodotte, pertanto, le strutture di ricovero della Toscana risultano complessivamente in numero di 37 anziché 38 (come riportato dalla tabella descrittiva delle singole strutture).

Le tipologie di strutture di ricovero rilevate nel censimento sono state: SPDC, Cliniche Universitarie, Case di Cura (Private) e posti letto funzionali in Reparto di Medicina (RPM). Nella presentazione dei risultati delle analisi il confronto fra Toscane e altre regioni è stato effettuato per tipologie di strutture omogenee; a tal fine sono stati considerati analoghi Centri di Salute Mentale sulle 24 ore (CSM-24 ore), Centri Crisi e RPM.

Le rilevazioni avevano dei periodi temporali differenti in base al tipo di variabile. È stata rilevata l’attività complessiva della struttura dell’anno 2001 (n. ricoveri, n. ricoverati, ecc.). Il numero di presenti in struttura è stato rilevato in un giorno indice (Census-day: 8 maggio 2003), mentre il personale, i trattamenti effettuati, i letti sovranumerari usati e le procedure di integrazione con i SPT sono riferite agli ultimi 30 giorni rispetto al Census-day. Le attività di prevenzione del burn-out e di contenzione sui pazienti sono invece riferite all’ultimo anno rispetto al momento della rilevazione.

Sono stati calcolati i tassi regionali rispetto alla popolazione residente di età maggiore ai 14 anni; per le strutture con bacino di utenza definito, SPDC e RPM, i

tassi sono stati calcolati anche rispetto alle aree di competenza. Per esempio per il SPDC di Pontedera si è calcolato il tasso di ricoveri prendendo come numeratore il dato di attività del 2001 e come denominatore la popolazione residente nella zona-distretto di Pontedera al 31.12.2001 di età superiore a 14 anni. Per il SPDC di Empoli, che serve le 2 zone-distretto della ASL 11, si è considerato come denominatore tutta la popolazione di età maggiore a 14 anni residente nella ASL.

I tassi di ricoveri in TSO sono stati calcolati per le strutture competenti per territorio, prendendo a riferimento la popolazione residente nelle relative zone-distretto. La popolazione residente nel territorio delle strutture, che nel 2001 non effettuavano ricoveri in TSO, è stata computata nel denominatore della struttura cui afferivano i relativi ricoveri. Ad esempio la popolazione della zona-distretto “Valle del Serchio” è stata sommata a quella della “Piana di Lucca” nel calcolo del tasso di TSO relativo al SPDC di Lucca, cui in quell’anno afferivano i ricoveri in TSO dei residenti nella “Valle del Serchio”. Nel calcolo dei tassi totali regionali non è stata considerata la popolazione delle zone-distretto che afferivano a strutture che non hanno fornito i relativi dati.

I risultati del censimento

In questa sezione vengono presentati i risultati della fase di censimento delle strutture di ricovero psichiatrico. I dati di questa parte della ricerca sono stati raccolti con la “scheda censimento” (vedi allegato). Le analisi di questa parte della ricerca sono state effettuate con il data-base nazionale, messo a disposizione dal coordinamento nazionale della ricerca PROGRES-Acuti.

La presentazione dei risultati è organizzata in tabelle che comparano la situazione della Toscana con quella delle altre regioni italiane.

I risultati delle analisi effettuate sui dati raccolti con la scheda censimento riferiti alle strutture di ricovero psichiatrico presenti nel territorio regionale, vengono indicati nelle tabelle con la dicitura “Toscana” mentre quelle delle altre regioni (esclusa quindi la Toscana) vengono indicati con la dizione “Italia”. Nelle tabelle di confronto fra i dati regionali e delle altre regioni si trovano aggregate nella medesima colonna i RPM toscani e le Altre Strutture di Ricovero Psichiatrico (ASAP), in cui sono state considerati i CSM-24 ore, Centri Crisi (vedi metodo).

Il censimento delle strutture di ricovero psichiatrico in Toscana ha fatto rilevare 24 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, 3 Case di Cura (di cui all’epoca 2 convenzionate con il SSN), 3 Cliniche Psichiatriche Universitarie (fra cui quella di Pisa, che gestisce anche l’SPDC) e 8 Reparti di medicina (RPM). In quest’ultimo caso si tratta di posti letto funzionali in reparti di medicina, gestiti direttamente dal competente servizio di salute mentale territoriale (in 4 casi anche non formalmente; ad es. con le responsabilità della Scheda Nosologica di Dimissione Ospedaliera). Va evidenziato che tali tipologie di ricoveri esistono soltanto in Toscana; nel resto del paese sono stati invece rilevate altre tipologie di strutture di ricovero, quali Centri di Salute Mentale, con posti letto attivi sulle 24 ore. Il numero di posti letto gestiti con tali tipologie organizzative risulta pari a 21 (4,6% del totale). I posti letto in SPDC sono risultati 201. In media gli SPDC hanno circa 8 ppll.(da un minimo di 4 e un massimo di 16). Va rilevato anche che su 20 Cliniche Universitarie registrate in Italia 3 si trovano in Toscana, dove hanno una quota di posti letto non irrilevante (15%, contro 1,6% osservato nelle altre regioni).

Tabella 1 – Anagrafe delle strutture di ricovero psichiatrico presenti in Toscana (8 maggio 2003)

PRESIDIO	TIPOLOGIA STRUTTURA	Ricoveri TSO	Attività Semiresidenziale	Servizio ambulatoriale	N. POSTI LETTO Ordinari	N P.L. Day Hospital
AREZZO						
Osp. "S. Donato" - Arezzo	1	Si	DH	No	7	1
Osp. "Civile" - Bibbiena	6	Si	No	No	2	
Osp. Cortona	6	Si	No	No	2	
Osp. "S. M. alla Gruccia" - Montevarchi	1	Si	No	No	6	
Osp. Sansepolcro	6	Si	No	No	2	
EMPOLI						
Osp. "S. Giuseppe" - Empoli	1	Si	DH	Altro	12	1
FIRENZE						
Osp. "S.M. Annunziata" – Bagno a Ripoli	1	Si	DH	No	10	3
Nuovo Ospedale del Mugello – Borgo SL	1	Si	DH	No	4	1
Osp. "Serristori" – Figline VA	1 *	Si	DH	Si + CSM	3 *	1
SPDC "Ponte Nuovo" c/o "AO- Careggi" - Fi	1	Si	DH	No	15	1
Osp. "S. Maria Nuova" - Firenze	1	Si	DH	No	12	6
Nuovo Osp. " S. Giovanni di Dio" - Firenze	1	Si	DH	Si	11	2
AO-Careggi - Firenze	4	No	DH	Si	23	4
Casa Cura "Poggiosereni" - Fiesole	2	No	DH	Si	50	2
Casa Cura "Villa dei Pini" - Firenze	2	No	DH	Si	75	8
GROSSETO						
Osp. della "Misericordia" - Grosseto	1	Si	Altro	Si	6	
Osp. "S. Andrea" – Massa Marittima	1	Si	DH	CSM	4	2
Osp. "S. Giovanni di Dio" - Orbetello	1	Si	CD	CSM	4	
LIVORNO						
Osp. "Riuniti" - Livorno	1	Si	No	Si	16	
Osp. "Civile Elbano" - Portoferraio	1	No	No	Si	3	
Osp. "Civile Bassa Val di Cecina" - Cecina	6	No	No	Si	4	

LUCCA						
Osp. "S. Francesco" – Barga	6	No	No	No	No	4
Osp. "Campo di Marte" – Lucca	1	Si	Altro	Si	Si	16
Casa Cura "Ville di Nozzano" - Lucca	2	No	No	Si	Si	40
MASSA						
Osp. "SS. Giacomo e Cristoforo" – Massa C.	1	Si	No	No	No	6
PISA						
SPDC c/o AO- Pisana "S. Chiara" - Pisa	3	Si	DH	Si	Si	12
Osp. "F.Lotti" - Pontedera	1	Si	DH	No	No	6
Spedali Riuniti "S. M. Maddalena" - Volterra	6	No	No	No	No	2
AO-Pisana "S. Chiara" - Pisa	4	Si	DH	Si	Si	39
PISTOIA						
Osp. "SS. Cosimo e Damiano" - Pescia	1	Si	No	No	No	8
Osp. "del Ceppo" – Pistoia	1	Si	DH	No	No	9
PRATO						
Osp. "Misericordia e Dolce" – Prato	1	Si	No	No	No	6
SIENA						
Osp. "Abbadia S. Salvatore"	6	No	CD	Si + CSM	Si + CSM	1
Osp. "Alta Val d'Elsa" - Poggibonsi	6	No	No	No	No	4
Osp. "Riuniti Valdichiana" - Montepulciano	1	Si	No	No	No	4
Osp. "Sclavo"- Siena	1	Si	No	CSM	CSM	9
AO-Senese "Le Scotte" – Siena	4	No	DH	Si	Si	7
VIAREGGIO						
Nuovo Ospedale Versilia - Viareggio	1	Si	DH	Si	Si	12
						3

* trasformato in data successiva (2004) in Centro Terapia Psichiatrica (extraospedaliero)

LEGENDA TIPOLOGIA STRUTTURE

- 1 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
- 2 Casa di Cura Convenzionata
- 3 Clinica Psichiatrica Universitaria sede di SPDC
- 4 Clinica psichiatrica Universitaria non sede di SPDC
- 5 CSM-24 ore
- 6 Reparto di Medicina utilizzato per ricovero di pazienti psichiatrici (RPM)

Tabella 2 - Tipologia di struttura e gestore dell'attività (8 maggio 2003) - Confronto Italia-Toscana

Gestione attività		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Pubblica	251	100	0	0	8	100	22	100	281	84,6
	Privato convenzionato	0	0	46	90,2	0	0	0	0	46	13,9
	Privato non convenzionato	0	0	1	2,0	0	0	0	0	1	0,3
	Mista, accoglie sia pubblici che privati	0	0	4	7,8	0	0	0	0	4	1,2
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	Pubblica	24	100	0	0	2	100	8	100	34	91,9
	Privato convenzionato	0	0	1	33,3	0	0	0	0	1	2,7
	Mista, accoglie sia pubblici che privati	0	0	2	66,7	0	0	0	0	2	5,4
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

La presenza delle case di cura è inferiore alla media nazionale (3 su 54 censite), con una offerta complessiva di 165 pp.ll. (36 vs 55% del totale). Complessivamente in Toscana sono stati censiti 457 posti letto per ricoveri a ciclo continuo, di cui quasi 2/3 di tipo pubblico, mentre a livello nazionale prevale l'offerta di tipo privato (convenzionata e non con il SSN). Il tasso di pp.ll. psichiatrici è pari a 1,3 ogni 10.000 abitanti e colloca la Toscana nella mediana della distribuzione delle regioni italiane.

Tabella 3 -Tipologie di strutture di ricovero psichiatrico per acuti (8 maggio 2003). Confronto fra Toscana e Altre Regioni

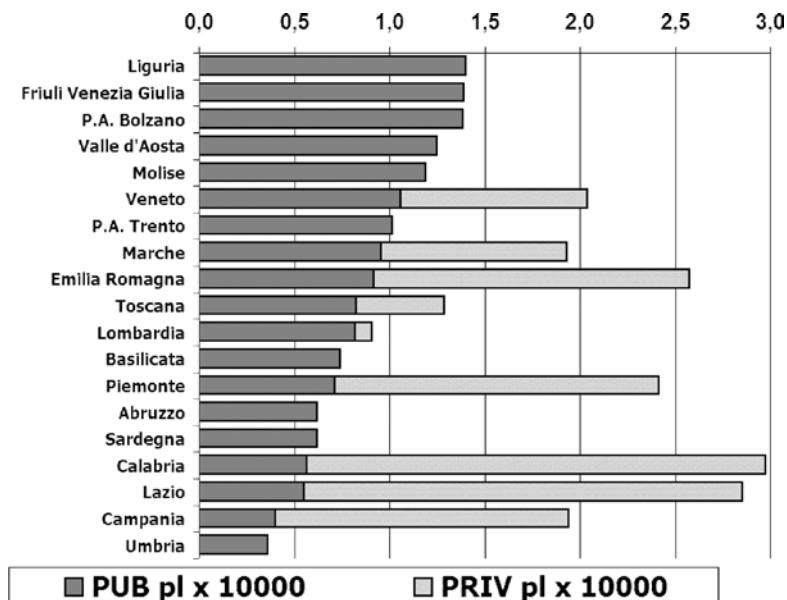
	SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria		Altre strutture per acuzie		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	251	75,6	51	15,4	8	2,4	22	6,6	332	100
Toscana	24	63,2	3	7,9	3	7,9	8	21,1	38	100
Totale	275	74,3	54	14,6	11	3,0	30	8,1	370	100

Tabella 4 - Dotazione di posti letto ordinari per tipologia di struttura di ricovero (8 maggio 2003) - Confronto fra Toscana e Altre Regioni

	SPDC		Casa di cura		CUP NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
	n.PL	%	n.PL	%	n.PL	%	n.PL	%	n.PL	%
Italia	3423	40,84	4627	55,2	136	1,62	196	2,34	8382	100
Toscana	201*	44,20	165	36,11	69	15,10	21	4,60	456	100
Totale	3625	41,01	4792	54,21	205	2,32	217	2,46	8839	100

*Compresi 12 pp.ll. di SPDC della Clinica Psichiatrica Universitaria di Pisa.

Grafico 1 - La dimensione dell'offerta pubblica e privata di ricovero psichiatrico per regione (n. posti letto per 10.000 abitanti). Anno 2001



L'attuale dotazione di pp.ll. negli SPDC toscani risulta adeguata rispetto alle attività di ricovero in poco più della metà delle strutture censite, mentre nella restante parte è risultato necessario utilizzare dei letti aggiuntivi, almeno per alcuni periodi di tempo. Tale necessità è stata osservata anche in alcuni RPM, ma con frequenza inferiore agli SPDC (25% vs 46% circa). Come si può vedere a livello nazionale la situazione si rovescia e l'uso di letti aggiuntivi è stato registrato in più della metà delle strutture.

Tabella 5 - Utilizzo di letti soprannumerari nelle diverse tipologie di struttura (Aprile 2003)

Letti soprannumerari		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	108	43	49	96,1	3	37,5	18	81,8	178	53,6
	Si	143	57	2	3,9	5	62,5	4	18,2	154	46,4
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100,0	332	100,0
Toscana	No	13	54	3	100	2	100	6	75,0	24	64,9
	Si	11	46	0	0,0	0	0	2	25,0	13	35,1
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100,0	37	100,0

Il dato sui presenti nelle diverse strutture nel Census-day (8 maggio 2003) evidenzia la suddivisione del campione di ricoverati. In Toscana erano presenti in totale 406 persone in una delle diverse strutture di ricovero: il 58% negli SPDC e quasi il 5% nei RPM, quindi nelle strutture a gestione DSM era presente quasi 2/3 del totale dei ricoverati; nelle strutture private erano presenti 125 ricoverati (38% del totale), mentre nelle Cliniche universitarie (Siena e Firenze) si arriva al 6%. Va tenuto comunque conto che la Clinica Psichiatrica di Pisa ha dichiarato la presenza di 53 ricoverati, di cui soltanto 12 sono attribuibili all'attività di SPDC.

Tabella 6 - Ricoverati presenti al Census-day (8 maggio 2003) per tipologia di struttura. Confronto fra Toscana e altre Regioni (numero e percentuale)

	SPDC		CC		CUP		ASAP		TUTTE	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Italia	3118	41,66	4067	54,34	118	1,58	182	2,43	7485	94,85
Toscana	237*	58,37	125	30,79	25	6,16	19	4,68	406	5,15
Totale	3355	42,52	4192	53,12	143	1,81	201	2,55	7891	100,00

* Compresi 53 pp.II. presenti nella CUP di Pisa.

Tabella 7 - Tassi grezzi di ricovero nelle strutture pubbliche della Toscana (per 1.000 abitanti > 14 anni). Anno 2001

CODICE SIS	NOME STRUTTURA	RICOVERI	RICOVERATI	GIORNATE
901	CUP Pisa*	5,98	2,98	111,99
605	SPDC Viareggio	4,30	2,69	27,59
622	SPDC Montevarchi	3,78	2,32	37,45
6321	SPDC SMN Firenze	3,54	1,93	33,24
627	SPDC Mugello	3,13	1,32	26,97
6326	SPDC PONTENUOVO Firenze	2,82	1,45	23,33
604	SPDC Lucca	2,75	2,00	34,74
613	SPDC Livorno	2,66	1,66	36,94
	TOTALE TOSCANA	2,42	1,52	26,60
612	RPM Cecina	2,41	1,99	16,62
624	SPDC Orbetello	2,39	1,20	24,41
603	RPM Barga	2,35	1,49	24,61
6291	SPDC SMA-Bagno Ripoli	2,29	1,37	21,33
6323	SPDC NSGD-Firenze	2,28	1,35	25,87
621	SPDC Arezzo	2,21	1,88	23,76
607	SPDC Pescia	2,17	1,44	17,49
634	SPDC Siena	2,05	1,30	23,38
623	SPDC Massa Marittima	1,89	1,07	22,59
602	SPDC Massa Carrara	1,82	1,26	10,60
610	SPDC Pontedera	1,73	1,00	21,44
626	SPDC Grosseto	1,69	1,56	14,05
615	SPDC Portoferraio	1,62	1,07	13,65
630	SPDC Empoli	1,57	1,14	20,63
6292	SPDC Figline VA	1,45	1,24	21,55
638	RPM Poggibonsi	1,36	1,03	17,46
619	RPM Sansepolcro	1,35	1,35	13,00
608	SPDC Prato	1,33	1,07	13,83
639	SPDC Montepulciano	1,33	0,96	6,76
618	RPM Casentino	1,09	0,77	21,03
609	RPM Volterra	0,81	0,61	9,24
637	RPM Amiata	0,53	0,53	5,93
620	RPM Cortona	0,22	0,18	2,38

* Compresa l'attività dei 12 pp.II. di SPDC.

Il calcolo dei tassi (vedi metodologia) per l'anno 2001, di cui si dispone dei dati di attività per ogni struttura di ricovero, permette di fare dei confronti all'interno della Toscana e fra questa e le altre regioni italiane. Il tasso grezzo di ricovero medio nelle strutture pubbliche della Toscana, è pari a circa 2,5 ricoveri per 1000 abitanti. Si collocano sopra questo valore la Clinica Universitaria di Pisa, SPDC Viareggio, SPDC Montevarchi, SPDC S.Maria Nuova-Firenze SPDC Mugello, SPDC Ponte Nuovo-Firenze, SPDC Lucca e SPDC Livorno (in ordine decrescente). Il valore osservato per la CUP di Pisa è più del doppio della media regionale (5,98 vs 2,42 x 1000); bisogna però tenere conto che in quella struttura la funzione di SPDC, con connesso bacino di utenza, è parte di una complessiva attività di ricovero con caratteristiche multizonali, dove infatti viene dichiarato che quasi il 70% dei ricoveri proviene da altre zone. Da attribuire invece alla funzione di SPDC, l'elevato valore osservato a Viareggio (provenienza fuori zona 10%). Le strutture che presentano un alto tasso di ricoveri registrano anche un tasso di giornate di degenza superiore alla media, eccetto il SPDC Ponte Nuovo-Firenze dove il tasso di giornate è inferiore a quello medio regionale; in quest'ultima struttura, cioè, si fanno tanti ricoveri di breve durata. I dati disponibili non permettono di studiare il fenomeno del rientro in reparto entro 30 giorni dalla dimissione. Per la quota di ricoveri ripetuti v. la Tabella 23.

Il tasso di ricoveri totali registrati in Toscana nell'anno 2001 è leggermente superiore a quello delle altre regioni, sia per il numero di ricoverati sia per il numero di ricoveri, mentre il tasso di giornate di degenza appare sensibilmente inferiore. Se si esclude dal calcolo l'attività della Clinica Psichiatrica di Pisa (*outlier* per la media Toscana) si osserva che tutti i valori considerati scendono sotto la media delle altre regioni.

Tabella 8 - Attività di ricovero – Tutte le strutture (Tassi grezzi per 1000 abitanti >14 anni). Anno 2001

	RICOVERI	RICOVERATI	GIORNATE	UTENTI CON 2 RICOVERI
Toscana	2,94	1,97	44,13	0,28
Italia	2,87	1,92	51,99	0,27
Toscana (-PI)	2,70	1,86	39,26	0,27

La quota di ricoverati in Toscana rappresenta circa il 6,5% del totale dei ricoverati in tutto il paese. Da notare che il settore privato rappresenta più della metà del campione mentre in Toscana scende a meno di 1/3 del totale. La quota delle Cliniche universitarie, per quanto contenuta a meno del 2% del totale nazionale, in Toscana è molto maggiore della media (tenendo conto anche della quota prodotta dalla clinica di Pisa).

Al Census-day nelle strutture della Toscana erano presenti complessivamente 17 persone ricoverate in regime di TSO, di cui 16 in SPDC e 1 in RPM. Le modalità di attuazione del TSO hanno coinvolto delle figure sanitarie in 13 casi e le forze dell'ordine in 11 casi.

Come si può notare le persone con ricovero in regime di TSO, presenti nei SPDC, rappresentano una quota pari al 6,8% del totale dei presenti al Census-day. Nei RPM tale quota è leggermente inferiore e si colloca al 5,3%. Sul totale dei presenti al Census-day in tutte le strutture di ricovero della Toscana (comprese le Cliniche Universitarie e le Case di Cura, che però possono effettuare soltanto ricoveri volontari), la quota di ricoveri in TSO è pari al 4,2% .

Il numero di ricoveri in TSO dichiarati dalle strutture censite per l'anno 2001 è risultato in totale 454 (pari al 7,6% dei ricoveri effettuati nelle strutture idonee, e al 5% del totale dei ricoveri pubblici e privati). In Toscana il tasso di ricoveri in TSO nel 2001 è risultato in media pari a circa 2 x 10.000 abitanti; il massimo valore è stato registrato presso la CUP di Pisa (che serve il territorio della zona-distretto di Pisa), dove è risultato circa il doppio della media regionale; il valore più basso (1/10 della media regionale) è quello del SPDC di Empoli, cui afferiscono i ricoveri della intera ASL 11. Il tasso di ricoverati in TSO raggiunge il suo valore massimo ancora presso la CUP di Pisa, mentre il valore più elevato del tasso di giornate in TSO è stato registrato presso il SPDC di Pontedera⁴.

⁴ Il tasso regionale di ricoverati e delle giornate in TSO risulta sottostimato per la mancanza dei relativi dati in alcune delle strutture di ricovero psichiatrico.

Tabella 9 - Ricoverati in TSO al Census-day (numero e quota rispetto al totale dei presenti)

	SPDC N (%)	Altre strutture N (%)	Totale N (%)
Italia	287 (9,2)	1 (0,5)	288(3,8)
Toscana	16 (6,8)	1 (5,3)	17 (4,2)
Totale	303 (9,0)	2 (1,0)	305 (3,9)

Tabella 10 - Tassi grezzi di ricoveri in TSO nelle strutture della Toscana (per 10.000 abitanti > 14 anni). Anno 2001

CODICE SIS	NOME STRUTTURA	RICOVERI	RICOVERATI	GIORNATE
901	CUP Pisa	3,88	3,40	40,55
605	SPDC Viareggio	3,46	NR	NR
606	SPDC Pistoia	3,40	2,06	20,21
627	SPDC Mugello	3,39	3,20	31,66
604	SPDC Lucca	3,32	3,16	NR
610	SPDC Pontedera	3,15	1,74	49,74
602	SPDC Massa Carrara	3,03	2,69	17,94
613	SPDC Livorno	2,61	2,61	28,08
621	SPDC Arezzo	2,55	2,32	25,15
639	SPDC Montepulciano	2,21	1,84	16,76
6323	SPDC NSGD-Firenze	2,09	1,84	46,26
	TOTALE TOSCANA	1,96	1,69	17,89
6321	SPDC SMN-Firenze	1,95	1,95	15,01
607	SPDC Pescia	1,79	1,79	10,40
6291	SPDC SMA-Bagno Ripoli	1,66	1,08	18,18
622	SPDC Montevarchi	1,41	1,17	11,50
6326	SPDC PONTE NUOVO-Firenze	1,37	NR	NR
624	SPDC Orbetello	1,34	1,34	10,48
608	SPDC Prato	1,01	1,01	8,08
609	RPM Volterra	0,95	0,85	9,58
6292	SPDC Figline VA	0,79	0,79	5,54
634	SPDC Siena	0,64	0,64	5,50
626	SPDC Grosseto	0,58	0,58	10,32
619	RPM Sansepolcro	0,37	0,37	5,48
618	RPM Casentino	0,32	0,32	2,24
620	RPM Cortona	0,19	0,19	2,17
650	SPDC Empoli	0,16	0,16	1,68

* I RPM di Amiata, Barga, Cecina e Poggibonsi non hanno riportato alcun ricovero in TSO nell'anno 2001.

Tabella 11 - Tassi grezzi di ricovero in TSO (per 10.000 ab. > 14 anni) - Anno 2001

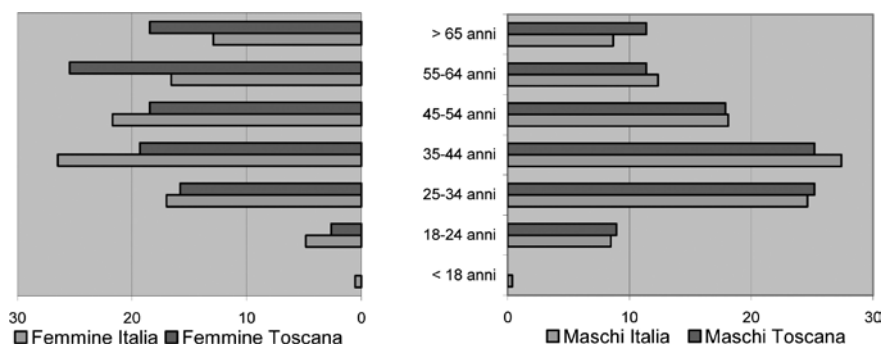
	RICOVERI	RICOVERATI	GIORNATE
Toscana	1,96	1,69	17,89
Italia	2,65	2,18	24,01
Toscana (-PI)	1,80	1,53	15,85

A livello nazionale in media la quota di presenti in TSO negli SPDC è superiore ai valori della Toscana (eccesso relativo di circa ¼), mentre la quota sul totale dei ricoveri appare inferiore. Tale dato risente della maggiore frequenza di ricoveri totali effettuati nel resto delle regioni italiane dove la quota di strutture private è molto superiore a quella della nostra regione.

Infatti, calcolando i tassi grezzi di ricovero in TSO per l'attività dell'anno 2001 (sulla popolazione residente di età superiore a 14 anni), in Toscana si osservano valori inferiori al resto delle altre regioni sia per i ricoveri sia per le persone ricoverate. Da osservare anche che nelle ASAP presenti nelle altre regioni, la quota di TSO appare del tutto marginale: sembra cioè che in tali strutture l'accoglienza di ricoveri in TSO rappresenti un evento raro se non eccezionale.

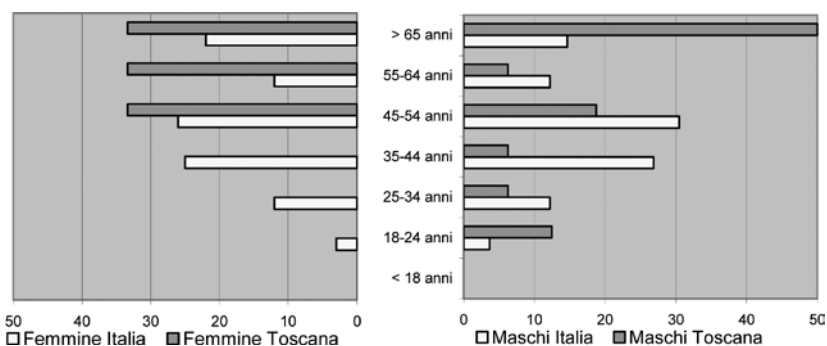
In totale negli SPDC prevalgono leggermente i maschi, così come nei RPM (M: F circa 4), mentre nelle strutture private e nelle cliniche universitarie le femmine sono quasi il doppio dei maschi. La distribuzione per sesso nelle analoghe strutture delle altre regioni corrisponde in buona misura a quanto osservato in Toscana: si differenziano soltanto le ASAP (dai RPM) che presentano una sostanziale parità fra i due sessi.

Grafico 2 - Ricoverati al Census-day per sesso e classi di età. Confronto fra SPDC della Toscana e Altre Regioni



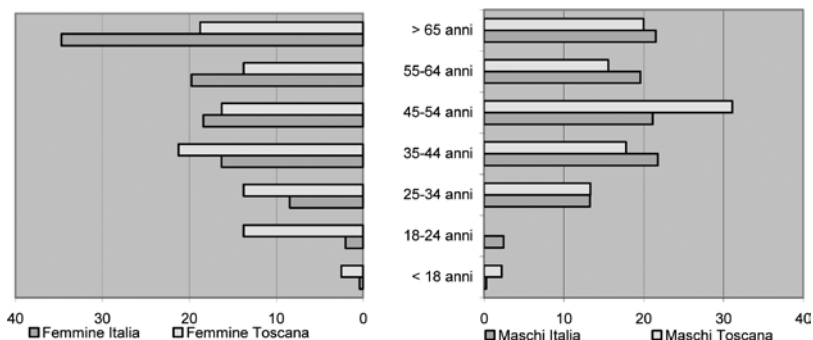
La composizione per sesso del campione di ricoverati al Census-day negli SPDC toscani mostra leggera prevalenza dei maschi. L'analisi delle classi d'età rivela però sensibili differenze: fra maschi prevalgono le classi d'età della fascia giovane adulto (moda fra 25 e 44 anni) mentre le femmine presentano uno spostamento verso le classi più avanzate (moda fra 35 e 55 anni).

Grafico 3 - Ricoverati al Census-day per sesso e classi di età. Confronto fra ASAP della Toscana e Altre Regioni



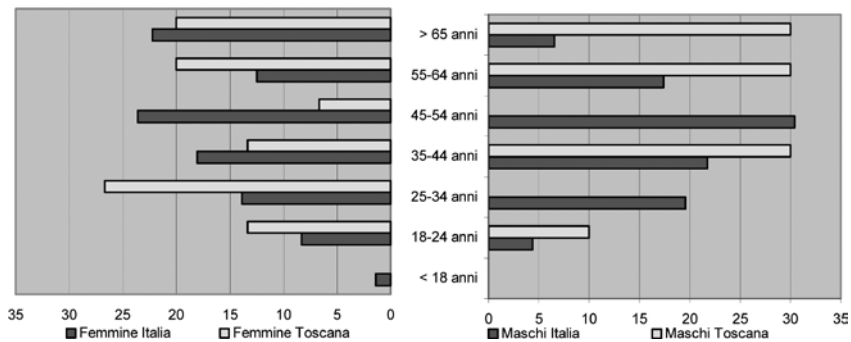
Il campione di ricoverati dei RPM - molto modesto dal punto di vista quantitativo (in tutto 19 ricoverati al Census-day) - presenta un rapporto M:F molto maggiore dei SPDC: le femmine sono quasi tutte comprese nelle classi d'età superiori a 65 anni, che anche per i maschi rappresenta la moda (50% del totale dei ricoverati).

Grafico 4 - Ricoverati al Census-day per sesso e classi di età. Confronto fra Case di Cura della Toscana e Altre Regioni



I ricoverati nelle strutture private e nelle Cliniche universitarie presentano una composizione per sesso simile, così come anche la suddivisione nelle classi d'età: fra le femmine si assiste ad una curva di distribuzione piuttosto ampia, con una presenza sensibile anche delle classi più avanzate mentre fra i maschi, almeno nelle strutture private, si osserva una evidente prevalenza della classe 45-54 anni. Da osservare che poiché in tutte le tre strutture toscane non sono inseriti fra le caratteristiche di non ammissione, sono presenti anche minori (seppure in numero ridotto: in totale 3).

Grafico 5 - Ricoverati al Census-day per sesso e classi di età. Confronto fra Cliniche Universitarie della Toscana e Altre Regioni



Il campione dei ricoverati al Census-day nelle altre regioni appare simile a quello delle corrispondenti strutture toscane, anche per la composizione in classi d'età: negli SPDC si osserva una distribuzione gaussiana, con una moda nelle classi d'età giovane-adulto (25-44 anni) per i maschi e nelle classi leggermente più avanzate per le femmine (35-54 anni); quest'ultima osservazione è in parte differente da quanto registrato in Toscana dove la distribuzione delle classi d'età per le femmine appare più piatta, con sensibile presenza anche delle classi più avanzate (> 65 anni). Per converso la distribuzione per classi d'età delle femmine nelle strutture private delle altre regioni mostra un andamento iperbolico, con una evidente prevalenza proprio nelle classi più avanzate. Si può ipotizzare che, dove la sanità privata raccoglie una rilevante quota di assistenza in ricovero, ci sia una sorta di accesso facilitato per le donne anziane. Il censimento non esplorava la composizione per patologia dei ricoverati e quindi non si può approfondire la consistenza delle patologie cerebrali organiche nel campione,

che verrà presentata nella Fase 2. Nel campione di ASAP la composizione per sesso e classe d'età appare simile a quella presentata dalle Cliniche Universitarie.

Tabella 12 - Tipologia di finanziamento per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Tipologia di finanziamento	SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia										
FSN o DRG	149	59,4	31	60,8	3	37,5	9	40,9	192	57,8
FSN indifferenziato	68	27,1	16	31,4	4	50	8	36,4	96	28,9
FSN (gg. Degenza)	28	11,2	4	7,8	1	12,5	5	22,7	38	11,4
FSN (DRG + gg degenza)	1	0,4	0	0	0	0	0	0	1	0,3
Misto (pubblico e privato)	4	1,6	0	0	0	0	0	0	4	1,2
Solo pazienti paganti	1	0,4	0	0	0	0	0	0	1	0,3
Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana										
FSN o DRG	1	4,2	0	0	0	0	1	12,5	2	5,4
FSN indifferenziato	19	79,2	2	66,7	2	100	5	62,5	28	75,7
FSN (gg. Degenza)	4	16,7	1	33,3	0	0	1	12,5	6	16,2
Solo pazienti paganti	0	0	0	0	0	0	1	12,5	1	2,7
Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Tabella 13 - Qualifica del responsabile per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Qualifica	SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia										
Psichiatra	240	95,6	31	60,8	8	100	21	95,5	300	90,4
Neurologo	5	2,0	8	15,7	0	0	0	0	13	3,92
Psicologia Clinica	0	0,0	2	3,9	0	0	0	0	2	0,6
Altro Medico	4	1,6	6	11,8	0	0	0	0	10	3,01
Psicologo	0	0	0	0	0	0	1	4,5	1	0,3
Altro	2	0,8	4	7,8	0	0	0	0	6	1,81
Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana										
Psichiatra	23	95,8	2	66,7	2	100	8	100	35	94,6
Psicologia Clinica	1	4,2	0	0,0	0	0	0	0	1	2,7
Altro	0	0	1	33,3	0	0	0	0	1	2,7
Totale	24	100,0	3	100	2	100	8	100	37	100

La gran parte delle strutture pubbliche toscane viene remunerata per le attività di ricovero dal Fondo Sanitario Regionale e non con la tariffa a DRG, mentre questa modalità è quella prevalente a livello nazionale.

Tabella 14 - Definizione del territorio nelle diverse tipologie di struttura (8 maggio 2003)

Definizione del territorio	SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Italia	No	41	16,3	9	17,6	0	0	6	27,3	56	16,9
	Si	210	83,7	42	82,4	8	100	16	72,7	276	83,1
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	No	2	8,3	3	100	2	100	0	0	7	18,9
	Si	22	91,7	0	0	0	0	8	100	30	81,1
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Le strutture pubbliche di ricovero psichiatrico in Toscana sono caratterizzate da una precisa definizione del territorio di competenza; fanno eccezione a ciò le Cliniche Universitarie che invece non hanno un bacino di utenza definito; la CUP di Pisa che gestisce il SPDC rientra in questa modalità organizzativa. Anche a livello nazionale c'è una situazione simile, anche si osserva una sensibile quota di SPDC senza definizione del territorio di competenza (circa il 16%).

Tabella 15 - Numero di abitanti nel territorio di competenza (8 maggio 2003)

Numero di abitanti	SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Italia	Fino a 100 mila	43	20	3	7,1	1	12,5	5	29,4	52	18,4
	Da 100 mila a 250 mila	131	60,9	28	66,7	6	75	9	52,9	174	61,7
	da 250 mila a 500 mila	34	15,8	10	23,8	1	12,5	2	11,8	47	16,7
	da 500 mila ad un milione	7	3,3	1	2,4	0	0	1	5,9	9	3,2
	Totale	215	100	42	100	8	100	17	100	282	100
Toscana	Fino a 100 mila	7	29,2					8	100	15	46,9
	Da 100 mila a 250 mila	16	66,7					0	0	16	50,0
	da 250 mila a 500 mila	1	4,2					0	0	1	3,1
	Totale	24	100					8	100	32	100

Per la gran parte dei casi il territorio di competenza corrisponde al territorio di una parte di una Azienda Sanitaria (in linea di massima corrispondente ad una zona-distretto); in una piccola quota invece il territorio servito corrisponde ad una intera ASL (Prato, Viareggio, Empoli). In 1 solo caso al territorio di più ASL (Livorno).

Tabella 16 - Area territoriale della struttura (bacino di utenza, 8 maggio 2003)

Area territoriale		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	A parte di una ASL	111	51,9	11	26,2	3	37,5	11	68,8	136	48,6
	Al territorio di una intera ASL	77	36,0	23	54,8	4	50	3	18,8	107	38,2
	Al territorio di più ASL	22	10,3	7	16,7	1	12,5	1	6,3	31	11,1
	Altro	4	1,9	1	2,4	0	0	1	6,3	6	2,1
	Totale	214	100	42	100	8	100	16	100	280	100
Toscana	A parte di una ASL	14	66,7	2	100	2	100	5	83,3	23	74,2
	Al territorio di una intera ASL	5	23,8	0	0	0	0	1	16,7	6	19,4
	Al territorio di più ASL	1	4,8	0	0	0	0	0	0	1	3,2
	Altro	1	4,8	0	0	0	0	0	0	1	3,2
	Totale	21	100	2	100	2	100	6	100	31	100

Tabella 17 – Pazienti (quota %) accolti da altro territorio per tipologia di struttura. Anno 2001

Quota percentuale		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Fino al 10 %	91	36,3	49	96,1	6	75	18	81,8	164	49,4
	Dal 10 al 20 %	99	39,4	0	0	2	25	2	9,1	103	31,0
	Dal 20 al 30 %	35	13,9	0	0	0	0	2	9,1	37	11,1
	Oltre il 30%	26	10,4	2	3,9	0	0	0	0	28	8,4
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100,0
Toscana	Fino al 10 %	10	41,7	-	-	-	-	4	50	14	43,8
	Dal 10 al 20 %	12	50	-	-	-	-	4	50	16	50,0
	Dal 20 al 30 %	1	4,2	-	-	-	-	0	0	1	3,1
	Oltre il 30 %	1	4,2	-	-	-	-	0	0	1	3,1
	Totale	24	100	--	-	-	-	8	100	32	100

A conferma della elevata definizione del territorio di competenza degli SPDC toscani, si può osservare che la provenienza dei ricoverati da aree diverse, nella grande maggioranza delle strutture (in 4 su 5) rappresenta una quota inferiore al 10% e che solo in 1/8 dei casi è compreso fra il 20-30%; nel resto delle regioni in oltre la metà degli SPDC si supera il 10% e in 1/3 dei casi è superiore al 20%. A livello nazionale una maggiore definizione territoriale è mostrata invece dalle “Altre strutture per acuzie”.

Tabella 18 - Tipologia di incarico del responsabile della struttura (8 maggio 2003)

	Incarico	SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Dirigente di str. semplice	85	39,7	8	19	0	0	8	50	101	36,1
	Dirigente di str. complessa	125	58,4	2	4,76	8	100	8	50	143	51,1
	Dir di str.semplice (Casa Cura)	0	0	16	38,1	0	0	0	0	16	5,7
	Dir di str.semplice (Casa Cura)	0	0	16	38,1	0	0	0	0	16	5,7
	Altro	4	1,9	0	0	0	0	0	0	4	1,4
	Totale	214	100	42	100	8	100	16	100	280	100
Toscana	Dirigente di str. semplice	11	52,4	0	0	0	0	4	66,7	15	48,4
	Dirigente di str. complessa	9	42,9	0	0	2	100	2	33,3	13	41,9
	Dir di str.semplice (Casa Cura)	0	0	1	50	0	0	0	0	1	3,2
	Dir di str.semplice (Casa Cura)	1	4,8	1	50	0	0	0	0	2	6,5
	Totale	21	100	2	100	2	100	6	100	31	100

L'assetto organizzativo delle strutture di ricovero varia nelle diverse tipologie; le Cliniche Universitarie hanno tutte una definizione di “struttura complessa”, sia a livello toscano sia a quello nazionale. Gli SPDC toscani vedono più frequentemente un responsabile di “struttura semplice”, così come gli RPM (che in genere sono parte di un servizio di aree con popolazione contenuta (entro 50.000 abitanti). In Toscana anche le case di cura prevedono un responsabile di “struttura semplice”, mentre a livello nazionale si registra la responsabilità di “struttura complessa” in quasi la metà dei casi.

Tabella 19 - Attività semiresidenziali nella struttura. Anno 2001

Servizio semiresidenziale		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	114	53,3	36	87,8	4	50	2	12,5	156	55,9
	Day hospital	91	42,5	4	9,8	4	50	2	12,5	101	36,2
	Centro diurno	4	1,9	1	2,4	0	0	6	37,5	11	3,9
	Entrambi	2	0,9	0	0	0	0	6	37,5	8	2,9
	Altro	3	1,4	0	0	0	0	0	0	3	1,1
	Totale	214	100	41	100	8	100	16	100	279	100
Toscana	No	7	33,3	0	0	0	0	5	83,3	12	38,7
	Day hospital	12	57,1	2	100	2	100	0	0	16	51,6
	Centro diurno	1	4,8	0	0	0	0	0	0	1	3,2
	Entrambi	0	0	0	0	0	0	1	16,7	1	3,2
	Altro	1	4,8	0	0	0	0	0	0	1	3,2
	Totale	21	100	2	100	2	100	6	100	31	100

Tabella 20 - Attività ambulatoriali nella struttura. Anno 2001

Tipo di attività		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Ambulatorio	108	50,5	11	26,8	7	87,5	2	12,5	128	45,9
	CSM	10	4,6	0	0	0	0	2	12,5	12	4,3
	Entrambi	9	4,2	0	0	0	0	6	37,5	15	5,4
	No Ambulatorio	82	38,3	30	73,1	1	12,5	6	37,5	119	42,7
	Altro	5	2,3	0	0	0	0	0	0	5	1,8
	Totale	214	100	41	100	8	100	16	100	279	100
Toscana	Ambulatorio	6	28,6	2	100	2	100	0	0	10	32,3
	CSM	3	14,3	0	0	0	0	0	0	3	9,7
	Entrambi	1	4,7	0	0	0	0	1	16,7	2	6,5
	No Ambulatorio	10	47,6	0	0	0	0	5	83,3	15	48,4
	Altro	1	4,7	0	0	0	0	0	0	1	3,2
	Totale	21	100	2	100	2	100	6	100	31	100

L'offerta di trattamento a ciclo parziale (in genere Day-Hospital) è stato registrato in una quota maggioritaria di strutture toscane; sia le cliniche universitarie sia le case si cura presentano infatti tale modalità di trattamento; anche fra la maggioranza degli SPDC (circa 2/3) è stato registrata la presenza di un Day-Hospital (o di Centri Diurni). Invece in 1 solo RPM (Amiata) è stata registrata una attività semiresidenziale: anche per tale item si deve considerare che l'attività ospedaliera è un aspetto funzionale di un servizio territoriale che ha il centro organizzativo nel Centro Salute Mentale, dove spesso sono presenti anche le attività semiresidenziali.

Con maggiore frequenza presso gli SPDC non è presente un'attività ambulatoriale (in più della metà dei casi), mentre in una quota lo stesso CSM di trova nel medesimo edificio in cui c'è il SPDC. Fra i RPM soltanto in 1 caso (Amiata) il servizio ha sia il CSM sia un ambulatorio. Va rilevato che a livello nazionale fra gli ASAP in circa 2/3 dei casi è presente un'attività ambulatoriale e/o di CSM.

Tabella 21 - Presenza di lista di attesa per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Lista di attesa		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	176	82,2	12	28,6	1	12,5	14	87,5	203	72,5
	Si	38	17,8	30	71,4	7	87,5	2	12,5	77	27,5
	Totale	214	100	42	100	8	100	16	100	280	100
Toscana	No	20	95,2	0	0	0	0	6	100	26	83,9
	Si	1	4,8	2	100	2	100	0	0	5	16,1
	Totale	21	100	2	100	2	100	6	100	31	100

Nell'anno 2001 nelle strutture censite nello studio in Toscana sono stati registrati 9141 Ricoveri ordinari - pari a circa il 6,5% del totale nazionale (in Italia sono risultati in totale circa 140.000) - che hanno prodotto 137.115 giornate di degenza complessive, per un totale di 6110 persone ricoverate (in Italia sono risultate in totale circa 95.000). La quota più frequente di utenti al primo ricovero⁵ negli SPDC

⁵ Nella fase del censimento è stato rilevato il dato relativo ai primi ricoveri nella struttura censita, mentre il dato sui ricoveri "first-ever" è stato registrato nella Fase 2 della ricerca.

è pari a circa la metà dei ricoverati, sia a livello nazionale sia in Toscana; in Toscana si registra invece che in 1/3 degli SPDC la quota è inferiore al 20% del totale (nel resto di Italia è il 17%): nella nostra regione cioè si evidenzia un maggior numero di strutture con una elevata quota di persone che hanno una storia di precedenti ricoveri. Al contrario nelle case di cura della Toscana viene dichiarata una quota di persone che non sono mai state ricoverate in precedenza nella medesima struttura molto più elevata (> al 60% dei ricoverati nelle 3 strutture censite) che nel resto del paese.

Tabella 22 - Percentuale di pazienti con ricoveri ripetuti nelle diverse tipologie di struttura. Anno 2001

Utenti con ricoveri ripetuti		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Fino al 10%	8	4,1	2	5,7	1	16,7	0	0	11	4,4
	Dal 10 al 20%	67	34	21	60	2	33,3	3	25	93	37,2
	Dal 20 al 30%	93	47,2	8	22,9	3	50	3	25	107	42,8
	Oltre il 30%	29	14,7	4	11,4	0	0	6	50	39	15,6
	Totale	197	100	35	100	6	100	12	100	250	100
Toscana	Fino al 10%	0	0	0	0	1	50	1	16,7	2	6,5
	Dal 10 al 20%	6	28,6	1	50	1	50	3	50	11	35,5
	Dal 20 al 30%	9	42,9	1	50	0	0	2	33,3	12	38,7
	Oltre il 30%	6	28,6	0	0	0	0	0	0	6	19,4
	Totale	21	100	2	100	2	100	6	100	31	100

Le persone che hanno ricoveri ripetuti nel corso dello stesso anno rappresentano una particolare tipologia di utenti. Si può notare che se per le cliniche universitarie tale quota non supera mai il 20% nell'anno, nelle case di cura si colloca ad un livello superiore (fra il 20 e 30%). Il dato degli SPDC è invece più distribuito con una moda (45,8% degli SPDC) nella fascia fra 20 e 30% e una parte non irrilevante (quasi 1 su 3) presenta una quota superiore al 30% di persone con ricoveri ripetuti nell'anno (Pontedera, Montevarchi, Orbetello, Mugello, Firenze-SMN, Firenze-Ponte Nuovo, Firenze-SMA)⁶;

⁶ A questi presidi va aggiunta la Clinica Universitaria di Pisa dove nel 2001 è registrata una media di 2 ricoveri per ricoverato nell'anno 2001, ma che non ha fornito il dato di questa voce.

da notare che in nessun SPDC toscano la quota di ricoveri ripetuti è inferiore al 10%. Anche una frazione rilevante di RPM presenta una quota di ricoveri ripetuti, anche se in quantità inferiori agli SPDC. Nel confronto con la situazione nazionale si può osservare che gli ASAP hanno una rilevante quota di strutture con una frazione di ricoveri ripetuti superiore al 30%, mentre gli SPDC mostrano una minore frequenza rispetto alle corrispondenti strutture toscane. Si può cioè osservare che le quote maggiori di utenti sono registrate nelle strutture di ricovero che hanno caratteristiche organizzative più “territoriali”. Nell’analisi di tale dato bisogna considerare che tale tipologia di utenti probabilmente è quella con maggiori problematiche e con maggiori difficoltà di presa in carico e con rischi di “fuga dai servizi”. In questi casi la bassa ripetizione del ricovero nelle strutture con minore collegamento con il territorio può rappresentare una caduta del circuito assistenziale e della presa in carico delle tipologie di utenti con problematiche complesse.

Tabella 23 - Assistenza infermieristica (n. operatori) per Posto Letto per tipologia di struttura. Anno 2003

Operatori/posto letto		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Fino ad 1 per PL	16	7,7	41	100	7	87,5	1	6,3	65	23,8
	Da 1 a 2 per PL	165	79,3	0	0	1	12,5	5	31,3	171	62,6
	Da 2 a 3 per PL	26	12,5	0	0	0	0	1	6,3	27	9,9
	> di 3 per PL	1	0,5	0	0	0	0	9	56,3	10	3,7
	Totale	208	100	41	100	8	100	16	100	273	100
Toscana	Fino ad 1 per PL	1	4,8	2	100	2	100	1	16,7	6	19,4
	Da 1 a 2 per PL	7	33,3	0	0	0	0	2	33,3	9	29
	Da 2 a 3 per PL	10	47,6	0	0	0	0	0	0	10	32,3
	> di 3 per PL	3	14,3	0	0	0	0	3	50	6	19,4
	Totale	21	100	2	100	2	100	6	100	31	100

Come si può notare dalla tabella la disponibilità di personale di assistenza mostra delle sensibili differenze fra le diverse tipologie di strutture di ricovero. Nelle case di cura e nelle Cliniche Universitarie, sia della Toscana sia delle altre regioni, in quasi

tutti i casi c'è una dotazione di personale non superiore ad 1 unità per posto letto, che negli SPDC della Toscana si registra solo in una quota minima (1 struttura su 24, pari a circa il 5% del totale), mentre più della metà delle strutture ha una dotazione di 2-3 operatori (nel resto delle regioni solo 1/5 degli SPDC). Da notare che invece nella maggioranza delle altre strutture per acuzie delle altre regioni la dotazione di personale dichiarata è superiore a 3 operatori per pl. Si può ipotizzare che in questi casi il personale non sia dedicato solo per la funzione di ricovero-ospitalità ma che svolga altre attività proprie della struttura (CSM, ecc.).

Tabella 24 - Assistenza del personale laureato (Ore giornaliere) per Posto Letto per tipologia di struttura. Anno 2003

Ore giornaliere/PL		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Fino ad 1 ora	45	21,6	44	89,8	1	25	6	28,6	96	34
	Da 1 a 2 ore	114	54,8	5	10,2	1	25	3	14,3	123	43,6
	Da 2 a 4 ore	21	10,1	0	0	1	25	2	9,5	24	8,5
	Da 4 a 6 ore	19	9,13	0	0	1	25	6	28,6	26	9,2
	Oltre le 6 ore	9	4,3	0	0	0	0	4	19	13	4,6
	Totale	208	100	49	100	4	100	21	100	282	100
Toscana	Fino ad 1 ora	5	27,8	3	100	0	0	3	50	11	37,9
	Da 1 a 2 ore	10	55,6	0	0	1	50	3	50	14	48,3
	Da 4 a 6 ore	3	16,7	0	0	1	50	0	0	4	13,8
	Totale	18	100	3	100	2	100	6	100	29	100

Negli SPDC la quota giornaliera di assistenza disponibile da parte di medici (e/o psicologi), rispetto al numero di posti letto della struttura, presenta una moda (che riguarda più della metà delle strutture) nella fascia 1-2 ore; i RPM sono compresi tutti entro le 2 ore giornaliere mentre le Cliniche universitarie si collocano tutte sopra 1 ora al giorno. Le strutture private sono invece comprese tutte nella fascia non superiore ad 1 ora giornaliera. A livello nazionale si registra una situazione simile a quella Toscana, sia per i SPDC (che però comprendono una piccola quota di strutture oltre le 6 ore giornaliere, quasi il 5% del totale) sia per le strutture private. Fra le

ASAP si registra invece una quota di assistenza superiore a quella delle analoghe strutture toscane, con una quota di circa 1/5 del totale che dichiara oltre le 6 ore giornaliere.

Tabella 25 - Assistenza Infermieristica (Ore giornaliere) per Posto Letto per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Ore giornaliere/PL		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		Italia	< 5 ore	32	14,1	49	98	6	75	4	20
	Da 5 ad 8 ore	130	57,3	1	2	2	25	1	5	134	43,9
	Da 8 a 12 ore	54	23,8	0	0	0	0	1	5	55	18
	> le 12 ore	11	4,8	0	0	0	0	14	70	25	8,2
	Totale	227	100	50	100	8	100	20	100	305	100
Toscana	< alle 5 ore	3	14,3	3	100	2	100	6	75	14	41,2
	Da 5 ad 8 ore	6	28,6	0	0	0	0	0	0	6	17,6
	Da 8 a 12 ore	7	33,3	0	0	0	0	1	12,5	8	23,5
	> 12 ore	5	23,8	0	0	0	0	1	12,5	6	17,6
	Totale	21	100	3	100	2	100	8	100	34	100

Tabella 26 - Assistenza infermieristica (n. ore) per giorno di ricovero per tipologia di struttura. Anno 2001. Confronto Toscana vs. Italia

Ore/gg ricovero		Tipologia struttura									
		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Inferiore a 5 ore	29	11,8	48	94,1	6	75	2	13,3	85	26,6
	Da 5 a 8 ore	91	37,1	1	1,9	1	12,5	2	13,3	95	29,8
	Da 8 a 12 ore	80	32,7	1	1,9	1	12,5	4	26,6	86	26,9
	Oltre le 12 ore	45	18,4	1	1,9	0	0	7	46,6	53	16,6
	Totale	245	100	51	100	8	100	15	100	319	100
Toscana	Inferiore a 5 ore	2	8,3	3	100	1	50	5	62,5	11	29,7
	Da 5 a 8 ore	4	16,7	0	0	1	50	0	0	5	13,5
	Da 8 a 12 ore	9	37,5	0	0	0	0	0	0	9	24,3
	Oltre le 12 ore	9	37,5	0	0	0	0	3	37,5	12	32,4
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

La disponibilità di personale per l'assistenza infermieristica (compresa quella alla persona) per ogni posto letto di SPDC presenta una moda di strutture nella fascia di 8-12 ore al giorno: nella struttura mediamente c'è un operatore ogni 2 pp.ll.: I RPM presentano invece una prevalenza nella fascia "inferiore a 5 ore al giorno", così come tutte le Cliniche universitarie e le strutture private. A livello nazionale gli SPDC si collocano in prevalenza su una quota di assistenza inferiore a quella Toscana mentre Cliniche Universitarie e Case di Cura sono sostanzialmente nella medesima situazione delle corrispondenti strutture toscane. Va fatto rilevare che la grande maggioranza delle ASAP presenti nelle altre regioni dichiara una disponibilità di assistenza superiore a 12 ore al giorno per posto letto.

Per ogni ricoverato presente, nel periodo di riferimento della rilevazione (aprile 2003), in media giornalmente era disponibile l'assistenza di personale medico e/o psicologo variabile fino ad un massimo di 6 ore (per circa il 90% delle strutture); una piccola quota di strutture dichiara una disponibilità superiore a 6 ore giornaliere: in quest'ultima fascia in Toscana sono annoverati il SPDC di Grosseto, e i RPM "Amiata" e "Cortona".

Tabella 27 - Assistenza psichiatrica (n. ore giornaliere) per giorno di ricovero per tipologia di struttura. Anno 2001. Confronto Toscana vs Italia

Ore/giorno ricovero		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Fino a 1 ora	29	11,9	37	72,5	1	12,5	5	33,3	72	22,7
	Da 1 a 2 ore	106	43,6	11	21,5	1	12,5	4	26,6	122	38,4
	Da 2 a 4 ore	63	25,9	2	3,9	5	62,5	1	6,6	71	22,4
	Da 4 a 6 ore	26	10,7	1	1,9	1	12,5	4	26,6	32	10,1
	Oltre le 6 ore	19	7,8	0	0	0	0	1	6,6	20	6,3
	Totale	243	100	51	100	8	100	15	100	317	100
Toscana	Fino a 1 ora	3	12,5	2	66,6	0	0	2	25	7	18,9
	Da 1 a 2 ore	6	25	1	33,3	0	0	2	25	9	24,3
	Da 2 a 4 ore	11	45,8	0	0	1	50	1	12,5	13	35,1
	Da 4 a 6 ore	3	12,5	0	0	1	50	1	12,5	5	13,5
	Oltre le 6 ore	1	4,2	0	0	0	0	2	25	3	8,1
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Tabella 28 - Ricoveri ordinari: degenza media per tipologia di struttura. Anno 2001

Degenza media		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Fino a 10 gg	57	27,3	2	4,9	0	0	0	0	59	21,9
	Da 10 a 15 gg	101	48,3	0	0	3	37,5	3	25	107	39,6
	Oltre 15 gg	51	24,4	39	95,1	5	62,5	9	75	104	38,5
	Totale	209	100	41	100	8	100	12	100	270	100
Toscana	Fino a 10 gg	10	47,6	0	0	0	0	1	16,7	11	35,5
	Da 10 a 15 gg	10	47,6	0	0	1	50	4	66,7	15	48,4
	Oltre 15 gg	1	4,8	2	100	1	50	1	16,7	5	16,1
	Totale	21	100	2	100	2	100	6	100	31	100

L'analisi della degenza media dei ricoveri ordinari mostra delle sensibili diversità sia fra le strutture, sia al loro interno fra le regioni. Nelle case di cura e nelle Cliniche Universitarie la degenza media si colloca in prevalenza nella fascia oltre i 15 giorni in tutto il campione, con un comportamento omogeneo su tutto il territorio nazionale, Toscana compresa. Negli SPDC la prevalenza è nella fascia entro 15 giorni, che in Toscana presenta una moda nella fascia “entro 10 giorni”; i RPM della Toscana presentano una prevalenza della fascia “da 10 a 15 gg”, mentre per le “altre strutture per acuzie” delle altre regioni (che incorporano i CSM con posti letto), si osserva una larga prevalenza della degenza media “oltre 15 gg”.

Tabella 29 - Ricoveri in Day-Hospital: Degenza media per tipologia di struttura. Anno 2001

Degenza media		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	< 5 giorni	30	34,1	0	0	0	0	1	12,5	31	29,8
	Da 5 a 10 giorni	29	33,0	1	25	1	25	0	0	31	29,8
	Da 10 a 15 giorni	14	15,9	0	0	2	50	2	25	18	17,3
	Oltre 15 giorni	15	17,0	3	75	1	25	5	62,5	24	23,1
	Totale	88	100	4	100	4	100	8	100	104	100
Toscana	Da 5 a 10 giorni	4	44,4	0	0	1	50			5	38,5
	Da 10 a 15 giorni	2	22,2	2	100	1	50			5	38,5
	Oltre 15 giorni	3	33,3	0	0	0	0			3	23,1
	Totale	9	100	2	100	2	100			13	100

Il regime di assistenza in Day-Hospital viene praticato in una quota non maggioritaria degli SPDC (circa il 40% delle strutture). Di converso alla degenza ordinaria si può osservare che per gli SPDC della Toscana che utilizzano il Day-Hospital ospedaliero (circa 4 su 10 delle strutture) la degenza media di tale forma di assistenza è superiore a quella delle altre regioni: nella fascia “inferiore a 5 gg” in Toscana si ritrova soltanto 1 SPDC su 10, mentre nel resto delle regioni quasi in 4 su 10; inoltre la degenza media della fascia “oltre 15 gg” in Toscana registra circa il 30% delle strutture mentre ciò avviene solo nel 15% delle altre regioni. Nei RPM della Toscana non viene attuata la forma di assistenza in regime di Day-Hospital ospedaliero (Il D-H in Toscana può essere collocato anche in strutture extra-ospedaliere).

Tabella 30 - Ricoveri in regime di TSO per tipologia di struttura. Anno 2001

Quota TSO		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Inferiore al 5 %	29	14,1	40	100	5	83,3	11	91,7	85	32,2
	Dal 5 al 10 %	63	30,6	0	0	1	16,7	1	8,3	65	24,6
	Dal 10 al 15 %	47	22,8	0	0	0	0	0	0	47	17,8
	dal 15 al 20 %	27	13,1	0	0	0	0	0	0	27	10,2
	Oltre il 20 %	40	19,4	0	0	0	0	0	0	40	15,2
	Totale	206	100	40	100	6	100	12	100	264	100
Toscana	Inferiore al 5 %	4	21,1			1	100	2	50	7	29,2
	Dal 5 al 10 %	8	42,1			0	0	1	25	9	37,5
	Dal 10 al 15 %	3	15,8			0	0	1	25	4	16,7
	dal 15 al 20 %	4	21,1			0	0	0	0	4	16,7
		Totale	19	100			1	100	4	100	24

Le case di cura non sono strutture abilitate ai ricoveri in TSO e pertanto non compaiono nella relativa tabella descrittiva. Gli SPDC toscani presentano una quota di TSO che non supera in nessun caso il 20% dei ricoveri totali, mentre la moda (circa la metà delle strutture) presenta una quota compresa fra il 5 e il 10%. Nei 2/3 degli RPM che effettuano TSO tale tipologia di ricoveri non supera il 5% del totale. A livello nazionale si può osservare che c'è una quota non residuale di SPDC (1 su 5) che registra una quota di TSO superiore al 20% del totale dei ricoveri; le ASAP

invece, analogamente ai RPM toscani, si collocano nella stragrande maggioranza nella fascia “inferiore al 5%”. La quota di ricoveri in TSO va letta alla luce della tenuta territoriale del servizio psichiatrico e della qualità della presa in carico. Appare suggestivo che la frazione di ricoveri in TSO si riduce all’aumentare della quota di utenti con ricoveri ripetuti e cioè nelle strutture che hanno un tasso maggiore di “territorialità”.

Tabella 31 - Ricoveri in TSO per tipologia di struttura. Giornate di degenza (quota sul totale dei ricoveri). Anno 2001

Quota gg. TSO		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Fino al 5 %	54	24,5	48	100	5	83,3	15	100	122	42,2
	Dal 5 al 10 %	68	30,9	0	0	1	16,7	0	0	69	23,9
	Dal 10 al 15 %	32	14,5	0	0	0	0	0	0	32	11,1
	Oltre il 15 %	66	30	0	0	0	0	0	0	66	22,8
	Totale	220	100	48	100	6	100	15	100	289	100
Toscana	Fino al 5 %	7	35			1	100	2	50	10	40
	Dal 5 al 10 %	6	30			0	0	2	50	8	32
	Dal 10 al 15 %	3	15			0	0	0	0	3	12
	Oltre il 15 %	4	20			0	0	0	0	4	16
	Totale	20	100			1	100	4	100	25	100

Tabella 32 - Ricoverati in TSO per tipologia di struttura (quota percentuale sul totale). Anno 2001

Quota percentuale Ricoverati in TSO		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Inferiore al 5 %	35	14,5	48	100	5	83,3	14	93,3	102	32,8
	Dal 5 al 10 %	71	29,3	0	0	1	16,7	1	6,7	73	23,5
	Dal 10 al 15 %	57	23,6	0	0	0	0	0	0	57	18,3
	dal 15 al 20 %	31	12,8	0	0	0	0	0	0	31	10
	Oltre il 20 %	48	19,8	0	0	0	0	0	0	48	15,4
	Totale	242	100	48	100	6	100	15	100	311	100
Toscana	Inferiore al 5 %	4	18,2			1	100	2	50	7	25,9
	Dal 5 al 10 %	10	45,5			0	0	1	25	11	40,7
	Dal 10 al 15 %	3	13,6			0	0	1	25	4	14,8
	dal 15 al 20 %	5	22,7			0	0	0	0	5	18,5
	Totale	22	100			1	100	4	100	27	100

La frazione di giorni di ricovero in TSO in 2/3 degli SPDC toscani è inferiore al 10% e solo nel 20% dei casi supera il 15% del totale (questo dato è stato fornito solo da 20 delle 24 strutture toscane). Nei 2/3 dei RPM che effettuano ricoveri obbligatori la frazione dei giorni di TSO è contenuta nel 5% del totale. Negli SPDC del livello nazionale si evidenziano valori più elevati della Toscana e in 2/3 delle strutture i giorni di TSO arrivano al 15% del totale. Nella totalità della ASAP che hanno effettuato TSO (6 su 22) invece i giorni di TSO sono contenuti entro il 5% del totale.

L'analisi degli utenti con trattamenti in TSO ci offre informazioni simili a quelle relative ai ricoveri in TSO. Come si può osservare negli SPDC la quota di utenti in TSO mostra valori leggermente maggiori a quelli dei ricoveri, probabilmente perché gli utenti con ricoveri ripetuti producono un elevato numero di ricoveri. Comunque anche rispetto a questo dato si rileva che circa i 2/3 delle strutture si mantengono nella fascia inferiore al 15%; sul campione nazionale in tale fascia si colloca meno della metà degli SPDC.

Tabella 33 - Disponibilità di mezzi di contenzione per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Mezzi di contenzione		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	35	13,9	25	49,0	4	50	19	86,4	83	25
	Si	216	86,1	26	51,0	4	50	3	13,6	249	75
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	No	5	20,8	2	66,7	2	100	8	100	17	45,9
	Si	19	79,2	1	33,3	0	0	0	0	20	54,1
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

La disponibilità di mezzi di contenzione fisica è stata dichiarata da 19 SPDC (79,2% del totale) mentre tutti i RPM hanno dichiarato di non averne disponibilità. Una casa di cura (su un totale di tre) ha dichiarato di possedere mezzi di contenzione, mentre 2 Cliniche Universitarie (Firenze e Siena) non ne sono in possesso. Gli SPDC delle altre regioni che non hanno mezzi di contenzione sono una quota lievemente inferiore a quella Toscana (13,9 vs 20,8%). La metà delle Case di Cura e delle Cliniche universitarie senza SPDC hanno dichiarato di possederne.

Tabella 34 - Registro delle contenzioni per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Registro di contenzioni		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	30	12	18	39,1	3	42,9	7	43,75	58	18,2
	No, ma riportato in Ccl	124	49,6	10	21,7	4	57,1	8	50	146	45,8
	Si	96	38,4	18	39,1	0	0	1	6,25	115	36,1
	Totale	250	100	46	100	7	100	16	100	319	100
Toscana	No	4	16,7	3	100	0	0	6	75	13	35,1
	No, ma riportato in Ccl	15	62,5	0	0	2	100	2	25	19	51,4
	Si	5	20,8	0	0	0	0	0	0	5	13,5
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Una registrazione sistematica delle contenzioni (meccaniche) avviene in circa 1/5 circa degli SPDC presenti in Toscana (contro circa 1/3 del dato delle altre regioni); quasi 2/3 degli SPDC comunque dichiarano che esiste una prassi di registrazione dell'evento nel diario clinico (peraltro poco utilizzabile per una valutazione del fenomeno). A conferma del dato sul possesso di mezzi di contenzione fisica si osserva che in 2/5 delle strutture private presenti nelle altre regioni esiste un registro delle contenzioni del ricoverato; tale dato suscita una particolare perplessità poiché per legge le case di cura private non possono effettuare trattamenti senza il consenso del paziente. In Toscana si assiste ad una registrazione sistematica delle contenzioni in SPDC molto inferiore a quanto rilevato a livello nazionale (20,8 vs 38,4%).

Tabella 35 - Interventi di contenzione per tipologie di strutture. Confronto Toscana e Altre Regioni. Anno 2003

Tipologie di contenzioni		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Contenimento meccanico	209	83,27	15	29,41	4	50	3	13,64	231	69,58
	Contenimento personale	188	74,90	16	31,37	3	37,5	10	45,45	217	65,36
	Sedazione farmacologica	231	92,03	45	88,24	6	75	19	86,36	301	90,66
	Altro	20	10,99	4	10,53	0	0	0	0,00	24	10,08
Toscana	Contenimento meccanico	16	66,67	0	0	0	0	1	12,5	17	45,95
	Contenimento personale	12	50	2	66,67	1	50	4	50	19	51,35
	Sedazione farmacologica	18	75	3	100	2	100	6	75	29	78,38
	Altro	1	4,17	0	0	1	50	0	0	2	5,41

In totale nel 2001 le strutture che hanno dichiarato di aver effettuato interventi di contenzione meccanica sono risultate 17 (16 SPDC e 1 RPM), mentre 15 strutture (8 SPDC e 7 RPM) hanno dichiarato di non avere effettuato contenzioni meccaniche. Due SPDC (CUP-Pisa e Ponte Nuovo-Firenze) che pur hanno dichiarato delle contenzioni meccaniche nell'anno di riferimento non hanno fornito il dato numerico e quindi sono stati esclusi dalle successive considerazioni. I risultati della ricerca su questo specifico tema risentono di una validità dei dati non omogenea nel campione studiato; prova ne è che non tutte le strutture sono dotate di una registrazione sistematica dell'evento e che almeno in 2 casi (entrambi relativi a strutture che svolgono una cospicua attività di ricovero: 1001 e 599 nel 2001) non è stato fornito alcun dato numerico.

Il numero di contenzioni dichiarate sono risultate in totale 162 pari al 3,5% dei 4552 ricoveri (di cui 454 in TSO) effettuati nelle strutture che hanno dichiarato di avere mezzi di contenzione. In media la quota di contenzioni registrate raggiunge il 2,7% sul totale dei ricoveri effettuati negli SPDC toscani nel 2001⁷. Il numero di contenzioni va da un minimo di 1 (Mugello e Empoli) ad un massimo di 68 di Massa (pari a 21% del totale dei ricoveri). Se si considerano soltanto i ricoveri in TSO, che rappresentano la tipologia per cui si può “costringere” ad un trattamento si può osservare che la quota media di contenzioni nei reparti inclusi nell'analisi è pari al 35,68% (poco più di 1 ogni 3 ricoveri), con valori maggiori registrati a Volterra (150%, 3 contenzioni su 2 TSO), seguita da Massa (128%, 68 su 53 TSO) e Pontedera (70%, 20 su 29 TSO). I risultati di questa ultima specifica analisi possono essere infatti influenzati dalle prassi operative e da aspetti medico-legali: in alcune strutture il provvedimento di TSO può essere attuato infatti selettivamente per quelle tipologie di pazienti per cui viene attuato un provvedimento restrittivo meccanico. Ciò è stato osservato ad esempio nel SPDC di Empoli dove nel 2001, a fronte di un numero di ricoveri in TSO estremamente ridotto (3 ricoveri con un tasso di $0,16 \times 10.000$ abitanti), è stata registrata 1 contenzione meccanica che porta la quota ad 1/3 di tali ricoveri. Non può essere invece ricondotto a tale distorsione l'osservazione di una elevata quota di contenzione dei ricoverati in TSO presso il SPDC di Pontedera e

⁷ Sono stati considerati i ricoveri totali effettuati nei presidi che hanno fornito il dato quantitativo sulle contenzioni. Sono stati esclusi la Clinica Psichiatrica di Pisa e il SPDC Ponte Nuovo-Firenze, che hanno prodotto rispettivamente 1001 e 599 ricoveri nel 2001.

di Massa, dove si osservano anche tassi di TSO superiori al 50% del valore medio regionale (nell'ordine 3,15 e 3,03 vs 1,96 x 10.000 ab.).

A livello nazionale la quota di SPDC che dichiara di non effettuare contenzioni meccaniche è la metà di quella Toscana (16,7 vs 33,3%); analoga invece è la quota fra le “altre strutture per acuzie”. Si segnala che quasi 1/3 delle case di cura presenti in altre regioni dichiara di effettuare contenzioni meccaniche mentre ciò non è stato registrato per quelle presenti in Toscana.

Tabella 36 - Contenzione meccanica per tipologia di struttura: quota percentuale sul totale dei ricoveri. Anno 2003

Quota percentuale		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Fino al 2%	125	51,4	49	96,1	5	62,5	16	100	195	61,3
	Dal 3 al 5%	35	14,4	1	2,0	2	25	0	0	38	11,9
	Dal 6 al 10%	31	12,8	0	0	0	0	0	0	31	9,7
	Oltre il 10%	52	21,4	1	2,0	1	12,5	0	0	54	17
	Totale	243	100	51	100	8	100	16	100	318	100
Toscana	Fino al 2%	19	82,6	3	100	2	100	7	87,5	31	86,1
	Dal 3 al 5%	2	8,7	0	0	0	0	0	0	2	5,6
	Oltre il 10%	2	8,7	0	0	0	0	1	12,5	3	8,3
	Totale	23	100	3	100	2	100	8	100	36	100

Tabella 37 - Contenzione affidata al personale: quota percentuale sul totale dei ricoveri per tipologia di struttura. Anno 2003.

Quota percentuale		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Fino al 2%	111	55,8	43	91,5	6	75	8	66,7	168	63,2
	dal 3 al 5%	25	12,6	4	8,5	0	0	0	0	29	10,9
	dal 6 al 10%	33	16,6	0	0	0	0	1	8,3	34	12,8
	Oltre il 10%	30	15,1	0	0	2	25	3	25	35	13,2
	Totale	199	100	47	100	8	100	12	100	266	100
Toscana	Fino al 2%	12	63,2	3	100	2	100	5	62,5	22	68,8
	dal 3 al 5%	2	10,5	0	0	0	0	0	0	2	6,3
	dal 6 al 10%	2	10,5	0	0	0	0	0	0	2	6,3
	Oltre il 10%	3	15,8	0	0	0	0	3	37,5	6	18,8
	Totale	19	100	3	100	2	100	8	100	32	100

L'analisi delle contenzioni meccaniche deve tenere conto della numerosità dei ricoveri effettuati, in modo da costruire una sorta di "indice di costrittività" per struttura. Come si può notare più dei 2/3 degli SPDC toscani che hanno dichiarato almeno una contenzione meccanica nel 2001 l'indice si mantiene inferiore al 2% mentre a livello nazionale meno di 1/3 degli SPDC mostra tale valore; analogamente "oltre il 10%" è mostrato da una quota di SPDC delle altre regioni pari al doppio di quella Toscana.

In generale la quota di provvedimenti restrittivi attuati tramite il personale (rispetto al totale dei ricoveri effettuati nelle strutture incluse nell'analisi) risulta inferiore alle contenzioni meccaniche. Tale dato potrebbe essere distorto da una diversa definizione operativa fra le diverse strutture ed essere sottostimato per una registrazione incompleta del fenomeno. Pare infatti singolare che siano attuati dei provvedimenti di restrizione meccanica senza che prima sia stato quantomeno tentato un contenimento da parte del personale. Una siffatta situazione viene rilevata in un discreto numero di SPDC (Massa, Prato, Livorno, Firenze-S.Maria Nuova, Firenze-Ponte Nuovo, Empoli, Borgo S.Lorenzo). La CUP di Pisa ha dichiarato che sono stati effettuati contenimenti da parte del personale ma non ha fornito dati quantitativi ed è stata perciò esclusa dall'analisi. Il numero di SPDC che sono stati analizzati sono risultati 7 e 4 i RPM. In queste ultime strutture si assiste ad un netto rovesciamento del dato, rispetto al contenimento meccanico, e in $\frac{3}{4}$ delle stesse tali provvedimenti hanno riguardato oltre il 10% dei ricoveri totali (mentre la quota di ricoveri in TSO non superava il 10% del totale dei ricoveri). Una situazione simile si riscontra nelle analoghe strutture presenti a livello nazionale che hanno dichiarato interventi di contenzione affidati al personale (in quota molto ridotta (inferiore al 30% del totale).

Analogamente all'informazione sulle contenzioni attuate dal personale, anche per questa voce si può ipotizzare una sottostima del fenomeno, con aspetti di variabilità fra le diverse strutture che rendono problematica l'utilizzazione di tale dato. In generale comunque si registra che nelle 24 strutture pubbliche che hanno fornito un dato quantitativo la quota di sedazione farmacologica risulta pari a 8,9% rispetto al totale dei ricoveri, leggermente superiore quindi al dato sulla contenzione operata dal personale. Nei 16 SPDC che sono stati inclusi nell'analisi si osserva una moda (43,8%) che dichiara di aver effettuato una quota di sedazioni comprese fra il 10 e il 20% del totale dei ricoveri. Fra i 6 RPM si registra una parte di strutture che dichiara una quota superiore al 20%. Sarebbe cioè che la collocazione del ricovero delle

acuzie in un ambiente medico porti in alcune realtà (Cortona e Volterra) ad un più frequente uso della sedazione farmacologica (rispettivamente 31,2 e ben 95,5%). Va notato che nelle suddette strutture il numero (e il relativo tasso) di ricoveri appare molto limitato (rispettivamente 0,22 e 0,81 vs. 1,96x1000 medio regionale) e si può pensare perciò che il ricovero venga attuato soltanto in casi molto selezionati di acuzie, con trattamento di una parte della casistica in altri setting (domicilio, CSM, ecc.).

Tabella 38 - Sedazione farmacologia (quota percentuale sul totale dei ricoveri) per tipologia di struttura. Anno 2003

Quota percentuale		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Inferiore al 5%	130	56,8	43	87,8	5	62,5	10	76,9	188	62,9
	Dal 5 al 10%	38	16,6	3	6,1	0	0	0	0	41	13,7
	Dal 10 al 20%	31	13,5	2	4,1	2	25	2	15,4	37	12,4
	Oltre il 20%	30	13,1	1	2,0	1	12,5	1	7,7	33	11,0
	Totale	229	100	49	100	8	100	13	100	299	100
Toscana	Inferiore al 5%	12	54,5	2	100	1	50	4	50	19	55,9
	Dal 5 al 10%	3	13,6	0	0	0	0	0	0	3	8,8
	Dal 10 al 20%	7	31,8	0	0	1	50	2	25	10	29,4
	Oltre il 20%	0	0	0	0	0	0	2	25	2	5,9
	Totale	22	100	2	100	2	100	8	100	34	100

Tabella 39 - Presenza del sistema informativo per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Sistema informativo		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	115	45,8	9	17,6	3	37,5	7	31,8	134	40,4
	Si	136	54,2	42	82,4	5	62,5	15	68,2	198	59,6
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	No	12	50	0	0	1	50	3	37,5	16	43,2
	Si	12	50	3	100	1	50	5	62,5	21	56,8
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Come si può osservare la dotazione di un sistema informativo è limitata al poco più della metà delle strutture di ricovero, sia a livello nazionale sia in Toscana. Le strutture private presentano invece una maggiore diffusione del sistema informativo; in particolare le 3 strutture presenti in Toscana dichiarano tutte di esserne dotate (da almeno 2 anni). Ciò può essere spiegato anche dalle necessità amministrative connesse alla remunerazione dei ricoveri, che nelle strutture private è legata alla rendicontazione dell'attività. Tale dato potrebbe essere anche fonte di una minore "copertura" di alcune delle informazioni richieste con la presente ricerca.

Tabella 40 - Tipi di eventi sentinella registrati per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Numero di tipologia di eventi sentinella		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Nessun evento	135	54,7	34	66,7	5	71,4	12	54,5	186	56,9
	1 evento	25	10,1	5	9,8	0	0	1	4,5	31	9,5
	Da 2 a 4 eventi	71	28,7	10	19,6	1	14,3	9	40,9	91	27,8
	Oltre i 4 eventi	16	6,5	2	3,9	1	14,3	0	0	19	5,8
	Totale	247	100	51	100	7	100	22	100	327	100
Toscana	Nessun evento	14	58,3	3	100	1	100	6	85,7	24	68,6
	1 evento	7	29,2	0	0	0	0	0	0	7	20
	Da 2 a 4 eventi	2	8,3	0	0	0	0	1	14,3	3	8,6
	Oltre i 4 eventi	1	4,2	0	0	0	0	0	0	1	2,9
	Totale	24	100	3	100	1	100	7	100	35	100

Tabella 41 - Registrazione dei tentati suicidi per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Registrazione		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	149	59,4	37	72,5	7	87,5	11	50	204	61,4
	Si	102	40,6	14	27,5	1	12,5	11	50	128	38,6
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	No	20	83,3	3	100	2	100	7	87,5	32	86,5
	Si	4	16,7	0	0	0	0	1	12,5	5	13,5
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Circa 1/3 delle strutture private dichiarano di tenere sotto osservazione almeno 1 evento sentinella, mentre negli SPDC tale quota sale a quasi la metà del campione. Una minore rilevazione di eventi sentinella è registrata nei RPM della Toscana (in 1 su 7 strutture).

Suicidi e tentativi suicidari nel corso del ricovero vengono registrati in modo differente fra le diverse strutture; in particolare le frequenze maggiori si registrano nei SPDC: in 4 su 10 del campione nazionale è stato registrato almeno 1 evento nell'anno 2001, mentre analoghe nelle strutture toscane ciò è stato registrato con una frequenza molto inferiore (in meno di 2 su 10) e ancora inferiore nei RPM (in solo 1 su 10); nelle analoghe strutture presenti nelle altre regioni (CSM con posti letto, ecc.) tali eventi si registrano con la maggiore frequenza di tutto il campione (in 5 su 10 strutture). Le strutture private e le Cliniche Universitarie non dotate di SPDC registrano le minori frequenze. Ciò può essere spiegato con una minore facilità di ammissione di pazienti con elevato rischio di suicidio. A livello degli SPDC toscani la bassa occorrenze di eventi suicidari si accompagna ad una mancanza di limitazioni di ammissione per i pazienti a rischio suicidiario, mentre nel campione nazionale una quota rilevante di SPDC dichiara di non accogliere tali tipologie di pazienti.

Tabella 42 - Registrazione di decessi durante il ricovero per tipologia di struttura (8 maggio 2003).

Altri decessi		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	198	78,9	41	80,4	7	87,5	20	90,9	266	80,1
	Si	53	21,1	10	19,6	1	12,5	2	9,1	66	19,9
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	No	21	87,5	3	100	2	100	8	100	34	91,9
	Si	3	12,5	0	0	0	0	0	0	3	8,1
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

In poco meno di 1/5 delle strutture di ricovero è stato registrato almeno 1 decesso per motivi diversi dal suicidio nel corso del ricovero (anno 2001). Per quanto riguarda gli SPDC della Toscana, che sono gli unici ad averne dichiarati

nella regione, tale evento è stato registrato con una frequenza pari a circa la metà di quella nazionale. Appare inferiore alla media anche la frequenza di decessi registrati dalle altre strutture per acuzie del campione nazionale (paragonabile alla frequenza degli SPDC toscani); in nessuno dei RPM toscani invece è stato registrato tale evento. Pur tenendo conto che si tratta di numeri molto bassi (sia in termini di strutture sia di ricoveri effettuati), si potrebbe pensare che l'attenzione medica in tali strutture risulti più protettiva sulla salute fisica dei pazienti con acuzie psichiatrica.

Tabella 43 - Registrazione dei sovradosaggi farmacologici per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Sovradosaggio farmacologico		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	195	77,7	45	88,2	5	83,3	16	72,7	261	79,1
	Si	56	22,3	6	11,8	1	16,7	6	27,3	69	20,9
	Totale	251	100	51	100	6	100	22	100	330	100
Toscana	No	23	95,8	3	100	2	100	7	87,5	35	94,6
	Si	1	4,2	0	0	0	0	1	12,5	2	5,4
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Tabella 44 - Registrazione di atti aggressivi per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Eventi aggressivi		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	152	60,6	36	70,6	7	87,5	15	68,2	210	63,3
	Si	99	39,4	15	29,4	1	12,5	7	31,8	122	36,7
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	No	17	70,8	3	100	2	100	7	87,5	29	78,4
	Si	7	29,2	0	0	0	0	1	12,5	8	21,6
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

La frequenza eventi gravi legati a sovradosaggi farmacologici si verifica in circa 1/5 delle strutture psichiatriche per acuzie. In Toscana tale quota è inferiore di 4 volte (in 1 struttura su 20); la differenza di frequenza fra SPDC e RPM per tali eventi (rispettivamente 4,2 vs 12,5%) pare di difficile valutazione a causa della bassa numerosità del campione (potrebbe essere legata ad una fluttuazione casuale degli eventi). Se però si tiene conto della maggiore frequenza di contenimenti farmacologici registrata nei RPM, tale dato assume un maggior carico di informazione.

Atti aggressivi sono stati registrati in poco più di 1/3 delle strutture. Tali fatti sono stati registrati in una quota inferiore delle strutture totali toscane (circa 1/5 del totale). Fra gli SPDC la quota si registra un certo scarto fra situazione nazionale e Toscana (39,4 vs 29,2%). Il campione di “Altre strutture” registra una frequenza di atti aggressivi di poco inferiore alla media, mentre nei RPM toscani tali eventi appaiono quasi residuali (in solo 1 struttura su 8). Da notare che queste strutture dichiarano una analoga prassi di accoglienza di pazienti con problemi di comportamento (esclusi in poco meno della metà delle strutture, v. Tabella 44).

Tabella 45 - Registrazione di decessi per gravi incidenti. Confronto Italia/Toscana (8 maggio 2003)

Decessi		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	224	92,9	42	91,3	7	100	17	85	290	92,4
	SI	17	7,1	4	8,7	0	0	3	15	24	7,6
	Totale	241	100	46	100	7	100	20	100	314	100
Toscana	No	22	91,7	3	100	1	50	8	100	34	91,9
	SI	2	8,3	0	0	1	50	0	0	3	8,1
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Nell'anno di riferimento sono stati registrati decessi di ricoverati in seguito a gravi incidenti (reazioni avverse/sovradosaggio farmaci, soffocamento, ustioni, ecc.) in 3 strutture toscane, di cui 1 SPDC (Ponte Nuovo-Firenze) e 2 CUP (Pisa e Siena), che rappresentano circa 8% del totale. Tale quota non si discosta sostanzialmente dal dato nazionale (7,6%).

Tabella 46 - Provenienza del personale per tipologia di struttura. Confronto Italia vs Toscana (8 maggio 2003)

Dotazione propria	SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Italia	No	3	1,2	0	0	0	0	1	5	4	1,3
	Si	221	91,7	45	97,8	6	85,7	18	90	290	92,4
	In parte	17	7,1	1	2,2	1	14,3	1	5	20	6,4
	Totale	241	100	46	100	7	100	20	100	314	100
Toscana	No	3	12,5	0	0	0	0	8	100	11	29,7
	Si	21	87,5	3	100	1	50	0	0	25	67,6
	In parte	0	0	0	0	1	50	0	0	1	2,7
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

La quasi totalità di strutture hanno una propria dotazione di personale. In Toscana i RPM non hanno una dotazione stabile di personale dedicato, che invece arriva in proiezione dal competente DSM.

Tabella 47 - Disponibilità di personale aggiuntivo per emergenze per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Disponibilità	SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Italia	No	132	54,8	20	43,5	5	71,4	6	30	163	51,9
	Si, con difficoltà	38	15,8	5	10,9	0	0	2	10	45	14,3
	Si, media difficoltà	27	11,2	10	21,7	1	14,3	4	20	42	13,4
	Si, facilmente	44	18,3	11	23,9	1	14,3	8	40	64	20,4
	Totale	241	100	46	100	7	100	20	100	314	100
Toscana	No	2	8,3	1	33,3	1	50	0	0	4	10,8
	Si, con difficoltà	6	25	0	0	0	0	4	50	10	27
	Si, media difficoltà	9	37,5	1	33,3	0	0	3	37,5	13	35,1
	Si, facilmente	7	29,2	1	33,3	1	50	1	12,5	10	27
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

La disponibilità di personale aggiuntivo nel caso di emergenze (cosiddetta “pronta disponibilità”) nella gestione della struttura è attuabile con relativa facilità in quasi

2/3 delle strutture pubbliche toscane (solo gli SPDC di Lucca e Empoli, e il reparto universitario di Siena, dichiarano di non disporre di personale per emergenze). Tale modalità è dichiarata presente anche da 2 strutture private (su un totale di 3).

Nel confronto con le altre regioni si evidenzia una minore flessibilità di gestione rispetto alle strutture toscane, nel loro complesso: mediamente più della metà delle strutture di ricovero infatti dichiarano che non è prevista una disponibilità di personale aggiuntivo; soltanto le ASAP dichiarano una maggiore flessibilità del resto delle strutture, infatti in quasi i 2/3 del totale hanno tale possibilità, pur con gradi differenti di difficoltà di attivazione.

Tabella 48 - Attività di prevenzione del burn-out del personale per tipologia di struttura. Anno 2002

Interventi attuati		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	128	53,1	21	45,7	5	71,4	2	10	156	49,7
	Si	113	46,9	25	54,3	2	28,6	18	90	158	50,3
	Totale	241	100	46	100	7	100	20	100	314	100
Toscana	No	9	37,5	2	66,7	2	100	2	25	15	40,5
	Si	15	62,5	1	33,3	0	0	6	75	22	59,5
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Una corretta gestione delle risorse umane, in particolare nel campo della salute mentale, prevede che si attuino degli interventi di prevenzione del burn-out. Il personale addetto alle strutture di ricovero per le acuzie psichiatriche, è particolarmente vulnerabile al burn-out. L'attuazione di attività di prevenzione del burn-out appare poco praticata rispetto a quanto desiderabile. In generale solo metà delle strutture a livello nazionale dichiarano di aver attuato una qualche attività specifica; in Toscana la percentuale degli SPDC e di RPM risulta maggiore al campione nazionale (rispettivamente 62,5 e 75%). Da notare che la maggiore frequenza di tale item riguarda le "Altre strutture per acuzie", di cui circa i 5/6 dichiarano di attuarle.

In generale le cliniche psichiatriche universitarie sono le strutture che dichiarano di fare con frequenza minore della media attività di prevenzione del burn-out, sia

a livello nazionale (37,5 vs 66,9%) sia a livello Toscana (0 vs. 59,5%); in ordine crescente sono seguite dalle Case di cura private, SPDC e “Altre strutture per acuzie”. Fra le diverse attività le più frequenti negli SPDC sono gli incontri di discussione (58,3 e 37,5% - rispettivamente del totale della Toscana e Italia) e le iniziative di supervisione (42,2 e 50% - rispettivamente del totale della Toscana e Italia). Le strutture in cui con maggiore frequenza si attuano tali iniziative sono comunque le “Altre strutture per acuzie” (in Toscana sono i RPM) che dichiarano di attivare iniziative di supervisione e incontri di discussione più della media generale: rispettivamente nel 72,7% (75% in Toscana) e nel 63,6% (in Toscana 62,5%).

Tabella 49 - Attività di prevenzione del burn-out del personale: rotazioni delle mansioni su richiesta del personale. Anno 2002

Tipologia di struttura	Rotazione mansioni a richiesta			
	Italia		Toscana	
	N	%	N	%
SPDC	46	18,3	8	33,3
Casa di cura	14	27,5	1	33,3
Clinica Psy NO SPDC	1	12,5	0	0
Altre strutture per acuzie	16	72,7	3	37,5
Totali	77	30,7	12	32,4

Tabella 50 - Attività di prevenzione del burn-out del personale: rotazioni delle mansioni in seguito a valutazione. Anno 2002

Tipologia struttura	Rotazione mansioni (con valutazione)			
	Italia		Toscana	
	N	%	N	%
SPDC	24	9,6	7	29,2
Casa di cura	13	25,5	1	33,3
Clinica Psy universitaria NO SPDC	1	12,5	0	0
Altre strutture per acuzie	12	54,5	2	25
Totali	50	19,9	10	27

Tabella 51 - Attività di prevenzione del burn-out del personale: incontri di discussione per tipologia di struttura (%). Anno 2002

Tipologia struttura	Attività di prevenzione			
	Italia		Toscana	
	N	%	N	%
SPDC	94	37,5	14	58,3
Casa di cura	28	54,9	1	33,3
Clinica Psy universitaria NO SPDC	3	37,5	0	0
Altre strutture per acuzie	14	63,6	5	62,5
Totali	139	55,4	20	54,1

Tabella 52 - Attività di prevenzione del burn-out del personale: incontri di supervisione per tipologia di struttura (%). Anno 2002

Tipologia struttura	Italia		Toscana	
	N	%	N	%
SPDC	101	40,2	12	50
Casa di cura	23	45,1	1	33,3
Clinica Psy NO SPDC	3	37,5	0	0
Altre strutture per acuzie	16	72,7	6	75
Totali	143	57	19	51,4

La valutazione della qualità percepita avviene principalmente attraverso iniziative per rilevare la soddisfazione degli utenti, la cui valutazione può essere arricchita dalla rilevazione dei reclami. In generale iniziative positive sono state dichiarate da circa la metà delle strutture a livello nazionale, mentre in Toscana tale quota si riduce a meno di 1/3; la discrepanza con il campione nazionale è particolarmente evidente per gli SPDC: solo in ¼ di quelli toscani è stata effettuata qualche iniziativa sulla qualità percepita. Soltanto una quota minima di “Altre strutture per acuzie” dichiara di aver effettuato iniziative in tale ambito. Molto più diffuse risultano invece le procedure per avanzare dei reclami, che nel campione toscano sono presenti con frequenza superiore a quella delle altre regioni (73 vs 64%).

Tabella 53 - Valutazione della qualità percepita per tipologie di struttura. Anno 2002

Valutazione della qualità percepita		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Soddisfazione Pazienti	94	51,6	25	65,8	2	40	1	7,7	122	51,3
	Procedura per reclami	113	62,1	29	76,3	3	60	8	61,5	153	64,3
Toscana	Soddisfazione Pazienti	6	25	3	100	1	50	1	12,5	11	29,7
	Procedura per reclami	14	58,3	3	100	2	100	8	100	27	73

Aspetti strutturali ed edilizi

Dal punto di vista edilizio le strutture di ricovero presentano delle tipologie strutturali abbastanza definite per ognuna delle categorie di analisi utilizzate per questo studio. Le Case di Cura si propongono come strutture a sè stanti, del tutto autonome (100%), mentre i RPM sono all'interno di un Presidio Ospedaliero con attività differenti. Nelle gran parte dei casi quest'ultima è la strutturazione anche degli SPDC (75%), che però in 4 casi (Cup Pisa, Ponte Nuovo-Firenze, Lucca e Livorno) si presentano anche come edifici autonomi nell'ambito di un complesso ospedaliero a padiglioni. A livello nazionale si registra una sensibile diversificazione strutturale delle Cliniche Universitarie e delle ASAP; la maggior parte di queste ultime (quasi il 60%) è collocata in un edificio autonomo.

Tabella 54 - Modalità di articolazione della struttura (8 maggio 2003). Confronto Italia/Toscana

Articolazione della struttura		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	A sé stante	12	5,0	41	89,1	1	14,3	13	65	67	21,3
	Ospita atri Servizi SM	15	6,2	1	2,2	2	28,6	3	15	21	6,7
	Parte di ospedale generale	149	61,8	3	6,5	1	14,3	1	5	154	49,0
	Autonomo ma parte di ospedale generale	42	17,4	1	2,2	2	28,6	0	0	45	14,3
	Ospita altri Servizi Sanitari	23	9,5	0	0	1	14,3	3	15	27	8,6
	Totale	241	100	46	100	7	100	20	100	314	100
Toscana	A sé stante	1	4,2	3	100	0	0	0	0	4	10,8
	Ospita atri Servizi SM	1	4,2	0	0	0	0	0	0	1	2,7
	Parte di ospedale generale	18	75	0	0	1	50	8	100	27	73,0
	Autonomo ma parte di ospedale generale	3	12,5	0	0	1	50	0	0	4	10,8
	Ospita altri Servizi Sanitari	1	4,2	0	0	0	0	0	0	1	2,7
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Tabella 55 - Ubicazione della struttura (8 maggio 2003). Confronto Italia/Toscana

Ubicazione		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Fino al 1^ piano	204	84,6	29	63,0	5	71,4	19	95	257	81,8
	Oltre il 1^ piano	37	15,4	17	37,0	2	28,6	1	5	57	18,2
	Totale	241	100	46	100	7	100	20	100	314	100
Toscana	Fino al 1^ piano	15	71,4			0	0	3	42,9	18	62,1
	Oltre il 1^ piano	6	28,6			1	100	4	57,1	11	37,9
	Totale	21	100			1	100	7	100	29	100

Tabella 56 - Superficie disponibile per posto letto per tipologia di struttura (8 maggio 2003). Confronto Italia/Toscana

Mq per posto letto		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	< a 20 mq per p. l.	43	18,3	10	23,3	0	0	0	0	53	17,4
	Da 20 a 30 mq per p. l.	39	16,6	8	18,6	1	14,3	2	10,5	50	16,4
	Da 30 a 40 mq per p. l.	56	23,8	6	14	1	14,3	4	21,1	67	22
	Da 40 a 50 mq per p. l.	35	14,9	7	16,3	0	0	2	10,5	44	14,5
	Da 50 a 70 mq per p. l.	44	18,7	5	11,6	0	0	0	0	49	16,1
	< 60 mq per p. l.	18	7,7	7	16,3	5	71,4	11	57,9	41	13,5
	Totale	235	100	43	100	7	100	19	100	304	100
Toscana	< a 20 mq per p. l.	2	9,1	0	0	0	0	6	100	8	25
	Da 20 a 30 mq per p. l.	4	18,2	1	50	1	50	0	0	6	18,7
	Da 30 a 40 mq per p. l.	4	18,2	0	0	0	0	0	0	4	12,5
	Da 40 a 50 mq per p. l.	8	36,4	0	0	0	0	0	0	8	25
	Da 50 a 70 mq per p. l.	2	9,1	1	50	1	50	0	0	4	12,5
	< 60 mq per p. l.	2	9,1	0	0	0	0	0	0	2	6,2
	Totale	22	100	2	100	2	100	6	100	32	100

Il rapporto con il numero dei posti letto permette di descrivere lo spazio “teorico” disponibile per ogni ricoverato. Come si può notare i letti dei RPM sono quelli con la minore superficie disponibile (< 20 mq/PL), mentre gli SPDC presentano una prevalenza di strutture (più del 54%) che dichiara una superficie compresa fra 30 e 50 mq/PL; a livello nazionale in questa fascia che risulta comunque quella prevalente, si colloca una quota inferiore di SPDC (poco più di 1/3 del totale). Si registra invece una maggioranza di ASAP che dichiara una superficie disponibile superiore a 60 mq/PL. Bisogna considerare però che la superficie della struttura è stata registrata quale superficie totale, compresi quindi tutti gli spazi di supporto e non soltanto come spazi destinati esclusivamente alla degenza. Il basso valore dell’indice per i RPM risente in parte di un effettivo contenimento degli spazi dei reparti di degenza medica e in parte dalla registrazione delle superfici riservate agli spazi di degenza, senza considerare gli spazi “di supporto” a disposizione del reparto medico.

Tabella 57 - Disponibilità di bagni per posto letto per tipologia di struttura (8 maggio 2003). Confronto Italia/Toscana

Rapporto bagni/posto letto		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Inferiore a 0.25	58	24,1	8	17,8	2	28,6	3	15	71	22,7
	Fra 0.25 e 0.50	132	54,8	27	60	4	57,1	11	55	174	55,6
	Fra 0.51 e 0.75	45	18,7	8	17,8	1	14,3	3	15	57	18,2
	Oltre lo 0.75	6	2,5	2	4,4	0	0	3	15	11	3,5
	Totale	241	100	45	100	7	100	20	100	313	100
Toscana	Inferiore a 0.25	8	33,3	0	0	0	0	0	0	8	22,2
	Fra 0.25 e 0.50	8	33,3	1	50	1	50	5	62,5	15	41,7
	Fra 0.51 e 0.75	6	25	1	50	1	50	0	0	8	22,2
	Oltre lo 0.75	2	8,3	0	0	0	0	3	37,5	5	13,9
	Totale	24	100	2	100	2	100	8	100	36	100

In 2/3 degli SPDC e dei RPM la disponibilità dei bagni per i ricoverati è inferiore ad 1 ogni 2 posti letto mentre nel 50% delle strutture private e nelle Cliniche Universitarie la disponibilità è superiore a 1 bagno ogni 2 pp.ll.

Tabella 58 - Disponibilità di bagni per personale per tipologia di struttura (8 maggio 2003). Confronto Italia/Toscana

Rapporto bagni/posti letto		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Fino 1 su 10 PL	157	68,9	11	23,9	5	71,4	16	80	189	62,8
	Fra 1 e 2 s 10 PL	59	25,9	21	45,7	1	14,3	1	5	82	27,2
	Oltre 2 su 10 PL	12	5,3	14	30,4	1	14,3	3	15	30	10,0
	Totale	228	100	46	100	7	100	20	100	301	100
Toscana	1 su 10 posti letto	21	87,5	0	0	1	50	6	75	28	75,7
	Fino 1 su 10 PL	2	8,3	0	0	0	0	0	0	2	5,4
	Fra 1 e 2 s 10 PL	1	4,2	3	100	1	50	2	25	7	18,9
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Tabella 59 - Disponibilità di assistenza infermieristica (settimanale) per posto letto (aprile 2003). Confronto Italia/Toscana

Ore /PL		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Inferiore a 30 ore	22	9,6	44	97,8	2	33,3	1	5,3	69	23
	Da 30 a 50 ore	93	40,4	0	0	4	66,7	2	10,5	99	33
	Da 50 a 70 ore	76	33	1	2,2	0	0	3	15,8	80	26,7
	Da 70 a 100 ore	34	14,8	0	0	0	0	1	5,3	35	11,7
	Oltre le 100 ore	5	2,2	0	0	0	0	12	63,2	17	5,7
	Totale	230	100	45	100	6	100	19	100	300	100
Toscana	Inferiore a 30 ore	1	4,3	3	100	0	0	5	62,5	9	25,7
	Da 30 a 50 ore	5	21,7	0	0	1	100	1	12,5	7	20
	Da 50 a 70 ore	8	34,8	0	0	0	0	0	0	8	22,9
	Da 70 a 100 ore	7	30,4	0	0	0	0	1	12,5	8	22,9
	Oltre le 100 ore	2	8,7	0	0	0	0	1	12,5	3	8,6
	Totale	23	100	3	100	1	100	8	100	35	100

Le ore di presenza del personale di assistenza ai ricoverati rappresenta una variabile strutturale organizzativa di notevole importanza per il processo di cura delle acuzie psichiatriche. La disponibilità di ore di assistenza per ogni ricoverato è stata descritta attraverso il rapporto fra orario del personale (settimanale) e numero di posti letto della struttura. Come si può notare la moda della distribuzione negli SPDC è compresa fra 50 e 100 ore settimanali (corrispondenti a circa 1,5-3 operatori a tempo pieno a settimana), con una sola struttura (Villa dei Pini) che dichiara un orario inferiore alle 30 ore e 2 (Orbetello e Casentino) che superano le 100 ore. I RPM nella grande maggioranza (circa 2/3 del totale) dichiarano un tempo inferiore a 30 ore settimanali. Le case di cura dichiarano tutte un orario inferiore alle 30 ore. Nel campione nazionale si può osservare che la moda degli SPDC si colloca ad un livello leggermente inferiore rispetto a quelli toscani, mentre le case di cura mostrano valori simili alle corrispondenti strutture toscane. Le ASAP del campione nazionale mostrano in maggioranza (quasi 2/3 del totale) valori superiori a 100 ore. Si può però ipotizzare che in tale orario, almeno per le strutture che hanno anche la funzione CSM sia stato considerato il monte-ore disponibili per il complesso delle attività territoriali e non solo quelle riservate alle ospitalità.

Tabella 60 - Disponibilità di spazi aperti per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Presenza di spazi aperti		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	89	36,9	0	0	2	28,6	2	10	93	29,7
	Si	152	63,1	45	100	5	71,4	18	90	220	70,3
	Totale	241	100	45	100	7	100	20	100	313	100
Toscana	No	12	50	0	0	1	50	5	62,5	18	48,6
	Si	12	50	3	100	1	50	3	37,5	19	51,4
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

In media circa la metà delle strutture di ricovero toscane dispone di spazi aperti; se la totalità delle case di cura dichiara tale disponibilità nelle RPM si osserva in

poco più di 1/3 del totale. A livello nazionale mediamente più dei 2/3 delle strutture ha spazi aperti; ciò si osserva, come in Toscana, in tutte le case di cura e nella quasi totalità delle ASAP (circa 90% dei casi).

Tabella 61 - Disponibilità di spazi comuni per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Presenza di spazi comuni		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	92	38,2	0	0	5	71,4	3	15	100	31,8
	Si	149	61,8	46	100	2	28,6	17	85	214	68,2
	Totale	241	100	46	100	7	100	20	100	314	100
Toscana	No	12	50	0	0	1	50	7	87,5	20	54,1
	Si	12	50	3	100	1	50	1	12,5	17	45,9
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

La situazione degli spazi comuni risulta del tutto analoga a quella degli spazi aperti, con le strutture toscane che appaiono meno fornite di tali disponibilità, rispetto alle altre regioni (eccetto che per le case di cura) e con i RPM che appaiono quelli in maggiore sofferenza.

Tabella 62 - Disponibilità di spazi per colloqui clinici per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Locali adibiti a colloqui clinici		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	13	5,4	1	2,2	0	0	0	0	14	4,5
	Si	228	94,6	45	97,8	7	100	20	100	300	95,5
	Totale	241	100	46	100	7	100	20	100	314	100
Toscana	No	2	8,3	0	0	0	0	2	25	4	10,8
	Si	22	91,7	3	100	2	100	6	75	33	89,2
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Quasi tutte le strutture di ricovero (almeno in 9 su 10) sono dotate di almeno uno spazio per colloqui; solo nei RPM la quota si riduce a circa $\frac{3}{4}$.

**Tabella 63 - Limite di durata di ricovero per tipologia di struttura (8 maggio 2003).
Confronto Italia/Toscana**

	Durata max prevista	SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	218	90,5	28	60,9	6	85,7	18	90	270	86,0
	Si	23	9,5	18	39,1	1	14,3	2	10	44	14,0
	Totale	241	100	46	100	7	100	20	100	314	100
Toscana	No	24	100	1	33,3	2	100	8	100	35	94,6
	Si	0	0	2	66,7	0	0	0	0	2	5,4
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Nelle strutture pubbliche di ricovero toscane non esiste un limite alla durata del ricovero, mentre ciò avviene nelle strutture private. Ciò si accompagna e si integra con la modalità prevalente di finanziamento (FSR indifferenziato), mentre nelle altre regioni, dove la modalità prevalente registrata è la tariffa a DRG, nella quasi totalità degli SPDC (in 9 su 10) viene prevista una durata massima della degenza.

**Tabella 64 - Criteri di selezione per i ricoveri per tipologia di struttura (8 maggio 2003).
Confronto Italia/Toscana**

	Criteri di selezione	SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	101	41,9	12	26,1	2	28,6	2	10	117	37,3
	Si, formalmente	42	17,4	18	39,1	3	42,9	13	65	76	24,2
	Si, Consuetudine	98	40,7	16	34,8	2	28,6	5	25	121	38,5
	Totale	241	100	46	100	7	100	20	100	314	100
Toscana	Si, formalmente	7	29,2	0	0	0	0	2	25	9	24,3
	Si, consuetudine	17	70,8	3	100	2	100	6	75	28	75,7
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

L'accesso alle strutture di ricovero avviene attraverso specifici criteri di ammissione e/o di esclusione, che sono definiti in modo formale o consuetudinario in circa 2/3 del campione nazionale, mentre in Toscana tutte le strutture di ricovero, pubbliche o private, dichiarano di utilizzare dei criteri per l'ammissione che però sono definiti formalmente soltanto in 1/4 delle strutture (con frequenza lievemente maggiore per gli SPDC).

**Tabella 65 - Criteri di ammissione per tipologia di struttura (%) (8 maggio 2003).
Confronto Italia/Toscana**

Criteri di ammissione	SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Italia	Minorenni	77	30,7	21	41,2	5	62,5	6	27,3
	Alcolismo senza diagnosi Ps.	52	20,7	27	52,9	2	25	2	9,1
	Alcolismo con diagnosi Ps.	151	60,2	38	74,5	6	75	20	90,9
	Abuso sost. senza diagnosi Ps.	33	13,1	9	17,6	2	25	2	9,1
	Doppia Diagnosi	149	59,4	35	68,6	6	75	20	90,9
	Disturbi mentali Organici	116	46,2	31	60,8	4	50	7	31,8
	Ritardo mentale grave	94	37,5	20	39,2	4	50	12	54,5
	Elevato rischio suicidio	153	61	32	62,7	6	75	12	54,5
	Marcati disturbi comportamento	151	60,2	25	49	5	62,5	12	54,5
	Gravi disabilità fisiche	68	27,1	17	33,3	3	37,5	5	22,7
	Malattia fisica grave	77	30,7	19	37,3	3	37,5	6	27,3
	Misure alternative detenzione	71	28,3	28	54,9	2	25	14	63,6
	Toscana	Minorenni	5	20,8	3	100	0	0	2
Alcolismo senza diagnosi Ps.		6	25	1	33,3	1	50	1	12,5
Alcolismo con diagnosi Ps.		23	95,8	3	100	2	100	8	100
Abuso sost. senza diagnosi Ps.		6	25	1	33,3	1	50	2	25
Doppia Diagnosi		23	95,8	3	100	2	100	7	87,5
Disturbi mentali Organici		13	54,2	3	100	0	0	3	37,5
Ritardo mentale grave		13	54,2	2	66,7	0	0	4	50
Elevato rischio suicidio		22	91,7	3	100	1	50	6	75
Marcati disturbi comportamento		23	95,8	2	66,7	0	0	5	62,5
Gravi disabilità fisiche		13	54,2	1	33,3	1	50	5	62,5
Malattia fisica grave		15	62,5	1	33,3	1	50	5	62,5
Misure alternative detenzione		11	45,8	3	100	1	50	2	25

Fra le diverse strutture si assiste ad una differenziazione dei criteri di accesso/esclusione (complessivamente considerati). Nel campione di SPDC le condizioni che meno frequentemente sono ammesse al ricovero sono (in ordine di frequenza): Abuso di sostanze, Alcolismo e Gravi disabilità fisiche. Per quelli toscani invece sono la condizione di minorenne, abuso di alcool e abuso di sostanze. Nelle “Altre strutture di ricovero” le prime tre condizioni di non ammissione sono abuso di sostanze, abuso di alcool e grave disabilità fisica; nei RPM sono invece abuso di alcool, abuso di sostanze e, con pari frequenza, condizione di minorenne e misure alternative alla detenzione. Le Case di cura si distinguono per non ammettere persone con gravi malattie fisiche.

Sono stati rilevati i trattamenti disponibili concretamente presso le diverse strutture, ossia che sono stati praticati (con un certa frequenza) alle persone negli ultimi 30 giorni dal momento della rilevazione.

Come si può osservare in tutte le strutture di ricovero vengono utilizzati trattamenti farmacologici e, con larga frequenza, i colloqui clinici e il coinvolgimento dei familiari. Negli SPDC gli interventi meno praticati sono le psicoterapie (37 e 41%, rispettivamente in Toscana e in Italia), gli interventi socio-sanitari (quali sussidi, inserimenti lavorativi, ecc.) e gli interventi riabilitativi (abilità sociali, attività espressive, ecc.).

Nelle “Altre strutture per acuzie” si può osservare una bassa frequenza di attività psicoterapiche, poco praticate sia in Toscana (12,5%) sia nelle altre regioni (40%); una differenza rilevante fra RPM toscani e le altre strutture è rappresentata dalle attività riabilitative, che sono dichiarate nella totalità delle strutture delle altre regioni mentre non si praticano in nessuno dei RPM. Ciò è dovuto ad una sostanziale differenza organizzativa fra le due tipologie di strutture: i RPM toscani sono una articolazione specifica e “circoscritta” di un servizio territoriale che ha altrove il centro organizzatore delle attività (con particolare riguardo per quelle riabilitative).

Gli interventi psicoterapici (complessivamente considerati) risultano attuati in poco più di 1/3 delle strutture di ricovero, con frequenza maggiore nelle strutture private e nelle Cliniche Universitarie che non negli SPDC e nei RPM. Ciò in parte può essere riferibile alla diversità organizzative e di tipologia di bisogni accolti: la precipua vocazione alle emergenze delle strutture pubbliche, con una durata

media della degenza di circa 10 giorni, rappresenta certamente un vincolo che comporta difficoltà a prestare interventi psicoterapici “tradizionali”. Pure esistono innovativi interventi psicoterapici (tipo psico-educazionale, anche di gruppo) che si sono dimostrati efficaci nelle situazioni di acuzie, anche in setting ospedalieri nel nostro paese, che però vengono attuati in una quota minima di strutture di ricovero della Toscana (circa il 10% degli SPDC). La situazione a livello nazionale appare complessivamente abbastanza simile a quella della Toscana per quanto riguarda gli SPDC, mentre viene registrata una maggiore frequenza di interventi psicoterapici nelle altre tipologie di strutture (particolarmente in quelle private, dove è registrata in una quota del 80%).

Tabella 66 - Trattamenti effettuati (aprile 2003) per tipologia di struttura

Trattamenti	SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	Italia									
Terapie farmacologiche	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Psicoterapie	104	41,4	42	82,3	5	62,5	9	40,9	160	48,2
Colloqui clinici	245	97,6	47	92,2	8	100	22	100	322	97
Interventi riabilitativi	158	62,9	44	86,3	6	75	22	100	230	69,3
Coinvolgimento familiare	204	81,2	42	82,3	5	62,5	22	100	273	82,2
Attività rete sociale	164	65,3	32	62,7	3	37,5	20	90,9	219	65,9
Interventi socio-sanitari	143	56,9	18	35,3	3	37,5	18	81,8	182	54,8
Totale Strutture Italia	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana										
Terapie farmacologiche	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100
Psicoterapie	9	37,5	2	66,7	1	50	1	12,5	13	35,1
Colloqui clinici	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100
Interventi riabilitativi	15	62,5	3	100	1	50	0	0	19	51,3
Coinvolgimento familiare	22	91,6	3	100	2	100	8	100	35	94,6
Attività rete sociale	17	70,8	1	33,3	1	50	5	62,5	24	64,8
Interventi socio-sanitari	13	54,1	0	0	0	0	5	62,5	18	48,6
Totale Strutture Toscana	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Un particolare discorso riguarda, fra i trattamenti biologici, la Terapia Elettro-Convulsivante (TEC), che in Italia viene praticata in un totale di 14 strutture di ricovero per pazienti psichiatrici. Di queste soltanto 6 sono strutture pubbliche e 8 sono private. Le strutture sono localizzate in Lazio (dove si contano 4 strutture private), Lombardia e P.A. di Bolzano (entrambe con 2 strutture), Calabria, Sardegna, Veneto e Toscana. In Toscana tale trattamento viene praticato soltanto presso la Clinica Psichiatrica Universitaria di Pisa.

Tabella 67 - Terapie biologiche effettuate (aprile 2003) per tipologia di struttura

Terapie biologiche		SPDC	Casa di cura	Clinica Psy universitaria NO SPDC	Altre strutture per acuzie	Totale
		N	N	N	N	N
Italia	Si	241	46	7	20	314
Toscana		24	3	2	8	37

Valutazione clinica

In una minoranza di strutture pubbliche toscane (poco meno di 1 su 5) vengono utilizzati strumenti diagnostici standardizzati (prevalentemente nelle cliniche universitarie), mentre ciò viene registrato con maggiore frequenza nelle strutture private (in 2 su 3 esistenti). La situazione appare simile nelle altre regioni, dove però le case di cura mostrano valori molto inferiori alle corrispondenti strutture esistenti in Toscana.

Tabella 68 - Utilizzo di scale di valutazione (BPRS, FPS, CAN, ecc) per tipologia di struttura (aprile 2003)

Utilizzo di scale di valutazione		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	163	64,9	16	31,4	2	25	18	81,8	199	59,9
	Si	88	35,1	35	68,6	6	75	4	18,2	133	40,1
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	No	19	79,2	1	33,3	0	0	7	87,5	27	73
	Si	5	20,8	2	66,7	2	100	1	12,5	10	27
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Tabella 69 - Utilizzo di Interviste diagnostiche (SCID, CIS, ecc.) all'interno delle diverse tipologie di strutture (aprile 2003)

Utilizzo di interviste diagnostiche		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	209	83,6	26	51	5	62,5	19	86,4	259	78,2
	Si	41	16,4	25	49	3	37,5	3	13,6	72	21,8
	Totale	250	100	51	100	8	100	22	100	331	100
Toscana	No	21	87,5	1	33,3	0	0	8	100	30	81,1
	Si	3	12,5	2	66,7	2	100	0	0	7	18,9
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Tabella 70 - Utilizzo di strumenti psicodiagnostici all'interno delle diverse tipologie di strutture (aprile 2003)

Utilizzo di strumenti psicodiagnostici		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	97	38,6	13	25,5	2	25	15	68,2	127	38,3
	Si	154	61,4	38	74,5	6	75	7	31,8	205	61,7
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	No	15	62,5	1	33,3	1	50	4	50	21	56,8
	Si	9	37,5	2	66,7	1	50	4	50	16	43,2
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Gli strumenti di valutazione psicometrica trovano invece una maggiore diffusione e sono utilizzati in poco meno della metà delle strutture toscane; a livello nazionale si osserva un maggior frequenza (poco meno di 2/3) nell'uso di tali strumenti.

Tabella 71 - Valutazione internistica dei ricoverati (quota percentuale) per tipologia di struttura (aprile 2003)

Quota percentuale		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	< 50%	36	14,3	4	7,8	1	12,5	16	72,7	57	17,2
	> 50%	215	85,7	47	92,2	7	87,5	6	27,3	275	82,8
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	< 50%	2	8,3	1	33,3	0	0	0	0	3	8,1
	> 50%	22	91,7	2	66,7	2	100	8	100	34	91,9
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Nella grande maggioranza delle strutture toscane, per la maggioranza dei casi, viene effettuata una valutazione internistica strutturata; solo nelle case di cura si osserva una frequenza lievemente inferiore (2/3); la situazione appare simile a livello nazionale eccetto che negli ASAP che mostrano solo per una quota minoritaria (meno di 1/3 delle strutture) una valutazione internistica per la maggioranza dei ricoverati.

Restrittività

Tabella 72 - “Porte chiuse” per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Chiusura delle porte di ingresso		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Mai	15	6,0	29	56,9	3	38	18	81,8	65	19,6
	Chiusa in situazioni difficili	32	12,7	7	13,7	1	13	1	4,5	41	12,3
	Area chiusa e area aperta	1	0,4	5	9,8	0	0	0	0,0	6	1,8
	Solitamente chiusa	203	80,9	10	19,6	4	50	3	13,6	220	66,3
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	Mai	3	12,5	2	66,7	1	50	8	100	14	37,8
	Chiusa in situazioni difficili	3	12,5	1	33,3	1	50	0	0	5	13,5
	Area chiusa e area aperta	1	4,2	0	0	0	0	0	0	1	2,7
	Solitamente chiusa	17	70,8	0	0	0	0	0	0	17	45,9
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Un importante aspetto della gestione della struttura è quella relativa alla dimensione della restrittività. La chiusura delle porte della struttura è stata osservata con frequenza differenziata nelle tipologie di strutture. Gli SPDC toscani si caratterizzano sostanzialmente come “strutture chiuse”: nel 70% dei casi le porte di ingresso sono usualmente chiuse e solo in 1 caso su 8 sono sempre aperte (3 SPDC: Massa Marittima, Orbetello e Siena); in altre 3 strutture la porta è usualmente aperta ma viene chiusa “in situazioni difficili” (Elba, Figline V.no e Montepulciano). Nel caso del SPDC presso la Clinica Psichiatrica di Pisa esiste una zona “chiusa” e una area “aperta”. A livello nazionale la caratterizzazione “chiusa” degli SPDC appare ancor più accentuata: le porte sono sempre chiuse in 4 casi su 5 (80,9%) e sono sempre aperte solo in 1 caso su 20 circa (6% del totale degli SPDC). I RPM toscani si caratterizzano invece come reparti “aperti”: nella totalità dei casi le porte di ingresso non sono mai chiuse. Anche le ASAP delle altre regioni sono fondamentalmente strutture “aperte” (in 4 casi su 5) ma in tale tipologia si registra una quota di strutture che hanno solitamente le porte chiuse (1 caso su 8). Le case di cura presenti in Toscana

si caratterizzano come “strutture aperte”, in coerenza con la normativa vigente che ne stabilisce la possibilità prestare attività per ricoveri volontari; solo in 1 caso viene dichiarato che “in situazioni difficili” si opera la chiusura delle porte (Casa di Cura “Poggiosereno”). Nelle altre regioni si registra invece una quota sensibile di case di cura che dichiarano di tenere usualmente le porte “chiuso” (1 caso su 5), oltre ad una quota di strutture private che prevedono un’area “aperta” e una “chiusa” (1 su 10): in totale quindi le strutture private che tengono, totalmente o in una area specifica, le porte chiuse raggiunge la quota di circa il 30% del totale. Anche le Cliniche Universitarie a livello nazionale presentano più frequentemente caratteristiche di strutture chiuse rispetto alle corrispondenti strutture toscane (50 vs 0%).

Tabella 73 - Possibilità di movimento dei ricoverati per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Modalità di uscita		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Uscite senza Accompagnamento	215	85,7	38	74,5	7	87,5	22	100	282	84,9
	Uscite accompagnate da Familiari	240	95,6	50	98,0	8	100	22	100	320	96,4
	Uscite accompagnate da Operatori	246	98	45	88,2	8	100	22	100	321	96,7
	Permessi per frequentare altre Strutture	187	74,5	29	56,9	6	75	21	95,4	243	73,2
Toscana	Uscite senza Accompagnamento	24	100	2	66,7	2	100	8	100	36	97,3
	Uscite accompagnate da Familiari	24	100	3	100	2	100	7	87,5	36	97,3
	Uscite accompagnate da Operatori	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100
	Permessi per frequentare altre Strutture	23	95,8	3	100	1	50	6	75	33	89,2

Nonostante il dato sulla diffusa pratica delle “porte chiuse” negli SPDC si registra che nella quasi totalità delle strutture sono “possibili” uscite dei ricoverati sia per praticare dei trattamenti in altre strutture, così come sono previste delle uscite con l’accompagnamento degli operatori della struttura e con i propri familiari nonché senza alcun accompagnamento (“se le loro condizioni lo permettono”). Le analoghe strutture delle altre regioni si presentano mediamente più restrittive sulla possibilità di frequentare altri presidi (previsto in $\frac{3}{4}$ del

totale) e nelle uscite senza accompagnamento (85,6 vs 100%). Per questo aspetto appaiono più “limitativi” i RPM, che con frequenza minore degli SPDC toscani (e delle ASAP delle altre regioni) prevedono la possibilità di frequentare altri presidi e le uscite con i familiari. Le case di cura private toscane dichiarano una qualche limitazione dei movimenti dei ricoverati soltanto rispetto alle uscite senza accompagnamento di operatori mentre nelle altre regioni si registra una sensibile “restrittività” rispetto alla frequenza di altre strutture. Le cliniche universitarie dichiarano limitazioni soltanto riguardo alla frequenza di altre strutture terapeutiche psichiatriche.

Tabella 74 - Disponibilità di beni personali per tipologia di struttura (%) (8 maggio 2003)

Beni ammessi		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uso posate	Italia	149	59,4	38	74,5	6	75	20	90,9	213	64,2
	Toscana	16	66,7	3	100	2	100	7	87,5	28	75,7
Rasoi, coltelli, forbici	Italia	1	0,4	4	7,8	0	0	11	50	16	4,8
	Toscana	2	8,3	0	0	1	50	4	50	7	18,9
Fiammiferi, accendini	Italia	55	21,9	34	66,7	6	75	19	86,4	114	34,3
	Toscana	7	29,2	2	66,7	2	100	8	100	19	51,4
Farmaci	Italia	7	2,8	0	0	1	12,5	4	18,2	12	3,6
	Toscana	0	0	0	0	0	0	1	12,5	1	2,7
Denaro	Italia	199	79,3	48	94,1	8	100	21	95,5	276	83,1
	Toscana	22	91,7	3	100	2	100	8	100	35	94,6
Cellulare	Italia	158	62,9	45	88,2	8	100	20	90,9	231	69,6
	Toscana	21	87,5	3	100	2	100	7	87,5	33	89,2

Anche rispetto agli oggetti di libero uso nel corso del ricovero si può osservare una minore restrittività delle strutture toscane rispetto alle corrispondenti presenti nelle altre regioni. Soltanto l’uso di farmaci propri da parte del paziente, peraltro poco diffuso in generale, nelle strutture toscane si attesta su frequenze inferiori a quelle nazionali (2,7 vs 3,6%). In generale le minori limitazioni si ritrovano nei RPM, seguiti dalle Cliniche Universitarie e dalle case di cura.

Tabella 75 - Orari di visite “familiari” per tipologia di struttura (8 maggio 2003)

Ore giornaliere		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Nessuna	1	0,4	1	2,0	0	0	0	0	2	0,6
	da 1 a due ore al giorno	92	36,7	8	15,7	1	12,5	4	18,2	105	31,6
	da 3 a 6 ore al giorno	133	53	31	60,8	5	62,5	6	27,3	175	52,7
	oltre le 6 ore al giorno	25	10	11	21,6	2	25	12	54,5	50	15,1
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	da 1 a due ore al giorno	3	12,5	0	0	0	0	0	0	3	8,1
	da 3 a 6 ore al giorno	13	54,2	0	0	2	100	4	50	19	51,4
	oltre le 6 ore al giorno	8	33,3	3	100	0	0	4	50	15	40,5
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

L'accesso dei familiari dei ricoverati è regolato da un orario di visite in tutte le strutture di ricovero. In Toscana le strutture private presentano tutte una ampia fascia oraria per le visite dei familiari (più di 6 ore al giorno). La metà dei RPM dichiarano una fascia di visite giornaliere fra 3 e 6 ore, mentre il restante 50% dichiara più di 6 ore giornaliere. In una piccola quota di SPDC (12,5%, pari a 3: Elba, Prato e Pescia) si registra una maggiore restrizione dell'orario di visite dei familiari mentre la grande maggioranza dichiara un orario simile a quello dei RPM; da registrare che in 1/3 degli SPDC l'orario è maggiore a 6 ore giornaliere.

Mediamente circa il 40% di tutte le strutture di ricovero toscane presentano un orario di accesso dei familiari superiore a 6 ore al giorno mentre a livello nazionale ciò si registra per una quota di strutture molto inferiore (15%); in particolare fra gli SPDC si registra una discreta frazione che dichiara un orario giornaliero inferiore a 3 ore (pari a più di 1/3 del totale). Anche le strutture private presenti nelle altre regioni hanno una fascia oraria minore alle corrispondenti della Toscana.

Come si può vedere il ricovero di una persona già seguita da un servizio psichiatrico è per la larga maggioranza dei casi segnalato allo stesso competente servizio: sia dagli SPDC (nella quasi totalità delle strutture vengono segnalati oltre ¾ dei casi di ricovero) sia dalle strutture private che in 2/3 del totale segnalano la

maggior parte dei ricoveri. La situazione nelle altre regioni appare simile a quella della Toscana; si può notare soltanto che una piccola quota di SPDC (2,4%) e una parte non irrilevante di strutture private (11,8%) non segnalano mai (per prassi?) i ricoveri ai servizi che hanno già in cura la persona.

**Tabella 76 - Raccordo con SPT: ammissione di pazienti in carico (aprile 2003).
Confronto Italia/Toscana**

Informazione all'SPT		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Mai	6	2,4	6	11,8	0	0	0	0	12	3,6
	Fino al 25%	7	2,8	5	9,8	0	0	0	0	12	3,6
	dal 26 al 50%	9	3,6	1	2	0	0	0	0	10	3
	Dal 51 al 75%	7	2,8	2	3,9	0	0	0	0	9	2,7
	Oltre il 75%	222	88,4	37	72,5	8	100	22	100	289	87
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	Mai	0	0	1	33,3	1	50	0	0	2	5,4
	dal 26 al 50%	0	0	0	0	1	50	0	0	1	2,7
	Dal 51 al 75%	1	4,2	0	0	0	0	0	0	1	2,7
	Oltre il 75%	23	95,8	2	66,7	0	0	8	100	33	89,2
		Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37

**Tabella 77 - Raccordo con SPT: ammissione di pazienti non in carico (8 maggio 2003).
Confronto Italia/Toscana**

Informazione all'SPT		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Mai	14	5,6	15	29,4	2	25	4	18,2	35	10,5
	Fino al 25%	16	6,4	8	15,7	1	12,5	0	0	25	7,5
	Dal 26 al 50%	13	5,2	3	5,9	1	12,5	0	0	17	5,1
	dal 51 al 75%	7	2,8	1	2	0	0	0	0	8	2,4
	Oltre il 75%	201	80,1	24	47,1	4	50	18	81,8	247	74,4
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	Mai	0	0	2	66,7	2	100	0	0	4	10,8
	dal 51 al 75%	0	0	1	33,3	0	0	0	0	1	2,7
	Oltre il 75%	24	100	0	0	0	0	8	100	32	86,5
		Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37

Prendendo in considerazione i ricoveri di persone già seguite dal SPT si assiste a comportamenti non univoci nelle diverse strutture della Toscana: gli SPDC e i RPM, nella loro totalità, dichiarano di segnalare la grande maggioranza di casi di ricovero al servizio territoriale competente, mentre le Cliniche Universitarie e la maggioranza delle strutture private non fanno alcuna segnalazione.

Sembra cioè che si sia configurato una sorta di doppio circuito dell'assistenza psichiatrica, fra servizi territoriali e altre agenzie (private e non).

Analoghi comportamenti si osservano nelle corrispondenti strutture delle altre regioni; si differenzia soltanto una quota di ASAP (circa 1 su 5) che in caso di pazienti non già seguiti non si fa carico di informare il competente SPT .

Tabella 78 - Raccordo con SPT: ricoverati visitati dall'equipe dell'SPT (% del totale) (aprile 2003)

Quota percentuale		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Mai	28	11,2	9	17,6	0	0	0	0	37	11,1
	Fino al 25%	72	28,7	24	47,1	3	37,5	2	9,1	101	30,4
	Dal 26 al 50%	61	24,3	11	21,6	3	37,5	1	4,5	76	22,9
	Dal 51 al 75%	21	8,4	1	2	1	12,5	1	4,5	24	7,2
	Oltre il 75%	69	27,5	6	11,8	1	12,5	18	81,8	94	28,3
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	Mai	1	4,2	0	0	2	100	0	0	3	8,1
	Fino al 25%	0	0	3	100	0	0	0	0	3	8,1
	Dal 26 al 50%	2	8,3	0	0	0	0	0	0	2	5,4
	Dal 51 al 75%	2	8,3	0	0	0	0	0	0	2	5,4
	Oltre il 75%	19	79,2	0	0	0	0	8	100	27	73
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Il rapporto fra strutture di ricovero e competente servizio territoriale, mostra delle significative diversificazioni. Il rapporto fra SPDC e SPT appare in Toscana abbastanza stretto: la grande maggioranza dei ricoverati ha dei contatti durante il ricovero con gli operatori del SPT in 4/5 delle strutture; soltanto in una piccola

quota nessun ricoverato (1 SPDC: Massa Carrara) o una quota non maggioritaria dei ricoverati (2 SPDC: Lucca e Mugello) ha contatti con gli operatori del SPT. Tutti i RPM dichiarano che per la grande maggioranza dei ricoveri la persona ha ricevuto visite da parte degli operatori del servizio; ciò appare quasi tautologico visto che tali tipologie organizzative si prevede che il SPT abbia la gestione stessa del ricovero. I contatti diretti fra operatori dei SPT e ricoverati in strutture private sono invece piuttosto ridotti: le visite nel corso del ricovero in quelle strutture sono infatti limitate ad 1 caso su 4. Del tutto assenti invece i contatti presso le Cliniche Universitarie.

Il confronto con le analoghe strutture delle altre regioni mostra notevoli differenze per gli SPDC, dove si osserva che la maggioranza dei ricoverati ha contatti con gli operatori del SPT in meno di 1/3 delle strutture (27,3 vs 79,2%); le ASAP mostrano invece dei rapporti più organici con i SPT, con valori simili alle analoghe strutture toscane. Le strutture private e quelle universitarie presenti nelle altre regioni dichiarano invece una maggiore frequenza dei contatti con gli SPT che non quelle toscane.

Tabella 79 - Raccordo con SPT: utenti in carico all'SPT ricoverati in accordo con il Servizio (% del totale) (aprile 2003). Confronto Italia/Toscana

Quota percentuale		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Mai	8	3,2	6	11,8	0	0	1	4,5	15	4,5
	Fino al 25%	32	12,7	7	13,7	0	0	0	0	39	11,7
	Dal 26 al 50%	57	22,7	10	19,6	3	37,5	0	0	70	21,1
	Dal 51 al 75%	40	15,9	6	11,8	2	25	1	4,5	49	14,8
	Oltre il 75%	114	45,4	22	43,1	3	37,5	20	90,9	159	47,9
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	Mai	0	0	0	0	1	50	0	0	1	2,7
	Fino al 25%	1	4,2	0	0	0	0	0	0	1	2,7
	Dal 26 al 50%	5	20,8	0	0	1	50	0	0	6	16,2
	Dal 51 al 75%	4	16,7	0	0	0	0	0	0	4	10,8
	Oltre il 75%	14	58,3	3	100	0	0	8	100	25	67,6
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

Il ricovero dei pazienti in carico al SPT è spesso concordato con lo stesso servizio: in tutti i RPM e nelle strutture private avviene per la larga maggioranza dei pazienti. Ciò avviene con frequenza molto inferiore nelle Cliniche universitarie: per nessun paziente a Siena e per una minoranza a Firenze. Gli SPDC si pongono in una situazione intermedia, anche per le peculiari caratteristica di strutture di ricovero per le emergenze: nella maggioranza delle strutture comunque la maggior parte dei ricoveri è concordato con il SPT, mentre in circa ¼ degli SPDC meno della metà dei ricoveri è concordata (Massa Carrara, Pistoia, Pescia, Mugello e S.Maria Nuova-Firenze).

Negli SPDC delle altre regioni si osservano quote di ricovero di pazienti in carico al SPT inferiori a quelle registrate in Toscana, così come avviene nelle strutture private. Le Cliniche universitarie mostrano invece rapporti più strutturati con gli SPT che non in Toscana. Le quote più elevate di ricoveri concordati si riscontra nelle ASAP: in 9 strutture su 10 vengono concordati più di ¾ dei ricoveri.

Le dimissioni sono invece più spesso concordate fra strutture e SPT che ha in cura il ricoverato, in tutte le tipologie escluso le Cliniche universitarie che decidono autonomamente la fine del ricovero. Analoga appare la situazione a livello nazionale, seppure con frequenze inferiori a quelle toscane.

Tabella 80 - Raccordo con SPT: dimissioni concordate di utenti in carico all'SPT (aprile 2003). Confronto Italia/Toscana

Quota percentuale		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Mai	11	4,4	7	13,7	0	0	1	4,5	19	5,7
	Fino al 20%	11	4,4	9	17,6	0	0	0	0	20	6,0
	Dal 21 al 50%	27	10,8	7	13,7	0	0	1	4,5	35	10,5
	dal 51 al 75%	19	7,6	8	15,7	1	12,5	0	0	28	8,4
	Oltre il 75%	183	72,9	20	39,2	7	87,5	20	90,9	230	69,3
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	Mai	0	0	0	0	2	100	0	0	2	5,4
	Dal 21 al 50%	1	4,2	0	0	0	0	0	0	1	2,7
	dal 51 al 75%	2	8,3	1	33,3	0	0	0	0	3	8,1
	Oltre il 75%	21	87,5	2	66,7	0	0	8	100	31	83,8
		Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37

Tabella 81 - Raccordo con SPT: trattamento del SPT successivo alla dimissione (% del totale) (aprile 2003)

Quota percentuale		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	Fino al 10%	32	12,7	32	62,7	1	12,5	0	0	65	19,6
	Dall'11 al 50%	15	6,0	7	13,7	1	12,5	0	0	23	6,9
	Dal 51 al 75%	27	10,8	4	7,8	0	0	1	4,5	32	9,6
	Oltre il 75%	177	70,5	8	15,7	6	75	21	95,5	212	63,9
	Totale	251	100	51	100	8	100	22	100	332	100
Toscana	Fino al 10%	1	4,2	2	66,7	1	50	0	0	4	10,8
	Dall'11 al 50%	0	0	0	0	1	50	0	0	1	2,7
	Dal 51 al 75%	2	8,3	1	33,3	0	0	0	0	3	8,1
	Oltre il 75%	21	87,5	0	0	0	0	8	100	29	78,4
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

La presenza di SPT consolidati in Toscana porta generalmente ad una presa in carico del paziente dopo la dimissione: in una larga parte delle strutture (più di $\frac{3}{4}$ del totale) la grande maggioranza dei dimessi viene seguito dal servizio competente per territorio. Si differenziano da tale prassi le strutture private (in cui solo una quota molto ridotta di dimessi viene curata dal SPT) e le Cliniche Universitarie, dove la maggioranza dei dimessi non sono seguiti dal SPT. La presa in carico da parte del SPT nel resto del paese appare meno consolidata (63,9 vs 78,4% delle strutture segue più di $\frac{3}{4}$ dei dimessi); fanno eccezione la ASAP che nella quasi totalità dichiarano una presa in carico di larga parte dei dimessi da parte degli SPT.

Le prassi registrate nell'operatività dell'assistenza in regime di ricovero rispecchiano il contesto amministrativo delle diverse tipologie di strutture. Come si può osservare tutte le strutture di ricovero psichiatrico presenti in Toscana, escluse le Cliniche universitarie, dichiarano l'esistenza di accordi formali con i DSM (protocolli 54,1%; regolamenti 59,5%; altri documenti aziendali 13,5%). Ciò differenzia notevolmente la situazione Toscana da quella delle altre regioni, dove per la maggioranza dei casi non esiste una regolamentazione formale dei rapporti fra DSM e strutture di ricovero.

Il governo dei rapporti fra le diverse agenzie dell'assistenza sanitaria rappresenta una caratteristica strutturale peculiare della Toscana, non limitata al settore psichiatrico. Le azioni in tal senso dell'amministrazione regionale sono iniziate sin dall'avvio delle riforme strutturali della sanità, con un progressivo contenimento del tasso di ospedalizzazione generale; tali azioni hanno avuto importanti effetti anche nel settore psichiatrico, che pure in precedenza era stato oggetto di una specifica programmazione, nell'ambito dei diversi piani sanitari regionali (a partire dal 1984).

Tabella 82 - Rapporti con SPT: stipula di accordi formali (% del totale) (8 maggio 2003)

Accordi		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	143	57	35	70	5	62,5	2	9,1	185	55,9
	Si	99	39,4	8	16	3	37,5	20	90,9	130	39,3
	Solo alcuni DSM	9	3,6	7	14	0	0	0	0	16	4,8
	Totale	251	100	50	100	8	100	22	100	331	100
Toscana	No	0	0	0	0	2	100	0	0	2	5,4
	Si	24	100	3	100	0	0	8	100	35	94,6
	Totale	24	100	3	100	2	100	8	100	37	100

**Tabella 83 - Rapporti con SPT: protocolli condivisi (% del totale) (8 maggio 2003).
Confronto Italia/Toscana**

Protocolli		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	14	14,1	1	12,5	2	66,7	13	65	30	23,1
	Si	85	85,9	7	87,5	1	33,3	7	35	100	76,9
	Totale	99	100	8	100	3	100	20	100	130	100
Toscana	No	13	54,2	0	0			2	25	15	42,9
	Si	11	45,8	3	100			6	75	20	57,1
	Totale	24	100	3	100			8	100	35	100

Tabella 84 - Rapporti con SPT: regolamenti (% del totale) (8 maggio 2003). Confronto Italia/Toscana

Regolamenti		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	70	70,7	3	37,5	3	100	10	50	86	66,2
	Si	29	29,3	5	62,5	0	0	10	50	44	33,8
	Totale	99	100	8	100	3	100	20	100	130	100
Toscana	No	8	33,3	2	66,7			3	37,5	13	37,1
	Si	16	66,7	1	33,3			5	62,5	22	62,9
	Totale	24	100	3	100			8	100	35	100

Tabella 85 - Rapporti con SPT: altro documento (8 maggio 2003). Confronto Italia/Toscana

Altro documento		SPDC		Casa di cura		Clinica Psy Universitaria NO SPDC		Altre strutture per acuzie		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	No	76	76,8	7	87,5	1	33,3	11	55	95	73,1
	Si	23	23,2	1	12,5	2	66,7	9	45	35	26,9
	Totale	99	100	8	100	3	100	20	100	130	100
Toscana	No	21	87,5	2	66,7			7	87,5	30	85,7
	Si	3	12,5	1	33,3			1	12,5	5	14,3
	Totale	24	100	3	100			8	100	35	100

PARTE SECONDA

**La Fase 2
della ricerca PROGRES-Acuti
in Toscana**

I reparti coinvolti e la modalità di raccolta dati

Il gruppo di lavoro del coordinamento nazionale ha messo a punto un'apposita 'Scheda Struttura', per raccogliere dati approfonditi sugli aspetti edilizi e strutturali (quantità e qualità dei locali, attrezzature, arredi, personale, ecc.), sui trattamenti erogati, sulle pratiche assistenziali prevalenti, sulla frequenza di eventi-sentinella (contenzioni, comportamenti etero- ed autolesivi, ecc.), sulla qualità dell'assistenza fornita, sui percorsi assistenziali prima e dopo il ricovero, e sui rapporti tra la struttura di ricovero e l'insieme dei servizi psichiatrici territoriali.

La 'Scheda Struttura' è stata costruita a partire dai seguenti materiali:

1. 'Scheda Struttura' della Ricerca PROGRES-SR;
2. Manuale di accreditamento di Erlicher e Rossi;
3. Testo sull'accREDITAMENTO dei servizi psichiatrici di Casacchia, Morosini e Roncone.

La scheda è stata poi revisionata ed approvata collegialmente.

Parallelamente alla messa a punto dello strumento, è stato predisposto un database dedicato per i dati di Fase 2.

La raccolta dati dei ricoverati è stata effettuata tramite una 'Scheda paziente', che comprende sezioni specifiche per la rilevazione dei dati sociodemografici ed anamnestici (vedi Allegato 2) ed una batteria di strumenti per la valutazione standardizzata delle condizioni psicopatologiche, del funzionamento psicosociale, della qualità della vita e dello stato generale di salute.

La 'Scheda paziente' è stata completata dai seguenti strumenti standardizzati:

1. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), versione italiana a 24 item (Roncone et al., 1999) per la valutazione dei sintomi psicopatologici;
2. Scala di Funzionamento Personale e Sociale (Morosini et al., 2000) per la valutazione del funzionamento e della disabilità;

3. Scheda ROS (Roman Opinion Scale) per la raccolta dell'opinione del ricoverato rispetto all'assistenza ricevuta (Gigantesco et al. 2003).

Una volta approntato il materiale per la raccolta dati ('Scheda Struttura', Scheda paziente, scale standardizzate) è stato organizzato un seminario pratico di addestramento della durata di 2 giorni per i ricercatori tenuto presso l'Istituto Mario Negri di Milano. Per il gruppo di ricerca della Toscana hanno partecipato 5 ricercatori, medici specializzati o specializzandi della Clinica Psichiatrica di Firenze¹. Il training ha permesso una conoscenza ottimale degli strumenti di rilevazione e della metodologia dello studio. Inoltre stata verificata la variabilità fra osservatori nella compilazione dello strumento.

La visita nella struttura dei ricercatori è stata preceduta dall'invio di una lettera da parte dell'Assessorato al Diritto alla Salute, indirizzata al responsabile della struttura, nella quale si informava della ricerca sui ricoveri psichiatrici nell'ambito del progetto finanziato dal Ministero della Salute, con richiesta di una fattiva collaborazione.

Il periodo di raccolta dati nelle strutture toscane è stato stabilito da gennaio a giugno 2004.

In Toscana sono state selezionate per la Fase 2 dello studio tutte le strutture descritte nella fase di censimento con una dotazione di almeno 4 posti letto.

Le strutture selezionate per la Fase 2 della ricerca comprendevano quattro distinte tipologie, con le seguenti caratteristiche²:

- **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)**³: 22 strutture per 198 posti letto. Hanno un territorio di competenza definito, e sono abilitate ad accogliere pazienti in regime di TSO.

¹ Il gruppo dei ricercatori era costituito da **Ilenia Pampaloni, Luca Abradi, Azzurra Martini, Alfiero Arena, Carlo Di Primio.**

² I dati relativi al numero di strutture e di posti letto si riferiscono all'anno 2003.

³ Per problemi organizzativi non è stato possibile effettuare la rilevazione nel SPDC di Montevarchi, dotato di 6 posti letto.

- **Reparti di Medicina con letti psichiatrici:** 3 strutture per 12 pp.ll. complessivi. Sono utilizzati in modo formale da un servizio psichiatrico territoriale per i ricoveri dei pazienti acuti con le medesime funzioni dei SPDC.
- **Case di Cura Neuropsichiatriche:** 3 strutture per 165 pp.l. complessivi. Nella parte dei relazione sul censimento sono indicate come Case di Cura (CdC).
- **Cliniche Psichiatriche Universitarie** (Firenze, Pisa e Siena), per un totale di 69 pp.ll.

Tabella 1 - Strutture di ricovero con almeno quattro posti letto per provincia (censimento PROGRES-Acuti, 8 maggio 2003)

PRESIDIO	TIPOLOGIA STRUTTURA *	Ricoveri TSO	Attività Semiresidenziale	Servizio ambulatoriale	N. POSTI LETTO Ordinari
AREZZO					
Osp. "S. Donato" - Arezzo	1	Si	DH	No	7
Osp. "S. M. alla Gruccia" - Montevarchi	1	Si	No	No	6
EMPOLI					
Osp. "S. Giuseppe" - Empoli	1	Si	DH	Altro	12
FIRENZE					
Osp. "S.M. Annunziata" – Bagno a Ripoli	1	Si	DH	No	10
Nuovo Ospedale del Mugello – Borgo SL	1	Si	DH	No	4
SPDC "Ponte Nuovo" c/o "AO- Careggi" - Fi	1	Si	DH	No	15
Osp. "S. Maria Nuova" - Firenze	1	Si	DH	No	12
Nuovo Osp. " S. Giovanni di Dio" - Firenze	1	Si	DH	Si	11
AO-Careggi - Firenze	4	No	DH	Si	23
Casa Cura "Poggioserenò" - Fiesole	2	No	DH	Si	50
Casa Cura "Villa dei Pini"- Firenze	2	No	DH	Si	75
GROSSETO					
Osp. della "Misericordia" - Grosseto	1	Si	Altro	Si	6
Osp. "S. Andrea" – Massa Marittima	1	Si	DH	CSM	4
Osp. "S. Giovanni di Dio" - Orbetello	1	Si	CD	CSM	4
LIVORNO					
Osp. "Riuniti" - Livorno	1	Si	No	Si	16
Osp. "Civile Bassa Val di Cecina" - Cecina	6	No	No	Si	4
LUCCA					
Osp. "S. Francesco" – Barga	6	No	No	No	4

Osp. "Campo di Marte" – Lucca	1	Si	Altro	Si	16
Casa Cura "Ville di Nozzano" - Lucca	2	No	No	Si	40
MASSA					
Osp. "SS. Giacomo e Cristoforo" – Massa C.	1	Si	No	No	6
PISA					
SPDC c/o AO- Pisana "S. Chiara" - Pisa	3	Si	DH	Si	12
Osp. "F.Loffi" – Pontedera	1	Si	DH	No	6
AO-Pisana "S. Chiara" - Pisa	3	Si	DH	Si	39
PISTOIA					
Osp. "SS. Cosimo e Damiano" - Pescia	1	Si	No	No	8
Osp. "del Ceppo" – Pistoia	1	Si	DH	No	9
PRATO					
Osp. "Misericordia e Dolce" – Prato	1	Si	No	No	6
SIENA					
Osp. "Alta Val d'Elsa" - Poggibonsi	6	No	No	No	4
Osp. "Riuniti Valdichiana" - Montepulciano	1	Si	No	No	4
Osp. "Sclavo" - Siena	1	Si	No	CSM	9
AO-Senese "Le Scotte" – Siena	4	No	DH	Si	7
VIAREGGIO					
Nuovo Ospedale Versilia - Viareggio	1	Si	DH	Si	12

*** LEGENDA TIPOLOGIA STRUTTURE**

- 1 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
- 2 Casa di Cura (convenzionata o non convenzionata)
- 3 Clinica Psichiatrica Universitaria sede di SPDC
- 4 Clinica Psichiatrica Universitaria non sede di SPDC
- 5 CSM-24 ore con posti letto
- 6 Reparto di Medicina per ricovero di pazienti psichiatrici (RPM)

La raccolta dei dati relativi alla Fase 2 è stata effettuata nella struttura in studio. Il periodo di rilevazione è stato stabilito in accordo con il responsabile della struttura interessata. I ricercatori hanno visitato ciascuna delle strutture selezionate: hanno intervistato il responsabile della struttura stessa e, laddove necessario, anche altri operatori. Inoltre, hanno raccolto personalmente i dati di carattere più strettamente qualitativo (condizioni della struttura, presenza di ricoverati a letto o contenuti). Inoltre, sono stati studiati in maniera approfondita i pazienti ricoverati in queste strutture nel corso di un periodo indice definito: 12 giorni per le strutture pubbliche (SPDC e Cliniche Universitarie) e 3 giorni per quelle private. Per le prime il periodo indice è iniziato sempre di lunedì, per terminare il venerdì della settimana successiva (il fine settimana era compreso nei giorni di rilevazione); per le strutture private il periodo in studio ha coinciso con tre giorni feriali consecutivi. Per tutti i pazienti, è stata utilizzata una Scheda paziente per la rilevazione dei dati sociodemografici e anamnestici, ed una serie di strumenti per la valutazione delle condizioni psicopatologiche, del funzionamento psicosociale, e della valutazione della soddisfazione. I ricercatori hanno provveduto alla somministrazione delle scale di valutazione standardizzate BPRS e FPS. La Scala ROS è di tipo auto-compilato e pertanto i ricercatori hanno provveduto a consegnare e ritirare il questionario ai ricoverati che hanno dato il proprio consenso; inoltre si sono resi disponibili ad assistere la compilazione per i ricoverati che lo richiedevano.

Il campione di pazienti è stato suddiviso in 3 coorti. La prima comprende i pazienti incidenti, ovvero quelli ammessi nel corso del periodo indice, indipendentemente dalla durata della loro degenza, che sono risultati 161. La seconda comprende i pazienti dimessi (in totale 109), nel corso del periodo indice, indipendentemente dalla data di ammissione. L'ultima include i pazienti lungodegenti (risultati 21), coloro cioè che al primo giorno di rilevazione avevano già trascorso più di 2 mesi nella struttura (comprensivi di un massimo di 7 giorni eventualmente trascorsi all'esterno). Inoltre sono stati studiati 44 ricoverati, che sono stati ammessi e dimessi nel periodo di studio. Complessivamente sono stati studiati 335 ricoverati.

Gli strumenti

La scheda paziente

La scheda paziente rappresenta lo strumento utilizzato nella seconda fase dello studio PROGRES-Acuti.

Per la sua costruzione, il gruppo di ricerca, ha fatto riferimento ai seguenti materiali:

- scheda paziente della Ricerca PROGRES-Strutture Residenziali;
- scheda di rilevazione utilizzata nello studio sulla crisi del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste (Mezzina e coll, 2006);
- versione italiana della Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) a 24 item (Morosini & Casacchia, 1995; Roncone *et al*,1999) per la valutazione dei sintomi psicotici;
- la Scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS) (Morosini *et al.*, 2000) per la valutazione delle capacità relazionali, del funzionamento personale e del grado di disabilità;
- Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (Sheehan *et al.*, 1994) come scala di valutazione diagnostica semistrutturata⁴;
- questionario Roman Opinion Scale (ROS-SC) (Gigantesco *et al.*, 2003) allo scopo di indagare l'opinione del paziente riguardo al ricovero.

La **scheda paziente**, suddivisa in quattro sezioni, è stata somministrata a tutti i pazienti arruolati nello studio. Ogni sezione è stata compilata in base alla categoria di appartenenza del paziente (incidente o ammesso in reparto, dimesso, lungodegente).

- La **sezione generale**, volta a raccogliere informazioni riguardanti la struttura, le modalità di rilevazione dei dati e le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti, è stata somministrata a tutte e tre le categorie di degenti.

⁴ I dati ottenuti con la somministrazione della MINI non sono stati utilizzati per il presente rapporto.

- La **seconda sezione** è rivolta ai pazienti incidenti, cioè a tutti coloro che sono stati ricoverati durante il periodo indice (di raccolta dati). All'interno di questa sezione sono stati raccolti dati riguardanti le caratteristiche dei pazienti al primo ricovero o già ricoverati, le attuali procedure di ricovero, le diverse agenzie intervenute, aspetti significativi che possono aver contribuito a determinare il ricovero, caratteristiche legate alla psicopatologia e la diagnosi (ICD-10), l'appropriatezza del ricovero.
- La **terza sezione** è stata somministrata ai pazienti in dimissione e ai lungodegenti. Questa parte dello strumento è volta ad indagare la diagnosi di dimissione (ICD-10) e le procedure dell'attuale ricovero, l'insight e gli episodi di violenza (agiti o subiti), i trattamenti, farmacologici o di altro tipo, praticati durante la degenza, l'impiego di strumenti di valutazione durante il ricovero, le modalità di integrazione con i diversi servizi territoriali ed infine le modalità di integrazione e coinvolgimento dei familiari sia durante il ricovero che alla dimissione.
- La **quarta sezione** è stata compilata soltanto dai pazienti lungodegenti, ossia da coloro con una degenza continuativa di almeno 60 giorni. In questa sezione vengono poste domande allo scopo rilevare le condizioni che contribuiscono al prolungamento della degenza e le possibili cause che ne rendono difficile la dimissione.

Le scale standardizzate di valutazione

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

La Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) messa a punto da Overall e Gorham nel 1962, è uno strumento di collaudata attendibilità e largo impiego utilizzato in numerose ricerche volte a valutare l'efficacia di interventi, sia farmacologici sia psicosociali. In origine era composta da 16 item che successivamente furono portati a 18, con l'aggiunta di due item (Eccitamento e Disorientamento), ma risultava sprovvista di un preciso manuale di somministrazione. Per questo motivo, alla fine degli anni '80, oltre all'introduzione di alcuni mutamenti strutturali, furono messe a punto l'insieme di linee guida specifiche per la conduzione del colloquio

con il paziente oggetto della valutazione. Ad oltre 30 anni dalla sua pubblicazione, la BPRS rimane una delle scale di più vasto impiego. Nel tentativo, comunque, di rendere la scala utilizzabile anche da parte di valutatori con minore esperienza clinica, senza aumentare parallelamente il livello di variabilità tra valutatori, Ventura e collaboratori (1993) hanno proposto una nuova versione della BPRS, denominata BPRS 4.0. La BPRS 4.0, oltre a contenere 6 item in più rispetto alla versione originale, è corredata anche da un manuale, una sorta di intervista semistrutturata, che fornisce dettagliate istruzioni sul come rilevare la presenza dei sintomi e sulla valutazione della loro gravità, in modo da ridurre al massimo la variabilità tra valutatori. Morosini e Casacchia (1994) ne hanno curato la versione e l'adattamento in italiano.

Per la raccolta dati della fase II del progetto PROGRES-Acuti, è stata utilizzata quest'ultima versione che comprende 24 item con una scala di valutazione che oscilla da 1 (assenza di sintomo) a 7 (massima gravità del sintomo).

Scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS)

La scala è tratta dalla componente sociale della Global Functioning Scale del DSM III-R e IV (SOFAS) ma, successivamente ampiamente modificata a causa delle difficoltà presentate sia nell'attribuzione dei punteggi sia a causa della bassa riproducibilità.

La scala FPS utilizzate nello studio (Morosini, 2000) prevede un punteggio da 1 a 100 ed è divisa in 10 livelli: il primo livello comprende un punteggio 100-91, corrispondente ad un funzionamento molto buono; l'ultimo un punteggio 10-1 che descrive la mancanza di autonomia nelle funzioni di base.

La somministrazione della scala all'interno dello studio PROGRES-Acuti, è stata effettuata all'inizio ed alla fine della degenza con alcune diversità.

All'inizio del ricovero sono state indagate le seguenti aree:

- attività socialmente utili, incluso lavoro, studio o altre attività non lavorative ma considerate costruttive per il soggetto o socialmente utili;
- rapporti con i familiari, amici o conoscenti stretti;
- cura di sé (abbigliamento adeguato alla stagione, igiene personale);
- comportamenti disturbanti o aggressivi.

Alla fine del ricovero, o al momento della valutazione per i pazienti lungodegenti, sono state indagate alcune aree apportando modificazioni rispetto alla versione originale della FPS. Nello specifico:

- atteggiamento costruttivo durante il ricovero, come la partecipazione ad eventi organizzati dal reparto di degenza, atteggiamento collaborativo rispetto al proprio piano di cura, progetti per dopo la dimissione;
- rapporti personali instaurati con gli altri ricoverati o con gli operatori;
- cura di sé;
- comportamenti disturbanti e aggressivi.

Questionario ROS-SC

Il questionario ROS-SC (Roman Opinion Scale), tratto dal ROQ-PW e validato nella versione italiana da Gigantesco e Morosini (2003), è uno strumento costruito allo scopo di conoscere l'opinione del paziente riguardo al ricovero. Complessivamente è composto da 26 item e due domande libere finali volte ad indagare ciò che pensa rispetto agli spazi del reparto, alla disponibilità di medici e psicologi, assistenti sociali o altro personale sanitario e non, con cui ha avuto contatto durante la degenza. Vengono poi rilevate le opinioni del paziente circa le informazioni ricevute riguardo il proprio stato di salute, ai trattamenti praticati, agli esiti del ricovero ed al suo stato d'animo. Infine viene chiesto la sua opinione circa la possibilità di fare qualcosa per gli altri, la situazione economica, sentimentale, familiare e sociale, e ciò che pensa riguardo alla qualità della sua vita una volta dimesso. Ogni item utilizza una scala che varia da 3 a 9, dove 3 rappresenta il valore più basso e 9 il grado di soddisfazione maggiore.

Il punteggio minimo ottenibile è 78 e il massimo è 234.

Le ultime due domande a risposta aperta offrono la possibilità, al paziente, di descrivere, in maniera più ampia, gli aspetti che ha vissuto positivamente o negativamente durante la degenza in reparto.

I risultati della Fase 2

Questa sezione contiene i dati relativi a 335 pazienti ricoverati nelle 29 strutture di ricovero studiate per lo svolgimento della Fase 2 del progetto PROGRES-Acuti in Toscana.

In questo rapporto verrà posta particolare attenzione alle caratteristiche socio-demografiche dei ricoverati in SPDC e in altre tipologie di strutture⁵ dedicate al ricovero di pazienti con disturbi psichici, e della coorte di pazienti lungodegenti⁶. Fra i ricoveri in SPDC sono stati compresi anche i 15 registrati nel periodo di studio nei “Posti letto funzionali” di psichiatria (RPM) degli Ospedali Civili di Cecina (Li), Poggibonsi (Si) e Barga (Lu). Queste strutture infatti hanno dichiarato 4 posti letto in un Reparto di Medicina ma l’organizzazione e il funzionamento sono del tutto corrispondenti a quelle presentate dai SPDC presenti in Toscana. I ricoveri registrati nelle Cliniche Psichiatriche Universitarie e nelle Case di Cura private in molte presentazioni sono state aggregati. Tale aggregazione fra strutture diverse per varie caratteristiche sotto l’unica voce “Altre strutture”, si è resa necessaria data la bassa numerosità dei casi osservati in queste tipologie di strutture. Questa operazione ha permesso un adeguato confronto fra SPDC a le diverse strutture presenti sul territorio regionale.

Sono stati osservati 106 ammessi e 65 dimessi per gli SPDC; 55 ammessi e 44 dimessi per le altre strutture; 21 lungodegenti, di cui 7 in SPDC e 14 in altre strutture. Inoltre sono stati studiati 44 ricoverati che nel periodo di studio (vedi sezione metodologica) sono stati ammessi e dimessi.

Caratteristiche socio-demografiche dei ricoverati per tipologia di reparto

Le Tabelle 2 e 3 confrontano le caratteristiche socio-demografiche, le condizioni lavorative e abitative del gruppo dei pazienti incidenti e dimessi da SPDC e da altre

⁵ Le altre strutture comprendono: Cliniche Psichiatriche Universitarie non sede di SPDC, –Case di Cura convenzionate o in parte convenzionate.

⁶ Persone degenti nella struttura da almeno 60 giorni all’inizio della rilevazione.

strutture. Per la costruzione di queste tabelle, abbiamo utilizzato gli item provenienti dalla **Sezione generale** e dalla **Scheda paziente** accorpando i dati in categorie.

Tabella 2 - Caratteristiche socio-demografiche dei ricoverati, per tipologia di reparto

		SPDC (n=228)	Altre strutture (n=107)	Totale (n=335)	<i>p</i>
Sesso	Maschi	46,1	48,6	46,9	0,663
	Femmine	53,9	51,4	53,1	
Età (in classi)	da 18 a 29 anni	11,0	24,3	15,2	0,002
	da 30 a 39 anni	26,3	23,4	25,4	
	da 40 a 49 anni	28,1	12,1	23,0	
	da 50 a 59 anni	17,1	18,7	17,6	
	oltre 59 anni	17,1	19,6	17,9	
Stato civile	Celibe/nubile	45,6	53,3	48,1	0,227
	Coniugato/a	28,9	31,8	29,9	
	Separato/a o Divorziato/a	16,7	10,3	14,6	
	Vedovo/a	8,3	3,7	6,9	
	Non noto	0,4	0,9	0,6	
Scolarità	Fino alla scuola dell'obbligo	66,1	47,7	60,2	0,005
	Oltre la scuola dell'obbligo	28,6	43,0	33,2	
	Non noto	5,3	9,3	6,6	
Nazionalità	Italiano	96,5	98,1	97,0	0,676
	Extracomunitario	3,5	1,9	3,0	

Il genere femminile è rappresentato in percentuale leggermente maggiore rispetto al sesso maschile. Non si registrano comunque differenze significative dal punto di vista statistico. La classe d'età più rappresentata nel campione è quella fra 30 e 39 anni, che rappresenta $\frac{1}{4}$ del totale. L'età media dei soggetti ricoverati in SPDC è rispettivamente di 46,3 anni (deviazione standard =14,8) per i pazienti ammessi e di 45,5 anni (ds=13,7) per i pazienti dimessi (dati non mostrati in tabella). Nelle altre strutture l'età media dei pazienti ammessi è di 44 anni (ds=15,8) e di 43 anni (ds=16,5) nei dimessi (dati non mostrati): la distribuzione per età appare quindi differente fra le diverse tipologie di strutture, con maggiore presenza delle classi di età meno giovanili negli SPDC.

La condizione di celibe/nubile è quella largamente maggioritaria nel campione (circa la metà del totale; non significativa statisticamente), seguita da quella di

coniugato e di separato/divorziato. La distribuzione nelle diverse strutture non mostra significative differenze, anche se va notato che negli SPDC la frequenza di separati/divorziati è sensibilmente maggiore che non nelle altre strutture.

La scolarità di grado più elevato è significativamente maggiore fra i ricoverati in “altre strutture”, dove raggiunge una frequenza del 43% (contro il 28% degli SPDC).

La quota di soggetti con cittadinanza straniera è bassa in tutto il campione: solo 3 ricoverati su 100 sono stranieri.

Tabella 3 - Condizione lavorativa, abitativa dei pazienti ammessi e dimessi, per tipologia di reparto (% di colonna)

		SPDC (n=228)	Altre strutture (n=107)	Totale (n=335)	<i>p</i>
Professione	Professioni che esigono la laurea o simili	9,4	12,5	10,4	0,027
	Impiegato esecutivo	21,9	15,6	19,8	
	Commerciante	14,1	6,3	11,5	
	Operaio qualificato, autista	12,5	34,4	19,8	
	Coltivatore diretto	1,6	-	1,0	
	Lavoratore non qualificato del terziario	7,8	21,9	12,5	
	Altro	4,7	3,1	4,2	
	Non noto	28,1	6,3	20,8	
Condizione lavorativa	Studente	3,5	7,5	4,8	0,150
	Disoccupato	23,7	29,0	25,4	
	Lavoratore	23,7	29,0	25,4	
	Casalinga	13,2	11,2	12,5	
	Pensionato	31,6	21,5	28,4	
	Non noto	4,4	1,9	3,6	
Convivenza abituale	Solo/a	19,7	16,8	18,8	0,070
	Con la famiglia originaria	28,5	42,1	32,8	
	Con la famiglia acquisita	30,3	31,8	30,7	
	Con altri familiari	5,7	2,8	4,8	
	In struttura	10,1	2,8	7,8	
	Senza fissa dimora e altro	3,9	1,9	3,3	
	Non noto	1,8	1,9	1,8	

La condizione lavorativa riferita con maggior frequenza è quella di pensionato mentre la quota di disoccupati è la medesima degli occupati (1/4 del totale per ogni categoria); le casalinghe rappresentano una quota pari ad 1/8 del totale. In SPDC la quota maggiore è quella dei pensionati, che comprende anche le pensioni di invalidità.

Le professioni più rappresentate fra gli occupati sono operaio e impiegato, che insieme raggiungono i 2/5 del totale. L'elevata percentuale di persone che, in particolare in SPDC, non hanno risposto alla domanda riguardante il tipo di occupazione svolta, rende meno attendibili i risultati ottenuti. Pur tuttavia, gli SPDC ricoverano in misura maggiore persone che svolgono impieghi esecutivi o inerenti al commercio, mentre nelle altre strutture sono presenti in numero più elevato lavoratori con mansioni di operaio o simili.

Un'altra differenza osservata nel campione è la convivenza: la maggioranza del campione (circa 1/3 del totale) convive con la famiglia originaria, seguita dalla famiglia acquisita (circa il 30% del totale). Per i ricoverati in SPDC la famiglia originaria è inferiore alla media e la quota di convivenza in strutture residenziali è molto maggiore che non per i ricoverati in altre strutture (rapporto circa 4:1). I senza fissa dimora rappresentano una quota pari a circa il 4%.

Gli stranieri sono circa il 3% del campione totale.

Ricoverati ammessi (coorte incidenti): caratteristiche dell'ammissione

Le persone che sono ricoverate per la prima volta rappresentano in totale poco meno del 30% del totale. Da notare che tale tipologia di ricovero è meno del 20% del totale dei ricoveri in SPDC mentre nelle altre strutture rappresenta la metà dei ricoverati. Sembra cioè che negli SPDC sia presente soprattutto una popolazione di ricoverati con ricoveri ripetuti, mentre nelle altre strutture le due tipologie si equivalgono.

I ricoverati in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) sono una quota pari al 15% del campione degli ammessi; tale quota negli SPDC sfiora 1/5 del totale. Nelle

altre strutture è stato registrato solo 1 ricovero in TSO (effettuato presso la Clinica Psichiatrica di Pisa).

Da rilevare che la procedura di TSO è stata avviata da uno psichiatra del servizio territoriale nella maggioranza dei casi (pari a 1/3 del totale) ma che in più della metà dei casi la proposta di TSO è stata avviata dai medici del presidio ospedaliero (SPDC o DEA).

Tabella 4 - Ammessi nelle diverse tipologie di struttura: caratteristiche del ricovero (% di colonna)

	SPDC (n=111)	Altre strutture (n=50)	Totale (n=161)
Pazienti al 1°ricovero psichiatrico	17,1	50	27,3
Pazienti in TSO	18,2	2,2	15,5
Chi ha proposto il TSO			
MMG	5		4,8
Psichiatra del CSM	30	100	33,3
Psichiatra del S.P.D.C.	30		28,6
Medico di DEA/PS	30		28,6
Altro	5		4,8
Diagnosi (da ICD-10)			
Sindromi depressive	48,2	73,5	56,0
Sindromi schizofreniche	35,5	6,1	26,4
Disturbi della personalità	6,4	2,0	5,0
Abuso di alcol e sostanze	3,6	6,1	4,4
Disturbi da ansia	0,9	12,2	4,4
Disturbi psichici organici	5,5	0,0	3,8
Ruolo del CSM			
Ricovero concordato con il CSM	65,4	24,1	56,4
Ruolo della famiglia			
Ricovero richiesto dai familiari	49,5	60	52,8
Paziente accompagnato da un familiare	47,7	74	55,9

Il ricovero viene attuato in accordo con il servizio psichiatrico territoriale in poco più della metà dei casi del campione totale. Tale quota sale a circa 2/3 per i ricoveri in SPDC, gestiti direttamente dai SPT, mentre è solo ¼ di quelli effettuati in Cliniche e Case di Cura.

I familiari partecipano alla decisione di ricovero in circa la metà dei casi, laddove sono essi stessi a richiederlo. Per i ricoveri in SPDC i familiari accompagnano il paziente nella medesima frazione. Nelle altre strutture invece non solo la quota di ricoveri richiesti dai familiari è maggiore (3/5 del totale), ma il paziente viene accompagnato in quasi ¾ dei ricoveri. Ossia per i ricoveri in Cliniche e Case di Cura si registra una maggiore presenza dei familiari.

La diagnosi è stata codificata secondo la classificazione internazionale ICD-10 e successivamente aggregata in gruppi diagnostici. Il gruppo diagnostico più frequente per è quello dei Disturbi affettivi (depressione e disturbo bipolare), che sono più della metà del campione totale. Questo gruppo di disturbi giustifica quasi ¾ del totale dei ricoveri in Cliniche e Case di Cura, dove invece i disturbi schizofrenici sono una quota molto limitata. Negli SPDC i Disturbi affettivi restano quelli più frequenti ma i Disturbi schizofrenici rappresentano più di 1/3 dei ricoveri. Da notare che i Disturbi psichici organici, pur in quota molto limitata, sono stati registrati soltanto negli SPDC.

Tabella 5 - Ammessi per tipologia di struttura: eventi e problemi presenti nella settimana prima del ricovero (% di colonna)

Eventi significativi*	SPDC (n=111)	Altre strutture (n=50)	Totale (n=161)
Compromissione del funzionamento sociale	61,3	66	62,7
Grave desocializzazione	34,2	52	39,8
Conflitti i familiari	30,6	26	29,2
Grave ineguatezza nella cura di sé	18,9	38	24,8
Atti violenti agiti	21,6	6	16,7
Tentativo di suicidio o di autolesionismo	13,5	12,2	13,1
Atti violenti subiti	6,4	2	5,1
Evento traumatico psicologico	5,4	4	5
Problemi in atto*			
Grave stato di ansia	56,8	58	57,1
Agitazione psicomotoria	54,1	46	51,6
Forte stato di depressione	41,4	58	46,6
Deliri e allucinazioni	42,3	26	37,3
Stato di disorientamento	26,1	16	23
Gravi problemi di alimentazione	9	28	14,9
Abuso di alcool	9	8	8,7
Abuso di sostanze	8,1	8	8,1

* Per questi item era possibile indicare più di una risposta

Nella maggior parte dei casi il ricovero è stato preceduto dall'insorgenza di eventi nella settimana precedente che hanno contribuito a determinarlo. La compromissione del funzionamento sociale è stata registrata in una larga maggioranza dei casi, seguita nell'ordine da una importante desocializzazione (isolamento o chiusura in casa), dalla conflittualità con i familiari e dalla inadeguatezza nella cura di sé. I gesti autolesivi sono riportati in poco più di 1/8 dei casi.

All'ammissione sono stati registrati i problemi presenti nella settimana precedente il ricovero. Grave stato di ansia e/o agitazione psicomotoria sono state rilevate in più della metà del campione mentre uno stato depressivo è stato rilevato in più di 2/5 del totale, che nei ricoverati in Cliniche e Case di Cura diventa quasi 3/5 del totale. L'abuso di alcol e/o sostanze è presente in meno del 1/10 del totale del campione.

Da notare che gravi problemi di alimentazione sono presenti in quasi 1/3 dei ricoverati in Cliniche e Case di Cura.

Tabella 6 - Ammessi per tipologia di struttura: appropriatezza del ricovero (opinione del medico di reparto)

	SPDC(n=111)	Altre strutture (n=50)	Totale (n=161)
Inappropriato	2,7	2	2,5
Incerto	1,8	-	1,2
Abbastanza appropriato	9	22	13,0
Totalmente appropriato	86,5	76	83,2

La valutazione dell'appropriatezza del ricovero è stata indagata attraverso l'opinione del medico del reparto che aveva in carico il paziente. Come si vede dalla tabella nella grande maggioranza di casi il ricovero è stato ritenuto appropriato. Solo per una quota minima (pari a 1/40) il ricovero è stato giudicato inappropriato, senza rilevanti differenze fra le diverse tipologie di strutture.

Il primo ricovero nella vita

I ricoverati alla prima ammissione in un reparto psichiatrico sono risultati in totale 60, pari a circa il 30% del totale delle ammissioni.

Tabella 7 - Ammessi per tipologia di struttura. Primo ricovero nella storia personale. Classi di età

Età (classi)	SPDC (n=35)	Altre strutture (n=25)	Totale (n=60)
Da 18 a 29 anni	25,7	32	28,3
Da 30 a 39 anni	20	28	23,3
40 a 49 anni	28,6	16	23,3
50 o più anni	25,7	24	25
Totale	100	100	100

L'età media è risultata di 41,8 anni (deviazione st. 18,2), leggermente inferiore a quella di persone con ricoveri ripetuti (vedi sezione successiva). Non sono state rilevate significative differenze fra ammessi in SPDC e in Cliniche e Case di Cura.

La composizione del campione per classe di età mostra una prevalenza delle classi di età entro i 39 anni, quindi in età giovane-adulto ma va notato che si rileva una discreta quota (pari a $\frac{1}{4}$ del totale) anche nella classe d'età uguale o maggiore a 50 anni. Negli SPDC gli ammessi al primo episodio sono prevalenti nelle classi d'età sopra i 39 anni (54,3%) mentre nelle Cliniche e Case di Cura prevalgono nella classe compresa entro i 39 anni (60%).

Tabella 8 - Ammessi per tipologia di struttura. Primo ricovero nella storia personale. Contatti di cura nel mese precedente

Contatti	SPDC (n=35)	Altre strutture (n=23)	Totale (n=58)
No	51,5	20,0	39,6
Si	48,5	80,0	60,4
Totale	100	100	100

Una quota di $\frac{2}{5}$ del totale delle persone che sono state ammesse per la prima volta nella loro vita in un reparto psichiatrico non ha avuto alcun contatto con sanitari nel mese precedente (cosiddetti *first-ever*). Tale quota raggiunge la metà dei ricoverati in SPDC mentre scende ad $\frac{1}{5}$ nel campione di ricoverati in Cliniche e

Case di Cura. Cioè l'accesso a tali strutture è quasi sempre preceduto da un contatto con uno specialista. Nella grande maggioranza dei casi si tratta di uno specialista privato, che funge da “mediatore” del ricovero in tali strutture.

L'accesso in SPDC invece non è preceduto da alcun contatto in metà del campione: si tratta di quelle acuzie che si configurano come situazioni di urgenza e che quindi entrano nel circuito delle emergenze.

L'altra metà di accessi in SPDC, nei trenta giorni antecedenti il ricovero, in larga maggioranza (quasi 2/3 del totale) hanno avuto un precedente contatto con il Centro Salute Mentale e in piccola parte hanno contattato il medico di Medicina Generale.

Tabella 9 - Ammessi per tipologia di struttura. Primo ricovero nella storia personale. Agenzia intervenute prima del ricovero

	SPDC (n=19)	Altre strutture (n=16)	Totale (n=35)
Centro di Salute Mentale	63,2	-	34,3
Clinica Universitaria psichiatrica	-	12,5	5,7
Medico Medicina generale	10,5	6,3	8,6
Specialista convenzionato o privato	26,4	81,2	51,4
Totale	100	100	100

Come si può vedere dalla tabella nei casi di primo ricovero l'esordio⁷ del disturbo psichico è molto recente (entro l'anno del ricovero) in circa 1/5 dei casi. Si può trattare cioè dei casi di esordio acuto di un disturbo psichico che arriva direttamente al ricovero ospedaliero senza che siano stati attuati prima altri interventi (Goldberg & Huxley, 1980). Va notato comunque che circa 3/5 degli ammessi per la prima volta hanno un disturbo insorto da più di 5 anni; in questi casi si può pensare che i motivi del ricovero non siano legati tanto ad una situazione psicopatologica acuta ma più legati a fattori situazionali e relazionali.

⁷ Compromissione della cura di sé e del funzionamento sociale evidenti anche a chi non conosceva bene la persona sofferente.

Tabella 10 - Ammessi per tipologia di struttura. Primo ricovero nella storia personale. Tempo intercorso fra esordio del disturbo e ricovero

Tempo (fascia)	SPDC (n=35)	Altre strutture (n=23)	Totale (n=58)
Meno di 1 anno	28,6	8,3	20,3
Entro 5 anni	22,9	16,7	20,3
Da 6 a 10 anni	11,4	20,8	15,3
Da 11 a 20 anni	17,1	25	20,3
> di 20 anni	20	29,2	23,7
Totale	100	100	100

La diagnosi prevalente nel campione totale delle prime ammissioni è nell'ambito delle Disturbi affettivi, che si osserva in quasi 2/3 del totale del campione, seguita da Abuso di alcol e sostanze e Disturbi di ansia. I ricoverati in SPDC hanno in ordine di frequenza una diagnosi di Disturbo affettivo, Abuso di alcol e sostanze, Sindromi schizofreniche. Nelle altre strutture si osserva una larga prevalenza delle sindromi affettive seguite dai disturbi di ansia mentre non si registra nessuna ammissione per esordio schizofrenico.

Tabella 11 - Ammessi per tipologia di struttura. Primo ricovero nella storia personale. Diagnosi principale per struttura (% di colonna)

Diagnosi	SPDC (n=35)	Altre strutture (n=23)	Totale (n=58)
Disturbi psichici organici	8,8	0	5,2
Abuso di alcol e sostanze	11,8	8,3	10,3
Sindromi schizofreniche	11,8	0	6,9
Disturbi affettivi	58,8	66,7	62,1
Disturbi da ansia	2,9	20,8	10,3
Disturbi della personalità	5,9	4,2	5,2
Totale	100	100	100

I ricoveri successivi

In questo gruppo di ricoverati l'età media è di 46,9 anni (deviazione st. 13,6), senza significative differenze fra le diverse strutture di ricovero.

La distribuzione per classi di età dei degenti con precedenti ricoveri in reparti psichiatrici è spostata verso le classi più avanzate: quasi 2/3 del campione totale ha più di 39 anni e non si riscontrano differenze fra i ricoverati in SPDC e quelli in Cliniche e Case di Cura.

Da osservare che i ricoveri di minori in questo campione sono del tutto marginali: è stata registrata soltanto una ammissione di minore (presso il SPDC di Viareggio)..

Tabella 12 - Ammessi con precedente ricovero nella storia personale. Età pazienti per tipologia di struttura (% di colonna)

	SPDC (n=116)	Altre strutture (n=29)	Totale (n=145)
< di 18 anni	0,9	0	0,7
Da 18 a 29 anni	8,6	10,3	9
Da 30 a 39 anni	29,3	27,6	29
Da 40 a 49 anni	26,7	13,8	24,1
Da 50 a 59 anni	18,1	31	20,7
Oltre 59 anni	16,4	17,2	16,6
Totale	100	100	100

Se si analizza il tempo trascorso dal primo ricovero a quello attuale si può notare che solo una minima quota è compresa entro 1 anno (circa 1/10 del totale) mentre per più della metà del campione totale si registra un lasso di tempo maggiore a 10 anni. Si tratta cioè di persone che hanno un disturbo psichico che dopo il primo hanno successivi ricoveri, anche a distanza di molti anni.

Tabella 13 - Ammessi con precedente ricovero nella storia personale. Tempo trascorso fra il primo ricovero e quello attuale

	SPDC (n=114)	Altre strutture (n=29)	Totale (n=143)
	%	%	%
Fino 1 anno	7,9	20,7	10,5
Da 2 a 5 anni	24,6	17,2	23,1
Da 6 a 10 anni	12,3	6,9	11,2
> di 10 anni	55,3	55,2	55,2
Totale	100	100	100

Nella frazione di ammissioni con precedenti ricoveri le diagnosi prevalenti sono ancora nell'ambito delle sindromi affettive, che rappresentano la metà del totale; rispetto ai primi ricoveri si osserva però una maggiore frequenza di Sindromi schizofreniche, che rappresentano quasi 1/3 di tutto il campione totale. Fra le ammissioni in SPDC le sindromi schizofreniche arrivano quasi ad eguagliare le sindromi affettive. Mentre nelle Altre strutture la quota di sindromi schizofreniche mostra un rapporto 1:4 con le sindromi affettive.

Tabella 14 - Ammessi con precedente ricovero nella storia personale. Diagnosi principale sintetica per tipologia di struttura (% di colonna)

Diagnosi	SPDC (n=115)	Altre strutture (n=29)	Totale (n=144)
Disturbi psichici organici	5,2	0	4,2
Abuso di alcol e sost	2,6	3,4	2,8
Sindromi schizofreniche	36,5	13,8	31,9
Sindromi affettive	43,5	79,3	50,7
Disturbi da ansia	3,5	3,4	3,5
Disturbi della personalità	8,7	0	6,9
Totale	100	100	100

Tabella 15 - Ammessi con precedente ricovero nella storia personale. Contatti di cura nel mese precedente al ricovero attuale (percentuale di colonna)

Contatti	SPDC (n=112)	Altre strutture (n=27)	Totale (n=139)
No	6,3	11,1	7,2
Si	93,8	88,9	92,8
Totale	100	100	100

Gli ammessi a ricovero successivo nella grande maggioranza erano in cura presso una qualche agenzia nel mese precedente il ricovero.

Fra i ricoverati in SPDC la grande maggioranza, pari a più di 4/5, era già in cura presso un CSM e solo una piccola quota (circa 1/10) si era invece rivolto ad uno specialista privato. Gli ammessi in Cliniche e Case di Cura invece per la metà dei casi erano in cura presso uno specialista privato e solo in poco meno di 1/3 presso un

CSM; in questa parte del campione, in cui sono compresi i ricoveri presso le Cliniche Universitarie, va notato che quasi 1/5 degli ammessi era in cura presso queste strutture pubbliche.

Tabella 16 - Ammessi con precedente ricovero nella storia personale. Agenzie intervenute nel mese precedente il ricovero attuale

	SPDC (n=105)	Altre strutture (n=26)	Totale (n=131)
Centro di Salute Mentale	83,8	30,8	73,3
Clinica Psichiatrica	4,8	19,2	7,6
Casa di cura convenzionata	1	0	0,8
SerT	1	0	0,8
Specialista privato/convenzionato	9,5	50	17,6
Totale	100	100	100

Ricoverati dimessi: caratteristiche della degenza

Questa parte dello studio riguarda i ricoveri che sono stati conclusi nel periodo di studio nelle diverse strutture. Sono stati registrati quindi gli interventi e i trattamenti effettuati nel corso del ricovero e le indicazioni e prescrizioni all'atto della dimissione.

Tabella 17 - Dimessi nelle diverse tipologie di struttura (% di colonna)

	SPDC (n=70)	Altri reparti (n=39)	Totale (n=109)
Pazienti in TSO	5,7	-	3,7
Diagnosi (da ICD-10)			
Disturbi affettivi	50	69,4	56,6
Sindromi schizofreniche	31,4	8,3	23,6
Disturbi da ansia	7,1	11,1	8,5
Disturbi della personalità	8,6	-	6,6
Abuso di alcol e sostanze	-	8,3	2,8
Disturbi psichici organici	2,9	-	1,9

Le diagnosi di dimissione non si discostano sostanzialmente da quanto rilevato nel campione degli ammessi. In questa coorte si rileva soltanto una quota maggiore

di “Disturbi psichici organici” e di “Abuso di alcol e sostanze”, che comunque restano marginali (entrambe inferiori al 5%).

Tabella 18 - Dimessi: Insight rispetto al problema psichico

	SPDC (n=70)	Altri reparti (n=39)	Totale (n=109)
<i>Atteggiamento all'inizio del ricovero</i>			
Ostile: rifiuta ricovero e cure	12,9	10,3	11,9
Riluttante: accetta il ricovero ma non le cure	8,6	2,6	6,5
Indifferente: accetta passivamente le cure e il ricovero	8,6	-	5,6
Favorevole: accetta attivamente il ricovero	70,0	87,2	76,0
<i>Atteggiamento alla dimissione</i>			
Ostile: rifiuta ricovero e cure	4,3	-	2,8
Riluttante: accetta il ricovero ma non le cure	1,4	-	0,9
Indifferente: accetta passivamente ricovero e cure	15,7	2,6	11,0
Favorevole: accetta attivamente ricovero e cure	78,6	97,4	85,3
<i>Consapevolezza dell'esistenza di problemi psichici</i>			
No, totale mancanza di consapevolezza	14,3	2,6	10,1
Consapevolezza parziale	14,3	5,1	11,0
Ritiene di aver bisogno di cure	70,9	92,3	78,9

All'inizio del ricovero viene registrata un atteggiamento favorevole alle cure in circa $\frac{3}{4}$ del campione di dimessi mentre in quasi $\frac{1}{5}$ del campione si registra il rifiuto delle cure e in più di $\frac{1}{10}$ anche ostilità al ricovero. Fra i ricoveri in SPDC si registrano quote maggiori di mancato consenso al trattamento che non nelle altre strutture.

Alla dimissione la grande maggioranza del campione manifestava una piena consapevolezza dei propri problemi psichici con richiesta di cure (in circa $\frac{4}{5}$ del totale). In una quota ridotta di dimessi (circa $\frac{1}{10}$) alla dimissione viene registrata una totale mancanza di consapevolezza dei propri problemi. Tale quota riguarda soprattutto i dimessi dal SPDC. La quota di dimessi che accetta le cure alla dimissione è la quasi totalità del campione e solo una piccola parte non accetta le cure proposte (inferiore al 5%). Fra i dimessi dagli SPDC si registra però una quota non trascurabile di persone che accettano passivamente le cure, senza un'attivo coinvolgimento nel programma terapeutico mentre nel campione delle Cliniche e Case di Cura tale quota è marginale (1 solo caso).

Tabella 19 - Dimessi. Interventi e trattamenti attuati durante il ricovero

Trattamenti e interventi*	SPDC (n=70)	Altri reparti (n=39)	Totale (n=109)
Colloqui/Psicoterapia individuale (almeno 30 min)	34,3	12,8	26,6
Interventi con i familiari	17,1	7,8	13,8
Terapia elettroconvulsivante	-	10,3	3,7
Pazienti contenuti fisicamente	2,9	-	1,8
Pazienti sedati x più di 24 ore continuative	1,4	2,6	1,8
Ginnastica e altre attività sportive	-	5,20	1,8
Promozione del sostegno economico	2,9	-	1,8
Gruppi di discussione	-	2,6	0,9
Interventi con vicini o altre persone di riferimento	1,4	-	0,9
<i>Trattamenti orientati da linee guida</i>	30	48,7	36,7
<i>Trattamenti scritti individualizzati</i>	27,5	2,6	18,5

* Per questo item era possibile indicare più di una risposta

Se si escludono i trattamenti farmacologici, praticati dalla totalità o quasi dei ricoverati (vedi apposita sezione), gli interventi più frequenti nel corso del ricovero sono colloqui individuali e interventi con i familiari, che risultano praticati rispettivamente in $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{8}$ dei ricoveri. Questi interventi sono relativamente più frequenti negli SPDC rispetto alle altre strutture di ricovero (con un rapporto di 3:1).

Desti una certa sorpresa la quota residuale, se non eccezionale, di interventi e attività di gruppo nel contesto del ricovero. La attività di gruppo, con qualsiasi impostazione teorica, sono state registrate in pochissimi casi, anche in quelle strutture che in fase di censimento avevano pur dichiarato di praticare tali attività.

La terapia elettro-convulsivante (definita comunemente “elettroshock”) è stata registrata in una piccola quota di ricoveri (in totale 4 casi), tutti effettuati presso la Clinica Psichiatrica di Pisa.

La pratica della contenzione fisica è stata registrata nel campione del SPDC, per una quota di poco inferiore al 3% dei ricoveri in quelle strutture⁸. La sedazione farmacologica per 24 ore continuative è stata registrata in una quota di dimessi

⁸ La Clinica Psichiatrica di Pisa è sede anche di SPDC: nella fase di censimento è stata dichiarata la pratica della contenzione fisica. Nello studio sul campo non sono stati invece osservati episodi di contenzione.

corrispondente a quelli sottoposti a contenzione fisica; la sedazione - per quanto adottata in una parte marginale del campione –oltre che negli SPDC è stata osservata in 1 caso ricoverato presso la Clinica Psichiatrica di Pisa.

Il trattamento viene orientato da linee-guida scritte in poco più di 1/3 dei casi, in misura minore negli SPDC rispetto alle Cliniche e Case di Cura, dove ciò avviene in quasi metà del campione. La pratica di formalizzare il trattamento individuale è ancora meno frequente rispetto all’uso di linee-guida (inferiore ad 1/5 del campione totale). Per questa voce si osserva una maggiore frequenza fra i ricoveri in SPDC rispetto a quelli delle altre strutture.

Tabella 20 - Dimessi. Strumenti di valutazione (% di colonna)

Strumenti di valutazione	SPDC (n=70)	Altri reparti (n=39)	Totale (n=109)
Scale di valutazione standardizzate	9,4	15,8	12,3
Interviste diagnostiche	-	5,3	4,7
Strumenti psicodiagnostici	-	10,5	3,8

Nella valutazione della situazione clinica si è rilevato una bassa frequenza di utilizzazione di scale di valutazione e di strumenti diagnostici standardizzati, inferiore ad 1/8 di tutto il campione. Solo le scale di valutazione mostrano valori percentuali di poco superiori nelle Cliniche e Case di Cura .

Tabella 21 - Dimessi. Altre caratteristiche del ricovero

	SPDC (n=70)	Altri reparti (n=39)	Totale (n=109)
Uscite in spazi aperti durante l’ultima settimana (almeno 10 min)	50,8	70,0	57,6
Uscite dalla struttura (anche accompagnato)	39,7	42,1	39,6
Visite dei familiari o amici	85,2	95,0	85,7

Si può notare che le uscite dal reparto di ricovero sono in genere limitate e non in tutti i casi è stato registrata la possibilità di uscire per recarsi in luoghi pubblici

(giornalaino, bar, ecc.), con percentuali analoghe fra SPDC e Altri reparti psichiatrici, pari a circa 2/5 del campione.

La possibilit  di usufruire di spazi aperti interni alla struttura, quali un giardino o terrazza   stata osservata nella met  dei ricoverati in SPDC e in poco pi  di 2/3 per Cliniche e Case di Cura.

In generale la maggior parte dei ricoverati ha ricevuto visite di amici e/o familiari (pi  di 4/5 del campione totale). Tale quota   maggiore per i ricoverati in Cliniche e Case di Cura che non in SPDC. Va rilevato che in queste ultime strutture pi  di 1/8 dei ricoverati non ha avuto alcuna visita, mostrando l'assenza di una rete di relazioni significative.

Tabella 22 - Integrazione con i servizi territoriali di salute mentale

	SPDC (n=70)	Altri reparti (n=39)	Totale (n=109)
Dimissioni concordate con i familiari	55,7	64,7	57
Pazienti visitati dagli operatori del CSM	76,2	30,0	53,3
Dimissioni concordate con il CSM	87,1	36,8	62,1

La dimissione   stata concordata anche con i familiari in poco pi  della met  dei casi del campione di dimessi, quota che nelle Cliniche e Case di Cura arriva a quasi 2/3.

Il Servizio Territoriale competente, indicato come Centro Salute Mentale, interviene nella decisione della dimissione per la grande maggioranza dei ricoveri in SPDC (7/8 dei ricoverati) mentre ci  avviene in una quota molto inferiore dei ricoveri in Cliniche e Case di Cura (poco pi  di 1/3). L'intervento degli operatori del CSM nel corso del ricovero raggiunge comunque una elevata quota per il gruppo dei SPDC (circa 3/4) mentre si osserva solo in meno di 1/3 di quelli in altre strutture.

Come si osserva dalla Tabella 23 dopo il ricovero la grande maggioranza dei dimessi rientra al proprio domicilio; ci  avviene per la totalit  dei ricoverati in Cliniche e Case di Cura. I dimessi dagli SPDC rientrano a casa propria in 4/5 dei casi. Infatti circa 1/5 dei dimessi resta in un circuito sanitario o assistenziale. A parte la piccola quota di trasferimenti in altro reparto psichiatrico, spesso dovuta ad aspetti

di competenza territoriale, va notata la discreta quota di rientro ad una struttura residenziale psichiatrica dopo un ricovero per una acuzie in casi già in carico al Servizio Psichiatrico Territoriale.

Tabella 23 - Dimessi. Destinazione e assistenza alla dimissione

	SPDC (n=70)	Altri reparti (n=39)	Totale (n=109)
Dove verrà dimesso			
SPDC o reparto universitario	1,6	-	2,9
Centro crisi DSM	1,6	-	1,0
Casa di cura privata	3,2	-	1,9
Struttura residenziale psichiatrica	8,1	-	6,7
Appartamento assistito	3,2	-	1,9
Istituto per anziani o disabili	1,6	-	1,0
Domicilio privato	80,6	100	84,6
Chi si farà carico dell'assistenza futura			
CSM di competenza	84,1	35	62,1
La stessa struttura di ricovero	6,3	25	14,6
La struttura dove verrà accolto	4,8	-	2,9
Un professionista privato	3,2	40,0	18,4
Altro	1,6	-	1,9

Il trattamento successivo al ricovero è piuttosto differente fra i dimessi delle diverse strutture. In particolare si nota che in 2/5 dei dimessi dalle Cliniche e Case di Cura il paziente sarà in cura da un professionista privato e per ¼ dei casi sarà la struttura stessa a proseguire la cura. In questa parte del campione solo 1/3 dei casi sarà in cura presso il CSM; analoga percentuale si era osservata fra gli ammessi già in cura presso il servizio territoriale prima del ricovero.

Trattamenti farmacologici

Il ricovero in una struttura psichiatrica è associato ad una terapia farmacologia nella quasi totalità dei casi. Nel campione studiato in questa ricerca soltanto in 1 ricovero su 100 non è stato praticato un trattamento farmacologico.

Le terapie farmacologiche sono state rilevate nella coorte di pazienti in dimissione e quindi i dati illustrati di seguito si riferiscono alla prescrizione effettuata alla

conclusione del ricovero. In totale i dati sono riferiti a 153 ricoveri (109 della coorte “dimessi” e 44 in quella “ammessi e dimessi”). Non sono invece disponibili informazioni sulle terapie praticate nel corso del ricovero. La scheda di rilevazione dei dati prevedeva la registrazione del numero di molecole utilizzate per classe specifica (ad es.: antidepressivi SSRI, neurolettici atipici, ecc.).

Anche nelle analisi dei trattamenti farmacologici le tipologie di strutture di ricovero sono state aggregate in due categorie: SPDC (che comprende anche i 3 RPM inclusi nella Fase 2) e Altre strutture (Cliniche Psichiatriche Universitarie, Case di Cura).

La Tabella 24 illustra il numero medio di molecole utilizzato nelle diverse tipologie di strutture. Si osserva che in media alla dimissione vengono prescritte delle terapie farmacologiche che comprendono più di tre diverse molecole, senza differenze fra le due tipologie di strutture.

Fra dimessi dai SPDC e dalle Cliniche e Case di Cura si nota una significativa differenza nel numero medio di antipsicotici (RR=1,52) e quello di ansiolitici (RR=1,30); in queste ultime invece il numero medio di antidepressivi è maggiore che non in SPDC (RR=0,54). Non sono evidenti differenze nell’uso di stabilizzatori dell’umore fra le diverse strutture.

Tabella 24 - Trattamento farmacologico nei dimessi. Confronto per tipologia di struttura: numero medio di molecole per classe farmacologica

Molecole	SPDC		Altre strutture	
	N. casi	N. molecole	N. casi	N. molecole
Antipsicotici*	110	1,0	43	0,7
Antidepressivi*	109	0,6	43	1,1
Stabilizzatori umore	110	0,6	43	0,6
Ansiolitici*	110	1,0	43	0,8
Totale psicofarmaci	109	3,4	43	3,5

*T-test Student, $p < 0,05$

Questi risultati devono essere interpretati alla luce delle differenze di casistiche osservate fra le varie tipologie di strutture in questo studio. In particolare sono state registrate delle differenze nelle frequenze dei gruppi diagnostici fra SPDC e Cliniche e Case di Cura, che potrebbero giustificare le diversità di uso dei farmaci.

La Tabella 25 illustra i trattamenti farmacologici registrati nei dimessi con diagnosi di Sindrome schizofrenica. In questo gruppo di ricoverati si osservano delle differenze importanti dal punto di vista clinico fra SPDC (utilizzato come trattamento indice) e Altre strutture: nell'uso di antipsicotici (1,48 vs 1; RR = 1,48), antidepressivi (0,17 vs 0,25; RR = 0,69), stabilizzatori dell'umore (0,52 vs 1; RR = 0,52), numero totale di psicofarmaci (3,41 vs 2,5; RR = 1,37), ma la bassa numerosità del campione che riduce la "potenza statistica" e quindi si raggiunge la significatività statistica solo nel caso degli ansiolitici (1 vs 0,25; RR = 4).

Tabella 25 - Trattamento farmacologico nei dimessi con diagnosi di Sindrome schizofrenica. Confronto per tipologia di struttura: numero medio di molecole per classe farmacologica

Classe farmaci	SPDC		Altre strutture	
	N. casi	N. molecole	N. casi	N. molecole
Antipsicotici	29	1,5	4	1,0
Antidepressivi	29	0,2	4	0,3
Stabilizzatori	29	0,5	4	1,0
Ansiolitici*	29	1,0	4	0,3
Totale psicofarmaci	29	3,4	4	2,5

*T-test Student, $p < 0,05$

I trattamenti nei dimessi con Disturbo bipolare mostrano una variabilità fra strutture analoga rispetto a quella osservata nelle Sindromi schizofreniche. Nei dimessi da SPDC l'uso di antipsicotici (1,24 vs 0,93; RR = 1,34), antidepressivi (0,48 vs 1,07; RR = 0,45), stabilizzatori dell'umore (1,14 vs 0,50; RR = 2,28) si rivela piuttosto differente che non in Cliniche e Case di Cura. Invece l'uso di ansiolitici e il numero totale di psicofarmaci appare del tutto simile fra le diverse strutture.

Va notato che il numero totale di psicofarmaci per questo gruppo diagnostico è superiore alla media delle altre diagnosi (4 vs 3,4; RR=1.17, $p < 0,01$).

I trattamenti nei dimessi con diagnosi di Depressione mostrano invece una minore variabilità fra le strutture per tutte le classi di farmaci: antipsicotici (0,45 vs 0,57; RR = 0,80); antidepressivi (1,32 vs 1,86 ; RR = 0,71) ; stabilizzatori dell'umore (0,55 vs 0,64 ; RR = 0,85) ; ansiolitici (0,95 vs 0,93 ; RR = 1,03) e totale psicofarmaci

(3,50 vs 4,14 ; RR = 0,84). Dal punto di vista clinico si rileva soltanto una tendenza ad usare più molecole di antidepressivi nei depressi trattati in Cliniche e Case di cura.

In nessun caso comunque si sono osservate differenze statisticamente significative.

Tabella 26 - Trattamento farmacologico nei dimessi con diagnosi di Disturbo Bipolare. Confronto per tipologia di struttura: numero medio di molecole per classe farmacologica

Classe farmaci	SPDC		Altre strutture	
	N. casi	N. molecole	N. casi	N. molecole
Antipsicotici	29	1,2	14	0,9
Antidepressivi*	29	0,5	14	1,1
Stabilizzatori*	29	1,1	14	0,5
Ansiolitici	29	1,0	14	1,0
Totale psicofarmaci	29	4,0	14	3,9

*T-test Student, $p < 0,05$

Tabella 27 - Trattamento farmacologico nei dimessi con diagnosi di Sindrome Depressiva. Confronto per tipologia di struttura: numero medio di molecole per classe farmacologica

Classe farmaci	SPDC		Altre strutture	
	N. casi	N. molecole		N. casi
Antipsicotici	22	0,5	14	0,6
Antidepressivi	22	1,3	14	1,9
Stabilizzatori	22	0,5	14	0,6
Ansiolitici	22	1,0	14	0,9
Totale psicofarmaci	22	3,5	14	4,1

*T-test Student, $p < 0,05$

Dai risultati illustrati in precedenza si osserva una differenza nelle modalità di utilizzazione di alcune molecole nelle diverse strutture. In particolare appare abbastanza controverso l'uso di farmaci stabilizzatori dell'umore in disturbi per cui non sono stati registrati (prescrizione "off-label"), in particolare nei disturbi schizofrenici. Di seguito si illustrano perciò le analisi sull'utilizzazione di questi farmaci in associazione con altre molecole più "convenzionali".

Per un approfondimento sulle prassi di prescrizione si sono considerati i dimessi con una diagnosi di dimissione di 3 gruppi diagnostici (Sindromi schizofreniche, Disturbi bipolari e Sindromi depressive) che rappresentano circa 2/3 del campione totale dei dimessi. In questa analisi ogni ricoverato è stato inserito nel gruppo dei trattati con classe farmacologica quando assumeva almeno 1 molecola appartenente a quella classe. Ad esempio nei trattati con antidepressivi sono entrati tutti i ricoverati che assumevano un qualsiasi farmaco antidepressivo (triciclici, SSRI, SNRI, ecc.).

L'uso degli stabilizzatori dell'umore è stata osservata nel 70% dei dimessi con diagnosi di Disturbo bipolare, e nel 50% delle Sindromi depressive e delle Sindromi schizofreniche.

Nei Disturbi bipolari si osserva una quota totale di trattati con neurolettici pari a 4/5, più elevata dei trattati con stabilizzatori dell'umore (pari al 70% del totale); l'associazione neurolettici e stabilizzatori si osserva in circa 3/5 del totale. Si registra inoltre che 1/4 dei disturbi bipolari è trattata con soli neurolettici.

Nelle Sindromi schizofreniche la quasi totalità del campione è trattata con neurolettici, cui nel 45% dei casi si associa uno stabilizzatore dell'umore. Si osserva cioè un uso "off-label" esteso a circa la metà dei dimessi con diagnosi di disturbo schizofrenico.

Analoga osservazione può essere fatta per i disturbi depressivi, in cui la metà del campione riceve uno stabilizzatore dell'umore e in 2/5 del totale anche un neurolettico. Questo dato risulterebbe piuttosto anomalo nel trattamento di una depressione "pura"; in realtà il sistema diagnostico utilizzato nella ricerca (ICD-10) non prevede una registrazione della fenomenica psicopatologica e pertanto non è possibile verificare la presenza di sintomi psicotici, congrui o meno con il tono dell'umore: questa fenomenica sintomatologica infatti giustificherebbe una terapia con antipsicotici anche in una diagnosi di depressione.

La Tabella 29 riporta i dati sui trattamenti con antidepressivi e stabilizzatori dell'umore. Le quote di trattati con antidepressivi nei tre gruppi diagnostici va 1/5 delle Sindromi schizofreniche, alla metà dei Disturbi bipolare, a 4/5 delle Sindromi depressive, cui rispettivamente, viene associato uno stabilizzatore dell'umore nel 12%, 37% e 41%. L'uso degli stabilizzatori nel disturbo bipolare è in linea con le raccomandazioni di trattamento della depressione bipolare; appare invece fuori dalle

raccomandazioni delle linee-guida Evidence-Based (NICE, CANMAT, ecc.), oltre che “off-label”, l’uso degli stabilizzatori nella depressione non bipolare (escluso i sali di Litio, usato solo in 2 casi di Sindrome depressiva).

Tabella 28 - Dimessi. Terapia combinata con stabilizzatori dell’umore e neurolettici per diagnosi

Diagnosi	Stabilizzatori umore		
	no	Si	Totale
Sindromi schizofreniche (n=33)			
Terapia neurolettici	51,5	45,5	97,0
Totale	51,5	48,5	100,0
Disturbo bipolare (n=43)			Totale
Terapia neurolettici	25,6	58,1	83,7
Totale	30,0	70,0	100,0
Sindromi depressive (n=36)			Totale
Terapia neurolettici	22,2	19,4	41,7
Totale	50,0	50,0	100,0

Tabella 29 - Dimessi. Terapia combinata con stabilizzatori dell’umore e neurolettici per diagnosi

Diagnosi	Stabilizzatori umore		
	no	Si	Totale
Sindromi schizofreniche (n=33)			
Terapia neurolettici	51,5	45,5	97,0
Totale	51,5	48,5	100,0
Disturbo bipolare (n=43)			Totale
Terapia neurolettici	25,6	58,1	83,7
Totale	30,0	70,0	100,0
Sindromi depressive (n=36)			Totale
Terapia neurolettici	22,2	19,4	41,7
Totale	50,0	50,0	100,0

Tabella 30 - Dimessi. Terapia combinata con antidepressivi e stabilizzatori dell'umore per diagnosi

Diagnosi	Stabilizzatori umore		
	no	si	Totale
Sindromi schizofreniche (n=33)			
antidepressivi	6,1	12,1	18,2
Totale	51,5	48,5	100,0
Disturbo bipolare (n=43)			Totale
antidepressivi	14,0	37,2	51,2
Totale	30,0	70,0	100,0
Sindromi depressive (n=36)			Totale
antidepressivi	41,7	41,7	83,3
Totale	50,0	50,0	100

Dai dati osservati in questo campione viene evidenziato un diffuso uso degli stabilizzatori dell'umore nei disturbi psichici. Se si escludono i sali di litio, specificamente indicati per il trattamento del disturbo bipolare, tali molecole sono classificate come antiepilettici (carbamazepina, valproato di sodio, lamotrigina, ecc.) e solo successivamente sono state usate per i disturbi psichici, con l'esclusiva indicazione per il disturbo bipolare.

E' stato invece registrato in questa ricerca un largo uso di questi farmaci "off-label", pari a circa 2/3 dei casi trattati.

Le scale di valutazione

La Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

I risultati illustrati di seguito si riferiscono alle coorti "incidenti" (ricoverati ammessi) e "dimessi"⁹.

⁹ Non sono stati considerati per questa parte del rapporto i risultati della coorte "ammessi e dimessi": la somministrazione della scala di valutazione è stata effettuata nel corso del ricovero e i valori ottenuti sono stati

Nella lettura dei dati che vengono presentati si deve sempre ricordare che i risultati ottenuti appartengono a coorti differenti e non si riferiscono ad una valutazione di tipo *pre-post*: ossia i risultati riguardano persone diverse e le differenze non possono essere attribuite *sic et simpliciter* all'effetto del ricovero. In alcuni casi infatti si potrà notare una differenza fra i valori fra ammessi e dimessi che può dipendere esclusivamente dalla differenze di casistica nelle due coorti.

Gli item della scala BPRS (vedi Allegato 4) sono stati raggruppati in 5 dimensioni concettuali: *Ansia/Depressione* (che include gli item 1, 2, 3, 4, 5, 6, 19); *Sintomi negativi* (item 13, 16, 18, 17); *Sintomi positivi* (item 9, 12, 24, 10, 11, 15); *Mania* (item 22, 8, 21,7,23); *Disturbi cognitivi* (item 14 e 20).

Ogni item può avere un valore compreso fra 1 (assenza di problema) a 7 (problema gravissimo) e quindi il punteggio totale per ogni dimensione è il seguente:

Ansia depressione = 49; *Sintomi negativi* = 28; *Sintomi positivi* = 42; *Mania* = 35; disturbi *Disturbi cognitivi* = 14. Il punteggio totale massimo delle BPRS è 298.

Nel computo dei punteggi nei diversi item si è effettuata una correzione per i dati non compilati, sostituendo ad essi il punteggio medio degli item validi.

Tabella 31 - Ricoveri in tutte le strutture. Punteggi medi (deviazione standard) per dimensioni della BPRS

Dimensioni della scala BPRS	Ammessi		Dimessi	
	(n=157)	(ds)	(n=106)	(ds)
Ansia/Depressione*	18,1	6,5	15,4	5,9
Sintomi negativi	8,9	5,3	8,0	4,7
Sintomi positivi*	12,8	7,1	9,3	4,9
Mania*	9,7	6,1	7,0	3,8
Disturbi cognitivi*	4,4	2,6	2,9	2,1
BPRS totale*	58,8	16,3	42,6	13,2

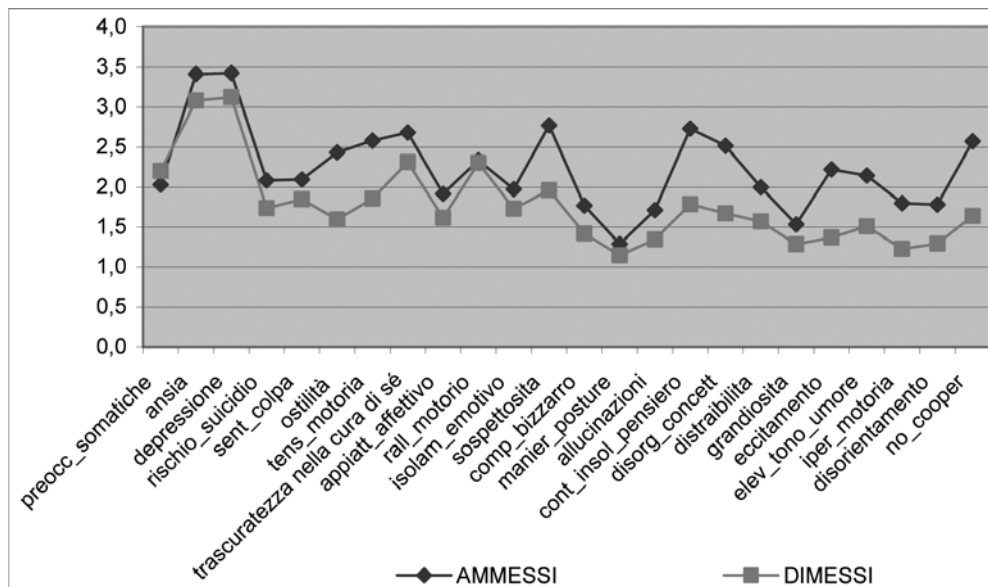
*T-test di Student, $p < 0,05$

influenzati dalla risposta al trattamento, diversa in funzione del momento del ricovero, con una relativa notevole variabilità dei valori.

Come si può vedere dalla Tabella 31 i valori delle diverse dimensioni della scala BPRS nella coorte degli ammessi ha valori superiori a quelli dei dimessi. La differenza di gravità psicopatologica va dal 10% *Sintomi negativi* al 34% dei *Sintomi cognitivi*. Lo scarto nel punteggio totale fra coorte “Ammessi” e quella “Dimessi” è pari al 27%.

Analoghe considerazioni si possono fare per i punteggi nei singoli item delle due coorti. Come si vede il profilo dei punteggi medi degli ammessi è ad un livello di gravità superiore a quella dei dimessi.

Grafico 1 - Ricoveri in tutte le strutture per coorti “Ammessi” e “Dimessi”. Profilo dei punteggi medi riportati per item della BPRS



Nella Tabella 32 vengono presentati i dati della BPRS per le strutture di ricovero nelle singole categorie, prima delle aggregazioni per tipologia di struttura. Come si può vedere la coorte dei dimessi suddivisa per le strutture di ricovero mostra valori del punteggio totale nettamente inferiori a quelli degli ammessi: alla dimissione cioè mediamente la gravità psicopatologica è minore rispetto alla ammissione.

Tabella 32 - Ricoverati per struttura per coorti “Ammessi” e “Dimessi”. Punteggi medi per dimensioni della Scala BPRS

Dimensioni BPRS	SPDC		Clinica psichiatrica		Casa di cura		RPM		Clinica Psic. Pisa	
	Ammessi	Dimessi	Ammessi	Dimessi	Ammessi	Dimessi	Ammessi	Dimessi	Ammessi	Dimessi
	(n=98)	(n=56)	(n=15)	(n=8)	(n=3)	(n=11)	(n=9)	(n=5)	(n=25)	(n=24)
Ansia/Depressione	7,5	16,0	20,5	13,6	19,7	15,2	20,9	19	17,0	14
Sintomi negativi	8,5	8,8	9,6	7,9	17,3	8,2	10,6	9,2	8,7	5,5
Sintomi positivi	13,6	10,1	9,0	11,1	18,8	6,6	10,1	8,9	11,4	7,8
Mania	10,3	7,7	6,9	7,8	8,7	5,3	7,3	5,4	9,1	5,7
Disturbi cognitivi	4,5	3,2	3,4	4,0	8,0	2,2	4,4	3,4	3,4	2,2
BPRS Totale	54,2	45,6	49,4	44,3	72,4	37,4	53,3	45,8	49,4	35,2

Tabella 33 - Ricoveri in SPDC. Punteggi per i singoli item della scala BPRS nelle coorti di ammessi e dimessi

	Ammessi (n=98)	Dimessi (n=56)	Scarto (%)
Ansia/depressione			
Preoccupazioni somatiche	1,89	2,00	-5,8
Ansietà	3,37	3,19	5,3
Depressione	3,18	3,26	-2,5
Rischio suicidio	2,04	2,05	-0,5
Sentimenti di colpa	1,93	1,76	8,8
Ostilità*	2,38	1,58	33,6
Tensione motoria*	2,69	2,08	22,7
Sintomi negativi			
Trascuratezza nella cura di sé	2,45	2,51	-2,4
Appiattimento affettivo	1,85	1,80	2,7
Rallentamento motorio	2,19	2,52	-15,1
Isolamento emotivo	1,95	1,93	1,0
Sintomi positivi			
Sospettosità*	2,93	1,83	37,5
Comportamento bizzarro	1,67	1,55	7,2
Manierismo e posture	1,35	1,19	11,9
Allucinazioni	1,75	1,50	14,3
Contenuto insolito del pensiero*	3,17	2,07	34,7
Disorganizzazione concettuale*	2,68	1,93	28,0
Mania			
Distraibilità	1,95	1,73	11,3
Grandiosità	1,64	1,35	17,7
Eccitamento*	2,38	1,6	32,8
Elevazione del tono dell'umore*	2,33	1,62	30,5
Iperattività motoria	1,92	1,33	30,7
Disturbi cognitivi			
Disorientamento	1,85	1,44	22,2
Mancanza di cooperazione*	2,61	1,74	33,3
BPRS Totale*	54,3	45,7	15,8

*T-test Student, $p < 0,05$

La maggiore numerosità del campione dei ricoverati in SPDC permette di valutare i singoli item della scala (v. Tabella 33). Gli item che mostrano una significativa differenza fra Dimessi e Ammessi risultano: “ostilità” e “tensione motoria” per la dimensione *Ansia/depressione*; “sospettosità”, “contenuto insolito del pensiero” e “disorganizzazione concettuale” per la dimensione *Sintomi positivi*; “eccitamento”, “elevazione dell’umore” per *Mania* e “mancanza di cooperazione” per *Disturbi cognitivi*. Nella dimensione *Sintomi negativi* non si osservano invece differenze significative.

Se si approfondisce tale analisi a livello di gruppi diagnostici si può osservare con maggiore puntualità la differenza fra gli item della scala, in particolare rispetto alla dimensioni pertinenti il gruppo diagnostico.

Tabella 34 - Ricoveri in SPDC con diagnosi di Sindrome schizofrenica. Punteggi medi per dimensioni della BPRS

Dimensioni BPRS	Ammessi (n=21)	Dimessi (n=12)	Scarto A-D (%)
Ansia/Depressione	19	17,4	8
Sintomi negativi	10,2	8,6	16
Sintomi positivi*	15	8,6	43
Mania	8,71	6,6	24
Disturbi cognitivi	4,47	3,08	31
Totale BPRS*	57,4	44,3	23

*T-test Student, $p < 0,05$

I ricoverati in SPDC con diagnosi di Sindrome schizofrenica sono risultati in totale 33. Le dimensioni BPRS che mostrano la maggiore diminuzione fra le due corti sono *Sintomi positivi* (43%), significativa anche statisticamente nonostante le bassa numerosità del campione – e *Disturbi cognitivi* (31%).

Tabella 35 - Ricoveri in SPDC con diagnosi di Sindrome schizofrenica. Punteggi medi per singoli item della scala BPRS

	Ammessi (n=21)	Dimessi (n=12)	Scarto A-D (%)
<i>Ansia/depressione</i>			
Preoccupazioni somatiche	2,0	2,0	-3
Ansietà	3,7	3,5	5
Depressione	3,6	3,9	-8
Rischio suicidio	2,1	2,5	-19
Sentimenti di colpa	2,5	1,8	28
Ostilità	2,3	2	13
Tensione motoria	2,9	1,7	41
<i>Sintomi negativi</i>			
Trascuratezza nella cura di sé	2,7	2,8	-1
Appiattimento affettivo	2,4	1,3	46
Rallentamento motorio	2,9	2,4	17
Isolamento emotivo	2,3	2,1	9
<i>Sintomi positivi</i>			
Sospettosità	3	1,6	47
Comportamento bizzarro	2,1	1,5	29
Manierismo e posture	1,6	1	38
Allucinazioni	2,2	1,20	45
Contenuto insolito del pensiero	3	1,9	37
Disorganizzazione concettuale	3	1,4	53
<i>Mania</i>			
Distraibilità	1,8	1,6	11
Grandiosità	1,4	1,3	7
Eccitamento	1,8	1,3	28
Elevazione del tono dell'umore	1,5	1,5	0
Iperattività motoria	1,8	1	44
<i>Disturbi cognitivi</i>			
Disorientamento	2,1	1,5	29
Mancanza di cooperazione	2,3	1,6	30
BPRS Totale*	57,4	44,3	23

*T-test Student, $p < 0,05$

L'analisi dei punteggi ai singoli item BPRS mostra che i valori fra ammessi e dimessi sono particolarmente differenti per "tensione motoria" (41%) nella dimensione *Ansia/depressione*, "appiattimento affettivo" (46%) di *Sintomi negativi*; "allucinazioni" (45%), "sospettosità" (47%) e "disorganizzazione concettuale"

(53%) di *Sintomi positivi*; infine “iperattività motoria” della dimensione *Mania*. Tali differenze pur importanti come come valore percentuale non risultano statisticamente significative per i singoli item. In questo caso la notevole variabilità delle medie dei punteggi giustifica la mancata significatività statistica di differenze numeriche rilevanti; ossia si osservano dei quadri psicopatologici piuttosto polimorfi fra i ricoverati di questo gruppo diagnostico, con modificazioni nel ricovero non costanti e/o variabili.

Grafico 2 - Ricoveri in SPDC con diagnosi di Sindrome schizofrenica. Profilo dei punteggi medi nei singoli item nelle coorti di ammessi e dimessi

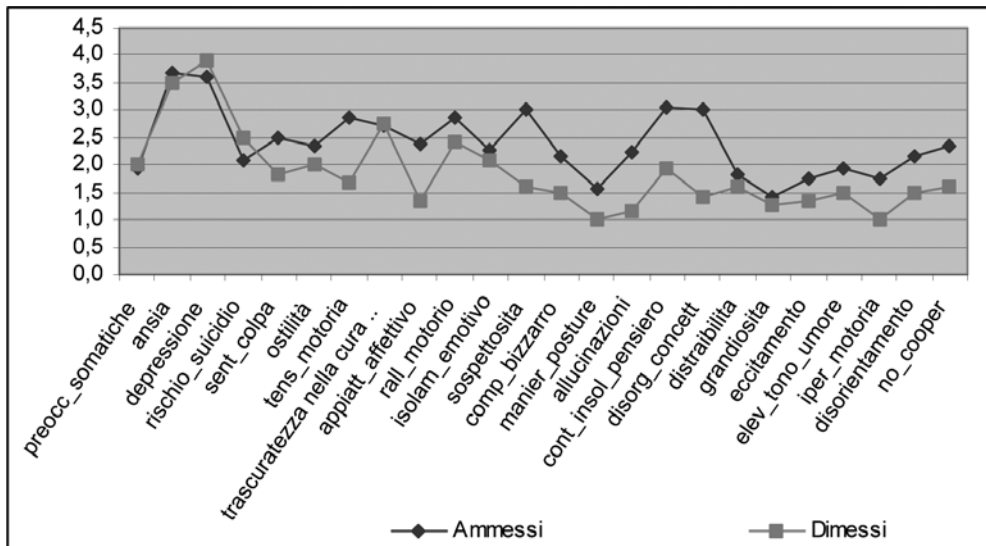


Tabella 36 - Ricoveri in SPDC affetti da depressione. Punteggi medi nelle dimensioni della BPRS

Dimensioni BPRS	Ammessi	Dimessi	Differenza %
	(n=22)	(n=18)	
Ansia/Depressione*	18,3	13,8	25
Sintomi negativi	10,1	10	1
Sintomi positivi*	14,9	9,4	37
Mania*	11	7,2	35
Disturbi cognitivi	4,7	3,2	32
Totale BPRS*	59	44	25

*T-test Student, $p < 0,05$

I punteggi osservati nei ricoverati in SPDC con diagnosi di “Sindrome depressiva” sono significativamente differenti fra “Dimessi” e “Ammessi” nel punteggio totale (25%) e nelle dimensioni *Ansia/depressione* (25%), *Sintomi positivi* (37%) e *Mania* (35%).

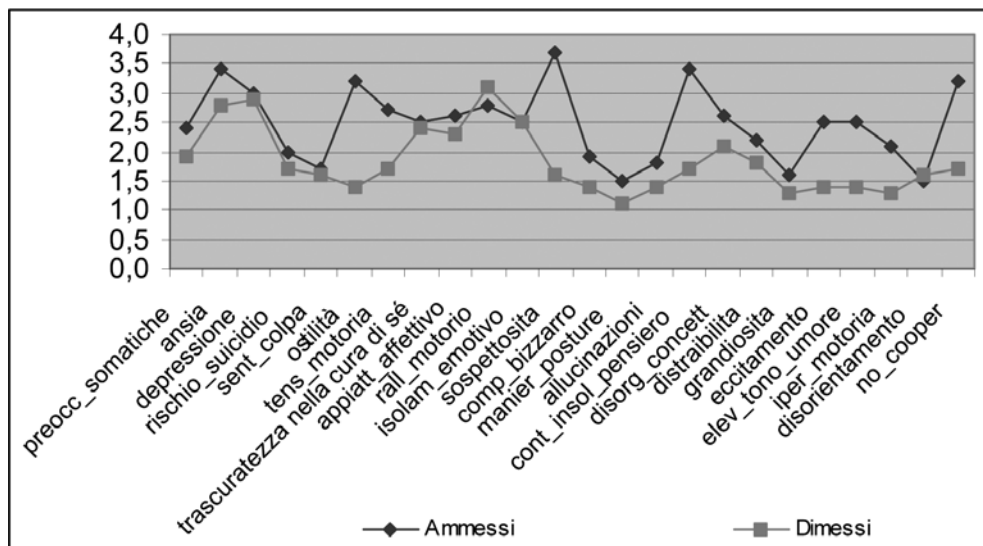
Tabella 37 - Ricoveri in SPDC con diagnosi di depressione. Punteggi medi nei singoli item da pazienti ammessi e dimessi

	Ammessi (n=22)	Dimessi (n=18)	Scarto A-D (%)
Ansia/depressione			
Preoccupazioni somatiche	2,4	1,9	21
Ansietà	3,4	2,8	18
Depressione	3	2,9	3
Rischio suicidio	2	1,7	15
Sentimenti di colpa	1,7	1,6	6
Ostilità*	3,2	1,4	56
Tensione motoria*	2,7	1,7	37
Sintomi negativi			
Trascuratezza nella cura di sé	2,5	2,4	4
Appiattimento affettivo	2,6	2,3	12
Rallentamento motorio	2,8	3,1	-11
Isolamento emotivo	2,5	2,5	0
Sintomi positivi			
Sospettosità*	3,7	1,6	57
Comportamento bizzarro	1,9	1,4	26
Manierismo e posture	1,5	1,1	27
Allucinazioni	1,8	1,4	22
Contenuto insolito del pensiero*	3,4	1,7	50
Disorganizzazione concettuale	2,6	2,1	19
Mania			
Distraibilità	2,2	1,8	18
Grandiosità	1,6	1,3	19
Eccitamento*	2,5	1,4	44
Elevazione del tono dell'umore*	2,5	1,4	44
Iperattività motoria	2,1	1,3	38
Disturbi cognitivi			
Disorientamento	1,5	1,6	-7
Mancanza di cooperazione*	3,2	1,7	47
BPRS Totale*	59,1	44,1	25

*T-test Student, $p < 0,05$

L'analisi dei punteggi ai singoli item BPRS mostra che i valori fra ammessi e dimessi sono particolarmente differenti per “ostilità” (56%) e “tensione motoria” (37%) nella dimensione *Ansia/depressione*; “sospettosità” (57%), “contenuto insolito del pensiero” (50%) di *Sintomi positivi*; “eccitamento” (44%) e “elevazione del tono dell’umore” (44%) della dimensione *Mania* e infine “mancanza di cooperazione” (47%) di *Disturbi cognitivi*. Tali differenze sono rilevanti come significatività clinica e risultano statisticamente significative: si è cioè riscontrata una riduzione piuttosto omogenea fra Ammessi e Dimessi.

Grafico 3 - Ricoverati in SPDC con diagnosi di depressione. Profilo dei punteggi medi nei singoli item nelle coorti di ammessi e dimessi



Scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS)

La scala FPS permette di valutare e misurare la disabilità complessiva dei pazienti con disturbi psichici. Nel campione studiato la scala è stata somministrata a tutti i ricoverati (ammessi, dimessi e lungodegenti). I ricoverati che sono stati ammessi e dimessi nel periodo in studio (in totale 44 ricoverati) hanno ricevuto una sola somministrazione. Nella coorte degli ammessi la scala è stata completata per 147

ricoverati, pari a più del 90% del totale (n=161); fra i dimessi la scala è stata ottenuta per 99 ricoverati (circa 90% del totale) e fra gli ammessi e dimessi in 43 (circa 95% del totale).

I valori ottenuti nelle diverse coorti si distribuiscono in un range di valori che va da un minimo di 15 – che esprime una notevole disabilità- ad un massimo di 91 compatibile con un funzionamento sociale vicino alla norma.

I valori medi delle diverse coorti vanno da 45 a 58, senza una significativa differenza dal punto di vista statistico (Analisi univariata della varianza). Si può notare che comunque la coorte di lungodegenti è quella con il valore medio maggiore (58).

Tabella 38 - Ricoveri totali per coorte. Punteggi medi ottenuti alla scala FPS

Coorte	N	Media	Ds
Ammessi	147	52,8	21
Dimessi	99	52,4	20,4
Ammessi_Dimessi	43	45,7	16,6
Lungodegenti	18	58,0	21,7
Totale	307	52,0	20,4

Test Anova: n.s.

Analogamente si può osservare che anche l'analisi delle coorti suddivise per le strutture di ricovero (SPDC, Cliniche e Case di cura) non mostra dei valori significativamente differenti. In alcuni casi (Cliniche Psichiatriche) si registra una discreta differenza fra i punteggi medi, ma a causa della ampia variabilità e della bassa numerosità del campione, non è dimostrabile una significatività statistica del dato osservato (Test statistico: analisi univariata della Varianza).

Tabella 39 - Ricoveri per tipologia di struttura. Punteggi medi ottenuti alla scala FPS da ammessi e dimessi

SPDC		Altre strutture		Totale
Ammessi	Dimessi	Ammessi	Dimessi	
(n=96)	(n=52)	(n=51)	(n=47)	(n=246)
50,1	51,8	53,9	58,4	52,7

Nel campione dei ricoverati in Case di cura (dato non mostrato in tabella) la differenza di punteggio fra ammessi e dimessi è rilevante (30 vs. 66). Si tratta però di solo 3 casi di ammessi e 1 solo dimesso.

Si osservano valori significativi della differenza fra coorte di ammessi e dimessi soltanto nel caso di diagnosi di depressione ricoverati in strutture diverse dal SPDC.

Tabella 40 - Ricoveri per tipologia di struttura e per diagnosi. Punteggi alla FPS delle coorti di ammessi e dimessi (T-test student)

Diagnosi	SPDC			Altro reparto		
	Ammessi	Dimessi	<i>p</i>	Ammessi	Dimessi	<i>p</i>
Sindrome depressiva	(n=22)	(n=17)		(n=19)	(n=15)	
	51	56,12	0,444	45,4	60,4	0,034
Sindrome schizofrenica	(n=20)	(n=12)		(n=3)	(n=1)	
	55,2	45,7	0,112	60	85	0,425

Questionario Roman Opinion Scale (ROS)

La Scala ROS indaga l'opinione dei ricoverati rispetto all'esperienza del ricovero. Il questionario è stato proposto ai ricoverati in dimissione (in totale 109 pazienti): è stato compilato da 72 ricoverati, pari a 2/3 del campione di dimessi.

I risultati delle risposte al questionario ROS sono illustrati nella Tabella 41. La media delle risposte mostra delle variazioni molto limitate: il punteggio minimo è quello ottenuto dall'item "rapporti sentimentali e sessuali" per i ricoverati in Cliniche e Case di Cura (pari a 5,3) mentre il punteggio massimo è stato osservato per "disponibilità di medici.." della medesima tipologia di struttura di ricovero (paria a 8,3).

Il confronto fra i punteggi ottenuti ai diversi item per i ricoverati nelle diverse tipologie di strutture ha messo in evidenza delle significative differenze per "Informazioni sulle condizioni di salute", "Informazioni sulle cure dopo la dimissione" e "Qualità della vita in reparto" (Test statistico: Analisi univariata della varianza, $p < 0,05$). I dimessi dagli SPDC hanno assegnato un punteggio inferiore in questi 3 item, anche se la differenza è contenuta in termini percentuali (non superiore al 10% di scarto).

La media totale dei punteggi di tutti gli item è risultata pari a 7,1; punteggio medio abbastanza elevato se si tiene conto che il punteggio massimo ottenibile per item è 9: la media osservata è pari a circa 80% del gradimento massimo.

Tabella 41 - Ricoverati dimessi per tipologia di struttura. Punteggi medi per singolo item alla scala ROS

Item	SPDC (n=35)	Altre strutture (n=36)	Totale (n=73)
Spazi e cura dell'ambiente	7,0	7,0	7,1
Attività di reparto	6,3	6,9	6,6
Disponibilità medici, psicologi, assistenti sociali	7,9	8,3	8,1
Disponibilità infermieri e ausiliari	7,7	7,6	7,7
Facilità ad incontrare medici, psicologi..	7,2	7,8	7,5
Facilità ad incontrare infermieri e ausiliari..	7,5	7,7	7,6
informazioni sulle condizioni di salute*	7,5	7,9	7,6
Informazioni sui farmaci	6,7	7,4	7,0
Informazioni sulle cure dopo la dimissione*	7,3	7,7	7,5
Essere ascoltato nella scelta delle cure	6,5	7,0	6,8
Miglioramento dello stato di salute	7,4	7,9	7,7
Cure/assistenza	7,4	8,0	7,7
Il reparto per un parente o amico	7,3	8,2	7,8
Salute fisica	6,9	7,3	7,1
Autonomia: vita di tutti i giorni	7,4	7,4	7,4
Stato d'animo generale	7,1	7,4	7,2
Fare qualcosa per se stessi e per gli altri	7,0	7,2	7,1
Situazione economica	6,0	6,2	6,1
Rapporti sentimentali e sessuali	5,9	5,3	5,7
Rapporti con i familiari	6,9	7,3	7,1
Rapporti con amici e vita sociale	6,7	7,0	6,8
tempo libero	6,8	7,1	6,9
zona abitazione	7,0	7,0	7,1
Casa	7,4	6,8	7,1
Qualità di vita in reparto*	6,7	7,4	7,1
Qualità di vita dopo la dimissione	7,0	6,9	7,0
Spazi e cura dell'ambiente	7,0	7,0	7,1
Punteggio medio per item	7,0	7,2	7,1
Punteggio Totale medio	180	187	183

*Test Anova, $p < 0,05$

Lungodegenti

Sono stati considerati lungodegenti i pazienti che sono stati ricoverati continuativamente per 60 giorni in una struttura psichiatrica di ricovero per acuti, compreso con un intervallo di una settimana fra 2 diversi ricoveri.

In totale sono stati registrati 21 ricoverati lungodegenti, pari a al 6,3% del campione totale. In totale 2/3 (n=14) dei lungodegenti sono registrati nelle Cliniche e case di Cura che ospitano meno di 1/3 dei ricoverati del campione. Il confronto fra SPDC e altre strutture mostra che in queste ultime la prevalenza di lungodegenti è più elevata (Odds Ratio = 3,6; Intervallo di Confidenza 95%: 1,3 – 9,6).

Le femmine sono risultate la maggioranza in questa coorte di ricoverati, raggiungendo 3/5 del totale.

L'età media è risultata di circa 50 anni, senza differenze sostanziali fra le diverse tipologie di strutture. La fascia d'età prevalente è 40 o più anni, che comprende circa 3/4 del totale della coorte.

Tabella 42 - Ricoverati lungodegenti: variabili socio-demografiche

		SPDC (n=7)	Altre strutture (n=14)	Totale (n=21)	<i>p</i>
Sesso	Maschi	42,9	35,7	38,1	0,751
	Femmina	57,1	64,3	61,9	
Età (in classi)	da 18 a 29 anni	0	21,4	14,3	0,087
	da 30 a 39 anni	14,3	7,1	9,5	
	da 40 a 49 anni	42,9	-	14,3	
	da 50 a 59 anni	28,6	21,4	23,8	
	oltre 59 anni	14,3	35,7	28,6	
Stato civile	Celibe/nubile	71,4	64,3	66,7	0,823
	Coniugato/a	0	7,1	4,8	
	Separato/a o Divorziato/a	14,3	21,4	19,0	
	Vedovo/a	14,3	7,1	9,5	
Scolarità	Fino alla scuola dell'obbligo	85,7	57,1	66,7	0,402
	Oltre la scuola dell'obbligo	14,3	35,7	28,6	
	Non noto	0,0	7,1	4,8	
Nazionalità	Italiano/a	100	100	100	--
	Straniero/a	0	0	0	

Lo stato civile è più frequentemente quello di non coniugato, rispetto alle altre coorti, che insieme alla condizione di vedovo/a e separata/divorziata raggiunge il 95% del totale (contro il 70% delle altre coorti)

Anche la scolarità mostra un basso livello, limitata alla scuola dell'obbligo in 2/3 del campione, che risulta sostanzialmente non differente dal campione totale.

Nei lungodegenti non sono stati osservati cittadini stranieri.

Tabella 43 - Ricoverati lungodegenti: condizioni lavorative e abitative

		SPDC (n=7)	Altre strutture (n=14)	Totale (n=21)
Condizione lavorativa	Studente	-	14,3	9,5
	Disoccupato	-	21,4	14,3
	Lavoratore	14,3	35,7	28,6
	Pensionato	85,7	28,6	47,6
Convivenza abituale	Solo/a	14,3	42,9	33,3
	Con la famiglia originaria	28,6	35,7	33,3
	Con la famiglia acquisita	14,3	7,1	9,5
	In struttura	14,3	7,1	9,5
	Senza fissa dimora e altro	28,6	7,1	14,3

In questa coorte la prevalenza di frequenza è di condizione non lavorativa.

La condizione abitativa abituale dei lungodegenti è più spesso di solitudine o con la famiglia originaria. In questa coorte si osserva una presenza discreta di “senza fissa dimora”, che nel campione degli SPDC arriva a oltre ¼ del totale.

La diagnosi prevalente fra i lungodegenti è di Sindrome schizofrenica, che è registrata in 1/3 di casi. Appare rilevante la discreta frequenza di disturbi di personalità, osservata in 1/5 del totale.

Nella metà dei casi si osserva una consapevolezza dei problemi psichici e ritiene di aver bisogno di cure. All'inizio del ricovero i lungodegenti mostrano una maggiore ostilità rispetto alle altre coorti e una minore quota accetta il ricovero (la bassa numerosità non permettere di raggiungere una significatività statistica).

Tabella 44 - Ricoverati lungodegenti nelle diverse tipologie di struttura (% di colonna)

		SPDC (n=7)	Altre strutture (n=14)	Totale (n=21)
Diagnosi (ICD X)	Sindromi e disturbi organici	14,3	7,1	9,5
	Abuso di alcol e sostanze	---	---	---
	Sindromi schizofreniche	42,9	28,6	33,3
	Disturbi affettivi	14,3	35,7	28,6
	Sindrome ansiose	--	7,1	4,8
	Disturbi della personalità	28,6	21,4	23,8
Insight				
Consapevolezza dell'esistenza di problemi psichici	Ritiene di aver bisogno di cure psichiatriche o psicologiche	28,6	64,3	52,4
Atteggiamento all'inizio del ricovero	Ostile: rifiuta ricovero e cure		28,6	19,0
	Riluttante: accetta il ricovero ma non le cure	28,6		9,5
	Indifferente: accetta passivamente le cure e il ricovero		7,1	4,8
	Favorevole: accetta attivamente il ricovero	71,4	64,3	66,7
Trattamento				
Trattamenti orientati da linee guida		57,1	50	52,4
Trattamenti scritti individualizzati		71,4	21,4	38,1

Le condizioni che contribuiscono al prolungamento del ricovero sono elencate in Tabella 45.

Come si può osservare in ordine di frequenza sono: Elevato rischio di comportamenti allarmanti, programma di "riabilitativo" in atto, difficoltà a trovare una abitazione adeguata.

Tabella 45 - Ricoverati lungodegenti. Condizioni correlate alla prosecuzione del ricovero (opinione del curante)

	SPDC (n=7) %	Altre strutture (n=14) %	Totale (n=21) %
Rischio elevato di comportamenti gravemente inadeguati e/o antisociali	85,7	42,9	57,1
Programma riabilitativo in corso	85,7	35,7	52,4
Difficoltà di trovare una abitazione adeguata	71,4	42,9	52,4
Mancanza di sostegno familiare e sociale	85,7	28,6	47,6
Mancata - parziale risposta al trattamento	57,1	28,6	38,1
Presenza di malattia non psichiatrica	42,9	21,4	28,6
Mancanza di un reddito di sopravvivenza	14,3	14,3	14,3

La parziale/mancata risposta al trattamento si osserva solo in poco più di 1/3 del campione.

Da segnalare che nel campione di ricoverati in SPDC “mancanza di sostegno familiare e sociale” raggiunge la maggiore frequenza, pari a 7/8 del totale (congiuntamente a “rischi elevato di comportamenti allarmanti” e “programma riabilitativo in corso). Inoltre è di rilievo che “presenza di malattia non psichiatrica” sia stata registrata in quasi metà dei lungodegenti in SPDC.

La possibilità di trovare delle soluzioni accettabili per la dimissione è stata giudicata facile (o già definita) in circa la metà del campione dei lungodegenti. I ricoverati in SPDC rappresentano una quota minore di questa coorte ma per questi ultimi la possibilità di attuare una dimissione viene ritenuta difficile in 3/5 del totale.

Tabella 46 - Ricoverati lungodegenti. Praticabilità di soluzioni per la dimissione

	SPDC (n=7)	Altre strutture (n= 14)	Totale (n= 21)
	%	%	%
Molto difficile	28,6	35,7	33,3
Difficile	42,9	7,1	19,0
Relativamente facile	0,0	28,6	19,0
Accordi già presi	28,6	28,6	28,6
Totale	100	100	100

Scale di valutazione

Con i ricoverati lungodegenti sono state utilizzate le scale BPRS e FPS. Non è stata invece somministrata la scala di rilevazione ROS, se non in 1 caso. Questa ultima infatti doveva essere somministrata al momento della dimissione mentre i lungodegenti sono stati valutati il primo giorno del periodo di studio. Solo in 1 caso è avvenuto che il ricoverato con caratteristiche di lungodegente venisse dimesso nel giorno della rilevazione. Pertanto non vengono riportati risultati sulla ROS.

La **scala BPRS** è stata somministrata a tutti i ricoverati della coorte di lungodegenti. I risultati ottenuti mostrano che i valori medi dei ricoverati in SPDC

sono superiori a quelli dei ricoverati in altre strutture in tutte le dimensioni, esclusa quella dell'ansia/depressione. Anche il punteggio totale della scala, che esprime una complessiva gravità psico-patologica, è superiore per i lungodegenti del SPDC.

Tabella 47 - Ricoverati lungodegenti. Punteggi medi per le dimensioni della scala BPRS

Dimensione	SPDC (n=7)	Altre strutture (n=14)	Totale (n=21)
Ansia/Depressione	17,3	19,3	16,8
Sintomi negativi	13	10,3	11,2
Sintomi positivi	17,9	14,6	15,7
Mania	12,7	8,3	9,7
Disturbi cognitivi	5,7	4,3	4,8
Totale BPRS	66,6	56,8	60,1

Test Anova: n.s.

La **Scala FPS** permette di valutare la disabilità complessiva dei pazienti. Nella coorte di lungodegenti la scala è stata completata da 18 ricoverati, pari 7/8 del totale.

Il punteggio medio registrato nel campione totale è di 58, che si colloca ad un livello di disabilità intermedio (nella 6^a fascia su 10 della graduazione della gravità del disfunzionamento). I 4 degenti in SPDC mostrano un punteggio medio inferiore a quello dei 14 lungodegenti registrati in Cliniche e Case di Cura.

E' interessante notare che il punteggio ottenuto dai lungodegenti è quello maggiore rispetto alle altre coorti (vedi Tabella 38) Se è abbastanza plausibile che gli ammessi possano mostrare una disfunzione maggiore (all'ammissione al ricovero generalmente si osserva una caduta del funzionamento), appare invece anomalo che i dimessi mostrino punteggi inferiori ai lungodegenti (anche se la differenza non è significativa statisticamente). Pur tenendo conto che le coorti sono indipendenti, e dunque non è corretto fare una inferenza di "efficacia" del ricovero tipo pre-post, il dato osservato appare comunque abbastanza sorprendente e resta perciò da approfondire.

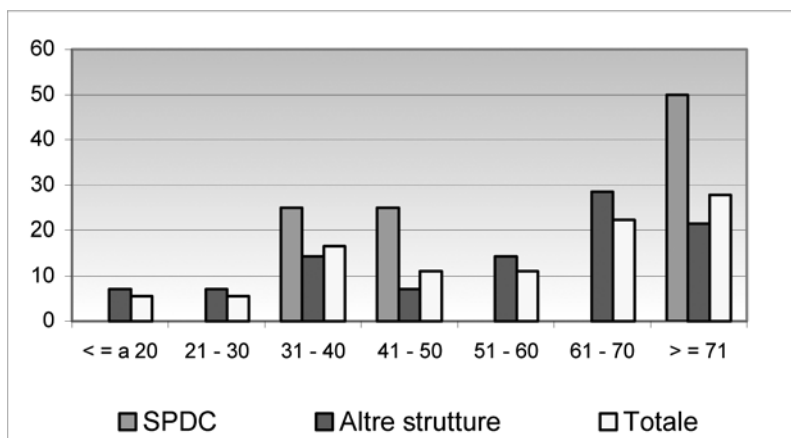
Tabella 48 - Ricoverati lungodegenti per tipologia di struttura. Punteggi medi ottenuti alla scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS)

Scala FPS	SPDC (n=4)	Altre strutture (n=14)	Totale (n=18)
Punteggio	56,5	58,4	58

Test Anova : n.s.

Nel Grafico 4 sono illustrati i risultati della scala FPS nei lungodegenti presenti nelle diverse strutture di ricovero. Il punteggio minimo (ottenuto da 1 solo ricoverato) è nello strato fino a 20, indicativo di una importante disabilità, e quello massimo è nello strato superiore a 70 (ottenuto da 3 ricoverati), che è riferito ad una disabilità non rilevante. I punteggi non mostrano delle differenze complessive rilevanti fra ricoverati in SPDC e in Altre strutture.

Grafico 4 - Ricoverati lungodegenti per tipologia di struttura (n=18). Punteggi FPS per livelli



Conclusioni

Il tasso di posti letto totali in Toscana è leggermente inferiore alla mediana delle regioni italiane. Il censimento delle strutture ha fatto rilevare la prevalenza del settore pubblico nella offerta di degenza psichiatrica nella nostra regione, dove pure sono presenti 3 strutture private convenzionate. Va notato che il tasso dei posti letto pubblici toscani, compresi quindi anche quelli universitari, si colloca comunque ad un tasso inferiore ad 1 x 10.000 abitanti, che è il parametro stabilito dal Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale (1997). Appare rilevante rispetto al panorama nazionale la presenza delle Università, che gestiscono una quota apprezzabile di degenza psichiatrica; in particolare la Clinica Psichiatrica di Pisa risulta la struttura universitaria con il maggiore numero di posti letto di tutto il Paese (51 vs. 15 pp.II. della media nazionale delle Cliniche universitarie) e produce circa il 15% di tutti i ricoveri ordinari delle strutture pubbliche della Toscana; di questi circa il 30% è effettuato per residenti nella zona-distretto di Pisa e il 70% per residenti in altre zone o extra-regione. L'attività della Clinica Psichiatrica pisana ha un notevole peso sul complesso dell'assistenza psichiatrica in ricovero in Toscana. Se dalle analisi si escludono i ricoveri effettuati a Pisa (e la relativa popolazione di riferimento), il tasso di ricoveri ordinari scende infatti da 2,94 a 2,70 x 1000 abitanti e quello delle giornate da 44 a 39 x 1000 abitanti (entrambi i parametri quindi inferiori alla media delle altre regioni italiane).

Dal punto di vista organizzativo le strutture di ricovero psichiatrico gestite dalle articolazioni assistenziali dei DSM hanno una forte caratterizzazione territoriale e solo una quota limitata di ricoveri si riferisce a non residenti nel bacino di utenza: oltre 4/5 degli SPDC dichiara una quota di ricoveri "fuori zona" inferiore a 1/10 del totale. Una larga quota di ricoveri trova un collegamento con il CSM competente territorialmente. Anche le strutture private convenzionate presenti in Toscana hanno spesso rapporti formalizzati con il DSM della ASL su cui insistono mentre ciò si registra in una quota inferiore delle strutture private di altre regioni. Inoltre il CSM di competenza è spesso informato dei ricoveri in quelle strutture dei pazienti in carico: circa 1/3 dei ricoveri in Case di Cura riguarda pazienti in carico al CSM che alla dimissione si farà carico della loro cura. Si registra invece con minore frequenza

un collegamento fra strutture universitarie e DSM, pur essendo entrambe strutture sanitarie pubbliche.

Il bacino di utenza delle strutture pubbliche - escluso le Cliniche Universitarie che sono strutturalmente sovrazionali - è più spesso limitato ad una zona-distretto e mediamente serve circa 74.000 abitanti: solo in 3 casi il bacino di utenza è superiore a 150.000 abitanti mentre dieci strutture servono una popolazione inferiore a 40.000 abitanti. Le modalità organizzative delle strutture di ricovero gestite dal DSM sono comprese in due tipologie: il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) con caratteristiche di “reparto psichiatrico” e i “posti letto funzionali” (RPM), collocati strutturalmente in reparti di medicina di ospedali generali. Questa ultima tipologia rappresenta una peculiarità dei servizi psichiatrici toscani. Ne sono stati censiti 8, collocati in zone-distretto di piccole dimensioni, generalmente con caratteristiche del territorio di tipo rurale-montano (Amiata senese, Alta Cecina-Volterra, Bassa Cecina, Casentino, Val di Chiana aretina, Val d’Elsa, Valle del Serchio e Val Tiberina).

Gli SPDC toscani hanno in media circa 8 posti letto (min. 3 – max. 16), inferiori alla media nazionale (circa 13), mentre i RPM in media hanno 2 posti letto. Le dimensioni contenute delle strutture di ricovero comportano una dotazione di personale, sia medico sia delle altre professioni, rispetto ai posti letto mediamente superiore a quella registrata nelle medesime strutture delle altre regioni: ci sono infatti degli standard minimi di personale per ogni struttura che comunque non possono essere ridotti. La dotazione di personale (rapporto personale/posti letto) delle strutture private è inferiore a quella delle strutture pubbliche in generale e, fra queste, le cliniche universitarie hanno un rapporto personale/pp.ll. inferiore alle strutture di ricovero dei DSM.

Ciò potrebbe far sollevare interrogativi sulla “efficienza” nell’utilizzazione del personale e quindi sul dimensionamento delle strutture. In primo luogo va considerato che in Toscana i ricoveri in situazioni di emergenza sono effettuati quasi esclusivamente nelle strutture del DSM (esclusa la Clinica Psichiatrica di Pisa, che gestisce un SPDC). Le persone ricoverate per una emergenza psichiatrica hanno un elevato bisogno di assistenza e la maggiore disponibilità di personale rappresenta il presupposto per migliore qualità del trattamento di tali tipologie di ricoveri.

Di particolare rilievo è l’osservazione che il tasso di ricoveri registrato in Toscana nel 2001 (rispetto alla popolazione residente) è inferiore a quello delle altre regioni

(2,70 vs 2,87 x 1000 abitanti). Inoltre si può osservare che il tasso medio regionale di ricoveri in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) è molto inferiore a quello delle altre regioni (1,96 vs 2,65 x 10.000), così come è inferiore la quota percentuale di TSO nelle strutture pubbliche toscane; nel Census-day è risultata del 6,8% sul totale dei ricoverati in SPDC mentre l'analisi del campione di ammessi nella Fase 2 ha registrato il 18,2% del totale. Si può spiegare tale differenza con una rapida risoluzione delle condizioni che hanno portato al trattamento obbligatorio e conseguente passaggio a ricovero volontario in circa 2/3 della ammissioni in TSO. A tale proposito va considerato che le proposte di TSO sono effettuate direttamente nella struttura ospedaliera (SPDC o DEA) in circa il 60% dei casi: si tratta cioè di situazioni di urgenza che arrivano direttamente in ospedale tramite le agenzie dell'emergenza territoriale.

Questi risultati permettono di ipotizzare che il sistema dei servizi psichiatrici territoriali pubblici fornisce soluzioni assistenziali alternative al ricovero ospedaliero ad una fascia di popolazione con problemi gravi e/o gravosi che in altre regioni viene più spesso ricoverata e più frequentemente con provvedimento di TSO.

Emerge cioè che i servizi territoriali toscani mettono in atto modalità assistenziali complementari al ricovero ordinario per le situazioni di acuzie (quali il Day-Hospital, maggiormente usato in Toscana rispetto al resto delle altre regioni). Va ricordato inoltre che la Regione Toscana ha adottato modelli organizzativi e gestionali dell'assistenza psichiatrica che non incentivano i ricoveri (ad es: non separazione fra servizi territoriali e strutture di ricovero ospedaliero, remunerazione del DSM con Fondo Sanitario indifferenziato, ecc).

Un aspetto di criticità è rappresentato dalla quota di ricoveri ripetuti nell'anno, pari al 27% del totale dei ricoveri. Nonostante il maggior uso che mediamente si fa in Toscana dell'assistenza in Day-hospital rispetto alle altre regioni, tale diversificazione dell'assistenza non sempre risulta adeguata e/o appropriata per ridurre sensibilmente la ripetizione dei ricoveri. Negli SPDC tale quota è mediamente superiore alle altre strutture di ricovero, e maggiore alle corrispondenti strutture delle altre regioni, a fronte di una inferiore durata media del ricovero (10 vs 12 gg.). La segnalazione di un frequente uso di letti sovrannumerari in diversi SPDC toscani evidenzia che - almeno in quelle strutture e per una certa fascia di utilizzatori - ci sia una qualche difficoltà nel far fronte alla "domanda" di ricovero, con conseguenti "dimissioni precoci" per la necessità di "liberare" posti letto. Per una certa quota di dimessi (dopo

un ricovero mediamente più breve) il servizio di salute mentale competente non riesce ad approntare programmi territoriali adeguati ai bisogni complessivi di quel gruppo di utenti con conseguente reingresso in degenza.

Tali risultati sull'uso dei posti letto vanno considerati anche alla luce della valutazione di appropriatezza del ricovero. Si può cioè pensare che in alcune zone la pressione sui posti letto è dovuta alla presenza di ricoveri impropri. Si registra però che nel campione di ammessi di questa ricerca i sanitari valutano inappropriati solo una minima parte dei ricoveri attuati (meno del 4% del totale).

D'altra parte va fatto notare che tale osservazione può rappresentare un indicatore di una "tenuta in carico" nel circuito dei servizi psichiatrici territoriali di situazioni importanti e gravose dal punto di vista assistenziale, che in altri contesti invece "cadono" dalle maglie delle diverse responsabilità delle strutture di assistenza psichiatrica. I servizi psichiatrici della Toscana hanno infatti un'organizzazione che prevede la responsabilità complessiva della presa in carico nei diversi momenti (territoriale, residenziale e ospedaliero) di un preciso ambito territoriale: ciò favorisce strutturalmente la "tenuta in carico" anche delle "situazioni difficili".

Tale ipotesi però per essere convalidata necessiterebbe di ulteriori informazioni sui risultati complessivi dell'assistenza psichiatrica in Toscana che ad oggi non sono disponibili in modo sistematico (*homeless* con disturbi mentali, suicidi e/o carcerazione fra gli utenti dei servizi psichiatrici, ecc.)

Un particolare gruppo di ricoverati è quello dei "lungodegenti". Per questo studio è stata adottata una definizione di lungodegenza piuttosto estensiva (almeno 60 gg. di degenza continuativa) che ha portato a registrare il 6% del campione totale. La prevalenza di lungodegenti è molto maggiore nelle Cliniche e Case di Cura (complessivamente considerate) che non in SPDC. In questo gruppo di ricoverati prevalgono le "Sindromi schizofreniche", con una gravità psicopatologica alla BPRS rilevante e "elevato rischio di comportamenti inadeguati o antisociali". Per la metà di questi ricoverati appare difficile trovare una soluzione adeguata.

Le strutture di ricovero adottano criteri di ammissione abbastanza ben definiti (sia in modo formale sia più spesso in termini consuetudinari): le varie tipologie di strutture adottano criteri in parte differenziati. In particolare in Toscana la differenza che più emerge fra SPDC e altre tipologie riguarda i gravi disturbi comportamentali, che sono più spesso esclusi dalle Cliniche a Case di Cura.

Al Census-day è stata rilevata la composizione per sesso ed età dei ricoverati. Sono state osservate delle differenze per queste variabili fra le diverse tipologie di strutture di ricovero, che fanno ipotizzare delle differenziazioni fra tipologie di utenza: negli SPDC è più frequente trovare ricoverati di sesso maschile, in età giovane-adulta, mentre nelle Case di Cura e nelle Cliniche Universitarie prevalgono le donne in età più avanzata; nei RPM si osserva una prevalenza di ricoverati in età più avanzata sia uomini sia donne.

Gli eventi significativi prevalenti rilevati all'ammissione sono risultati: caduta nel funzionamento personale e sociale (compromissione lavorativa, desocializzazione, inadeguata cura di sé) e conflittualità/agiti di violenza, senza rilevanti differenze fra le diverse tipologie di strutture. Gli ammessi in SPDC mostrano invece una prevalenza di problemi legati ad aspetti comportamentali e a manifestazioni psicotiche mentre nelle altre strutture prevalgono quelli legati all'ansia e alla depressione. La distribuzione per categorie diagnostiche evidenzia che gli ammessi in SPDC hanno una diagnosi di "Sindrome schizofrenica" più frequente rispetto alle altre strutture, dove invece la diagnosi di "Disturbo affettivo" è quella largamente prevalente

La valutazione standardizzata con la BPRS mostra che gli ammessi in SPDC presentano comunque una maggiore gravità psicopatologica rispetto alle altre strutture; in particolare rispetto alla dimensione *Sintomi psicotici positivi*, oltre che al punteggio totale. I risultati della valutazione della disabilità non mettono invece in evidenza significative differenze del punteggio totale alla scala FPS fra ammessi e dimessi e fra le differenti tipologie di strutture. In effetti la disabilità appare una condizione che non si modifica tanto nei tempi brevi di una degenza. Inoltre la Scala utilizzata non registra il livello di disabilità per le aree del funzionamento (attività, rapporti, cura di sé, comportamento), che invece potrebbero dare una migliore definizione di disabilità "mirate".

Tali dati sono comunque coerenti con una funzione dedicata degli SPDC alle situazioni di emergenza-allarme sociale: timori per l'incolumità della persona affetta da disturbi psichici (compromissione nella cura di sé) ma anche la "pericolosità sociale" (agitazione e aggressività) e connessa funzione di controllo sociale. Le strutture private non accolgono le situazioni di emergenza ma ricoverano una casistica selezionata, con prevalenza dell'area dei disturbi affettivi (depressione e disturbo bipolare), con presenza anche di bisogni di assistenza ed accudimento.

I familiari sono presenti nel percorso di ricovero avanzando essi stessi la richiesta e accompagnando il paziente in SPDC nella metà dei casi, mentre nelle altre strutture sono più presenti anche quando non richiedono il ricovero.

L'analisi dei percorsi mostra che i ricoverati ammessi per la prima volta ad un reparto psichiatrico si suddividono fra SPDC e altre strutture in modo non dissimile. Va rilevato però che la quota di “primi ricoveri” in SPDC è meno di 1/5 del totale mentre nelle altre strutture è circa il 50%: ossia le persone con storia di ricoveri ripetuti rappresentano la casistica largamente maggioritaria negli SPDC.

I servizi territoriali di salute mentale “governano” circa la metà dei percorsi di ricovero del campione totale (che diventano circa i 2/3 dei ricoveri in SPDC). Va notato che anche per i ricoveri in altre strutture, in particolare Case di Cura, il CSM indirizza circa 1/3 dei percorsi. Questo ruolo dei servizi territoriali è evidente soprattutto per le persone con precedenti ricoveri (in contatto con il CSM nel mese precedente per più di 4/5 dei ricoveri in SPDC) mentre i “primi ricoveri” sono intercettati in quota più ridotta.

A tale proposito va notato che in SPDC arrivano le situazioni di emergenza, nella metà dei casi senza alcun contatto precedente con agenzie di cura (neanche con il medico di medico generale). Ciò nonostante il primo ricovero avvenga a distanza di molto tempo dall'inizio dei disturbi psichici nella larga maggioranza dei casi (in circa 1/5 dopo 12 mesi dall'esordio e oltre la metà dopo 5 anni). La distribuzione per età in effetti non appare molto diversa fra primo ricovero e ricoveri successivi (media: 43 vs 46 anni). La diagnosi prevalente per i primi ricoveri è nel gruppo dei “Disturbi affettivi”, sia in SPDC sia per le altre strutture, mentre le “Sindromi schizofreniche” sono una quota di circa 1/10 di questo gruppo in SPDC.

In Toscana l'utilizzazione di strumenti di valutazione standardizzati è poco frequente negli SPDC e nei RPM, mentre appare comprensibilmente più diffusa nelle Cliniche Universitarie ma anche nelle Case di Cura, in modo del tutto analogo fra le diverse regioni italiane.

La BPRS documenta che il campione di ammessi presenta una gravità psicopatologica maggiore dei dimessi; mentre la FPS non evidenzia significative variazioni della disabilità. Si può cioè ipotizzare che il ricovero riduca la gravità psicopatologica mentre la disabilità sostanzialmente non viene influenzata dal

trattamento in ricovero. Ciò viene confermato anche dalla sostanziale stabilità della BPRS nella dimensione *Sintomi psicotici negativi*, correlati maggiormente alla disabilità. Tali risultati sono del tutto plausibili: i sintomi “positivi” infatti rispondono meglio ai trattamenti farmacologici, che sono quelli praticati nella totalità delle strutture. Inoltre la situazione di ricovero non permette di praticare interventi di riabilitazione, mirati alla riduzione della disabilità.

Altro aspetto problematico è rappresentato dalla messa in atto della contenzione fisica, che viene dichiarata da 2/3 degli SPDC, e complessivamente dalla metà dei servizi ospedalieri pubblici. In Toscana correttamente tale pratica non viene attuata nelle strutture private (al contrario di quanto avviene in altre regioni italiane!). Il dato “qualitativo” però non è sufficiente per apprezzare l'estensione del fenomeno che potrebbe essere descritto meglio tramite il rapporto con il numero di ricoveri effettuati. La registrazione metodica di tali interventi è però poco diffusa negli SPDC della regione: solo 1/5 dichiara di avere attivato un registro. Cioè appare particolarmente singolare poiché tale pratica, considerata anche nella attuale normativa regionale quale “evento sentinella” e in quanto tale tendenzialmente da azzerare, in molti presidi, che pure dichiarano di attuarla, non viene neanche affidabilmente quantificata.

Dai dati dichiarati nel censimento, confermati sostanzialmente dalla diretta osservazione dei ricercatori in Fase 2, si evince comunque che la quota di contenzioni effettuate nei SPDC toscani (circa il 3,5% sul totale dei ricoveri) è sostanzialmente inferiore alla media riscontrata nelle altre regioni (circa 6%).

Un primo necessario passo per tutti i presidi che attuano la contenzione fisica (2/3 del totale degli SPDC toscani) dovrebbe essere quindi almeno la istituzione di un “registro”: tale misura potrebbe permettere non solo una quantificazione affidabile della pratica, ma soprattutto potrebbe rappresentare la fonte per una sistematica attività di revisione dell'assistenza prestata (ad esempio con interventi di audit), sia nei singoli presidi sia nel DSM.

In tutte le strutture toscane di ricovero psichiatrico vengono effettuati trattamenti farmacologici, anche con discreta variabilità fra le diverse strutture (ad es. nell'uso degli stabilizzatori dell'umore). L'uso di linee-guida per il trattamento di specifici problemi e patologie potrebbe ridurre la variabilità dei trattamenti, ma il loro uso è stato rilevato solo in una minoranza di casi, circa 1/3 del totale e in quota ancora inferiore negli SPDC.

Inoltre nella grande maggioranza delle strutture viene dichiarata una qualche forma di coinvolgimento dei familiari. In effetti però nella valutazione dei ricoverati è stato riscontrato che interventi con i familiari sono attuati solo in 1/8 dei dimessi del campione totale (e in quota leggermente maggiore solo negli SPDC).

Si registra invece ad una scarsa diffusione di attività psicoterapiche (dichiarata da poco più di 1/3 degli SPDC, mentre è maggiormente registrata nelle Cliniche e Case di Cura); risultano ancora meno diffusi specifici trattamenti psicologici per i pazienti in acuzie, pur essendo ormai disponibili specifici interventi (psicoeducativi e cognitivo-comportamentali) validati anche in Italia in setting di acuzie psichiatrica (Falloon, 1998; Venditelli *e coll.*, 2002)).

In Toscana la Terapia Elettro-Convulsivante (TEC) viene praticata soltanto nelle Clinica Universitaria di Pisa, che ha un bacino di utenza sovrazonale, mentre nel resto del Paese si registrano altre quattro regioni (e 1 PA) in cui viene praticata. Tale trattamento appare molto controverso fra il professionisti della salute mentale e vede posizioni diametralmente opposte fra sostenitori e detrattori: la attuazione di tale pratica “a macchia di leopardo” sul territorio nazionale appare piuttosto singolare e di non immediata spiegazione¹⁰.

Una particolare attenzione dovrà quindi essere data alla diffusione di “buone pratiche” condivise e in particolare a quei trattamenti che si sono dimostrati efficaci nella pratica dei servizi di salute mentale di comunità. Inoltre il ruolo dei familiari, presenti con varie sfaccettature nel percorso di ricovero, appare del tutto periferico nei piani di intervento durante il ricovero, sia degli SPDC sia delle altre strutture di ricovero. Almeno per i ricoverati in SPDC si può auspicabilmente ipotizzare che tali interventi siano stati attuati al CSM, magari dopo la dimissione. Questi aspetti non facevano parte della presente indagine e quindi non sono disponibili informazioni a riguardo.

La qualità organizzativa delle strutture di ricovero è stata rilevata su due ambiti distinti: registrazione di eventi avversi e gestione del personale.

La registrazione di eventi avversi rappresenta anche una fonte di indicatori

¹⁰ La Regione Toscana ha istituito nel 2005 una specifica Commissione tecnico-scientifica con l'obiettivo di una valutazione sistematica delle TEC praticate sul territorio regionale.

di esito dell'assistenza psichiatrica (decessi, violenze, incidenti gravi, tentativi autolesivi e suicidi, ecc.); nella nostra regione avviene mediamente con minore frequenza rispetto alle altre, senza particolari distinzioni fra le diverse tipologie di strutture: la quota di SPDC che non registrano alcun evento avverso è pari 3/5 del totale che arriva a 5/6 nei RPM e addirittura al 100% nelle Case di Cura e Cliniche Universitarie.

Il burn-out è un evento frequente fra gli operatori dei reparti di emergenza ed è un indicatore di carente qualità organizzativa. I risultati della ricerca mostrano che gli interventi di prevenzione del burn-out del personale non sono estesamente diffusi nella regione: la rotazione di mansioni è poco praticata sebbene in circa la metà degli SPDC vengano effettuati interventi di tipo "formativo" (prevalentemente discussioni dei casi "difficili" e/o supervisioni). Va anche ricordato che a livello nazionale la situazione degli SPDC appare ancora meno brillante della Toscana. La rotazione delle mansioni appare più praticata soltanto nelle strutture di ricovero e ospitalità extra-ospedaliera (ASAP) delle altre regioni, dove comunque la frequenza di discussione/supervisione non appare sostanzialmente diversa rispetto ai RPM toscani (attuata in circa $\frac{3}{4}$ del totale).

La valutazione della qualità percepita, con rilevazioni corrette metodologicamente, può rappresentare uno degli elementi di stimolo al miglioramento dell'assistenza. Tale attività appare ancora poco sviluppata nell'ambito delle strutture di ricovero psichiatrico, in particolare in quelle pubbliche toscane: è attuata solo in 1/4 degli SPDC e in 1/8 dei RPM. Nelle strutture toscane appare invece più diffusa la più collaudata (ma anche meno efficace) possibilità di presentare dei reclami, che per alcune tipologie raggiunge la totalità di strutture (Case di Cura, Cliniche Universitarie, RPM).

La somministrazione della scala ROS ai dimessi ha fornito informazioni sulla opinione dei degenti rispetto all'esperienza del ricovero. Dai questionari non sono emersi aspetti di elevata criticità. Il gradimento generale sfiora la percentuale del 80%, senza rilevanti differenze fra SPDC e altri reparti. E' stata invece registrato un minore gradimento dei dimessi dagli SPDC per tre aree: qualità di vita in degenza, informazioni sulla salute e informazioni sui trattamenti da praticare dopo la dimissione. Tali risultati possono già dare delle indicazioni sui necessari interventi di miglioramento, organizzativi e di comunicazione.

Quasi $\frac{3}{4}$ degli SPDC hanno sempre le porte chiuse, che quindi si caratterizzano come strutture a elevata restrittività, con frequenza simile alle analoghe strutture delle altre regioni. Tale caratteristica non si ritrova invece nelle altre strutture di ricovero psichiatrico della regione, sia RPM sia Cliniche Universitarie (escluso quella di Pisa, che ha invece una parte “chiusa”) e Case di Cura (nelle altre regioni invece si registrano strutture private “chiusa”!). In generale negli SPDC toscani i ricoverati vanno incontro a limitazioni di diverso genere: possesso di rasoi/forbici/coltelli, uso di accendini, possesso di farmaci; minori limitazioni sono state registrate per uso di cellulare e possesso di denaro. Se si prescinde dalla chiusura delle porte degli SPDC, si registra comunque una minore restrittività nelle strutture toscane, pubbliche e private, rispetto alle altre regioni.

Dal punto di vista edilizio le strutture pubbliche di ricovero psichiatrico sono in grande maggioranza parte di un ospedale generale, mentre quelle private sono collocate in edifici dedicati. La superficie disponibile per posto letto (considerando anche gli spazi accessori della struttura) nei $\frac{2}{3}$ delle strutture è superiore a 30 mq.; nel caso dei RPM, in cui il posto letto è inserito all’interno di un altro reparto, si registrano invece valori nettamente inferiori (< 20 mq.). In circa $\frac{1}{3}$ degli SPDC il rapporto bagni/posti letto è inferiore a $\frac{1}{4}$ (e quindi non in linea con le norme sull’accreditamento strutturale), mentre tale rapporto è sempre superiore nei RPM. La metà degli SPDC dispone di spazi aperti disponibili per i ricoverati, mentre solo poco più di $\frac{1}{3}$ dei RPM ha questa disponibilità.

In qualche situazione sono emersi aspetti strutturali e organizzativi suscettibili di miglioramento (edilizia non adeguata, gestione del personale e del burn-out, sistema informativo e registrazione di eventi avversi, variabilità dei trattamenti e valutazione degli esiti) così come sono stati documentati dei punti di forza del sistema dei servizi di salute mentale (bassa ospedalizzazione a ciclo continuo, tasso di TSO inferiore alla media nazionale, tenuta della “presa in carico”, relativa “restrittività”).

Una particolare attenzione dovrà essere posta al ruolo delle strutture universitarie, che in Toscana oltre al ruolo istituzionale nella formazione del personale assumono un apprezzabile peso anche nell’assistenza psichiatrica ospedaliera. In particolare ciò vale per la Clinica Psichiatrica di Pisa. A fronte di ciò queste strutture, pubbliche, sembrano collocarsi su un circuito “parallelo” al sistema dei servizi DSM, con gradi di interazione piuttosto bassi, inferiore addirittura alle strutture private.

La discussione su alcuni di questi argomenti, rilevati con tutti i vantaggi e limiti di una ricerca ad hoc, potrà essere utilmente approfondita e arricchita con la diretta esperienza dei professionisti del settore: “primi ricoveri”, ricoveri ripetuti, uso di letti sovranumerari, pratica della contenzione fisica. Questi ultimi aspetti infatti rimandano ad una riflessione generale sul sistema dei servizi di salute mentale e alle pratiche terapeutiche e riabilitative attuate in setting extra-ospedalieri, sugli interventi di acuzie in ambito territoriale (interventi di crisi, day-hospital extra-ospedalieri, ecc.), che non erano oggetto della presente ricerca, ma che si intravedono fra le pieghe delle informazioni raccolte (rapporto fra tassi di TSO e continuità della “presa in carico” da parte dei servizi territoriali, ecc.).

Tale riflessione non potrà non tenere conto anche della organizzazione generale e delle evoluzioni istituzionali del sistema sanitario e di protezione sociale della Toscana (ad es.: Società della Salute) nonché dei fattori di “contesto socio-culturale” di cui la pratica psichiatrica è parte non marginale.

PRATICHE ASSISTENZIALI NELLE ACUZIE PSICHIATRICHE IN TOSCANA.

PUNTI DI FORZA

- Ospedalizzazione dell'assistenza contenuta con tasso di ricoveri totali e di Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi inferiori alla media nazionale.
- Livelli assistenziali appropriati per tipologie di "gravità"
- Diversificazione delle risposte assistenziali alle acuzie con apprezzabile uso del Day-hospital.
- "Restrittività" delle strutture di ricovero minore rispetto alle altre regioni.
- Elevata capacità di "presa in carico" anche delle "situazioni difficili".
- Salvaguardia della continuità assistenziale fra i diversi setting assistenziali nei servizi del DSM
- Centralità dell'assistenza territoriale in aree rurali con utilizzazione di "posti letto funzionali" zonali per i ricoveri ospedalieri.
- Ridotte dimensioni dei SPDC con elevata intensità della assistenza prestata.

PRATICHE ASSISTENZIALI NELLE ACUZIE PSICHIATRICHE IN TOSCANA.

CRITICITÀ

- Diffuse problematicità strutturali ed edilizie rispetto i criteri di accreditamento.
- Difficoltà ad intercettare una quota di "esordi" di disturbi psichici.
- Discreta quota di ricoveri ripetuti (circa ¼ del totale) con carenza di interventi specifici efficaci.
- Persistenza della contenzione fisica negli SPDC (circa 3% dei ricoveri).
- Coinvolgimento dei familiari nei programmi di trattamento in acuzie poco attuato.
- Ridotta diffusione di iniziative di verifica dell'opinione degli utenti.
- Scarsa diffusione di strumenti per miglioramento della qualità dell'assistenza (linee-guida, registrazione di eventi sentinella e avversi, valutazione degli esiti, ecc.).
- Insufficiente attenzione alla qualità del clima di lavoro e alla prevenzione del burn-out degli operatori.
- Carente integrazione dei percorsi di cura fra strutture del DSM e dell'Università.

Bibliografia

- De Girolamo G., Picardi A., Santone G, Semisa D., Fioritti A., Morosini P. & Gruppo PROGRES (2004). Le strutture residenziali e i loro ospiti: i risultati della Fase 2 del progetto nazionale progres. *Epidemiologia Psichiatria Sociale*, suppl 7.
- Erlicher A. & Rossi G. (1999). *Manuale di accreditamento professionale per il Dipartimento di Salute Mentale*. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Falloon I (1998). *Intervento psicoeducativo familiare*. Erikson: Trento.
- Gigantesco A., Morosini P. & Bazzoni A. (2003) Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inPatient opinion. *International Journal for Quality in Health Care* 15, 73-78.
- Mezzina R. Vidoni D., Miceli M., Interlandi G., Accetta A.M., Crusiz C. (2006). *Crisi psichiatrica e sistemi sanitari*, Asterios Editore: Trieste.
- Morosini P., Casacchia M. (1995) Traduzione italiana della Brief Psychiatric Rating Scale, versione 4.0 ampliata (BPRS 4.0). *Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale* III: 199-228.
- Morosini P., Casacchia M. & Roncone R. (2000). *Qualità dei servizi di salute mentale. Manuale-questionario per la formazione organizzativa, l'autovalutazione e l'accreditamento professionale tra pari*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Morosini P., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S. & Pioli R. (2000) Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101, 1-7.

- Ruggeri M. & Dall'Angola R. (2000). *Come valutare l'esito nei Dipartimenti di Salute Mentale*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora I, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC (1997). Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 12, 232-241.
- Thornicroft G. & Tansella M. (2000). *Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Roncione R., Ventura J., Impallomeni M., Fallon I.R.H., Morosini P.L., Chiaravalle E. & Casacchia M. (1999) Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) in raters with high vs. low clinical experience. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 100, 229-236.
- Venditelli N., Veltro F., Orecchio I., Buzzoni A., Rosicarelli M.L., Polidori G., Morosini P. (2003). *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Ventura J., Green M., Shaker A. & Liberman R. (1993). Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: the drift busters. *International Journal of methods in psychiatric Research* 3, 221-244.

ALLEGATO 1

Scheda censimento



Progetto di Ricerca Finalizzata Strategica 2001

Una valutazione nazionale delle strutture per il ricovero e l'accoglienza dei pazienti psichiatrici acuti: il progetto

PROGRES - ACUTI

SCHEMA CENSIMENTO

7 aprile 2003
Vers. 3.05

1. DATI GENERALI

1.1. Codice o nome della Regione _____ | _ | _ |

1.2 Numero progressivo della struttura _____ | _ | _ | _ |

1.3 Codice SIS assegnato alla ASL, A.O., Policlinico Universitario o Casa di Cura _____ | _ | _ | _ | _ |

1.4 La struttura è pubblica o privata? (1 = Pubblica; 2 = Privato convenzionato
3 = Privato non convenzionato; 4 = Mista, accoglie pazienti pubblici e privati) _____ | _ |

1.5 Tipologia di finanziamento (1 = F.S.N. a D.R.G.; 2 = F.S.N. indifferenziato all'interno del Dipartimento di Salute Mentale; 3 = F.S.N. a giornata di degenza; 4 = F.S.N., parte a D.R.G. e parte a giornata di degenza; 5 = Misto, pubblico - privato con pazienti paganti in proprio ed utenti convenzionati dal Fondo sanitario; 6 = Solo pazienti paganti in proprio;) _____ | _ | _ |

1.6 In caso di risposta 4 o 5 sopra, compilare una scheda censimento per ciascuna delle due tipologie e indicare qui a lato di quale parte della struttura si tratta (1 = D.R.G.; 2 = giornata di degenza; 3 = Fondo Sanitario Nazionale;) _____ | _ |

1.7 Data di rilevazione (giorno, mese, anno) _____ | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ |

a. Nome completo della struttura

b. Indirizzo _____

c. No. di telefono della struttura _____ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

d. La struttura dispone di fax (1 = No; 2 = Si) _____ | _ |

e. No. di fax della struttura _____ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

f. La struttura dispone di e-mail (1 = No; 2 = Si) _____ | _ |

g. E-mail della struttura _____

NOMINATIVO E RECAPITO COMPLETO DEL RESPONSABILE/REFERENTE

SANITARIO DELLA STRUTTURA

h. Nome e cognome _____

i. No. di telefono _____ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

j. No. di cellulare (campo non obbligatorio) _____ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

k. E-mail (campo non obbligatorio) _____

1.8 Qualifica professionale (1 = Psichiatra; 2 = Neurologo; 3 = Medico specialista in psicologia clinica; 4 = Medico con altra specializzazione; 5 = Psicologo; 8 = Altro, specificare _____) |__|

1.9 Incarico del responsabile/referente(1 = Dirigente di struttura semplice; 2 = Dirigente di struttura complessa; 3 = Equivalente a Dir. di struttura semplice in casa di cura; 4 = Equivalente a Dir. di struttura complessa in casa di cura; 8 = Altro: specificare _____) |__|

Nominativo e recapito completo dell'operatore della struttura che ha fornito i dati per questa scheda (se diverso dal Responsabile della struttura)

l. Nome _____

m. Indirizzo _____

n. No. di telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

o. No. di cellulare (campo non obbligatorio) |__|__|__|/|__|__|__|__|__|__|__|__|

p. E-mail (campo non obbligatorio) _____

1.10 Qualifica professionale (1 = Psichiatra; 2 = Neurologo; 3 = Medico specialista in psicologia clinica; 4 = Medico con altra specializzazione; 5 = Psicologo; 8 = Altro, specificare _____) |__|

1.11 Tipologia di struttura (1 = Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura; 2 = Casa di Cura Convenzionata; 3 = Clinica Psichiatrica Universitaria sede di SPDC; 4 = Clinica Psichiatrica Universitaria NON sede di SPDC; 5 = Centro di Salute Mentale aperto sulle 24 ore; 6 = Reparto di Medicina utilizzato formalmente e regolarmente dal DSM per il ricovero di pazienti psichiatrici; 7 = Centro Crisi; 8 = Casa di Cura privata non convenzionata) |__|

1.12 Anno di apertura della Struttura nella sede attuale |__|__|__|__|

1.13 Anno di inizio dell'attività indipendentemente dalla sede attuale |__|__|__|__|

1.14 Attualmente il territorio di competenza della struttura è definito con precisione? (1 = No; 2 = Sì.) |__|

Le domande 1.15.1 - 1.15.3 devono essere compilate solo per le strutture che hanno risposto Sì all' item 1.14

1.15.1 Qual è il numero di abitanti del territorio di competenza ? (1 = fino a 100 mila; 2 = da 100 mila a 250 mila; 3 = da 250 mila a 500 mila; 4 = da 500 mila ad un milione;) |__|__|__|

1.15.2 A quale area corrisponde il territorio servito dalla struttura di ricovero? (1 = A parte di una ASL; 2 = Al territorio di una intera ASL; 3 = Al territorio di più ASL; 8 = Altro, specificare _____) |__|

1.15.3 In che percentuale approssimativa la struttura si è trovata nel corso del 2001 ad accogliere pazienti provenienti dal di fuori del territorio di competenza? <i>(Se nessuno, scrivere 0)</i>	_ _ _ %
1.16 La struttura può eseguire ricoveri in TSO? <i>(1 =No; 2 = Si)</i>	_
1.17 Numero di posti-letto attivati per il ricovero o per l'ospitalità al 31 dicembre 2001 <i>(Se la struttura non era ancora attiva al 31.12.01, indicare il numero di posti-letto al momento della rilevazione)</i>	_ _ _
1.18 Presso la struttura è attivo un servizio semi-residenziale? <i>(1 = No, nessun servizio semi-residenziale; 2= Day Hospital; 3 = Centro Diurno; 4 = Entrambi; 8 = Altro, specificare _____)</i>	_ _
1.19 Se all'item 1.18 la risposta è 2, quanti posti-letto sono stati attivati per il day-hospital al 31 dicembre 2001 ? <i>(Se la struttura non era ancora attiva al 31.12.01, indicare il numero di posti-letto al momento della rilevazione)</i>	_ _
1.20 Presso la struttura è attivo un servizio ambulatoriale? <i>(1 = Ambulatorio; 2 = Centro di Salute Mentale; 3 = Entrambi; 4 = No, nessun ambulatorio; 8 = Altro, specificare _____)</i>	_ _

2. DATI DI ATTIVITÀ¹

2.1 Esiste un Sistema Informativo informatizzato (oltre al registro Scheda Dimissione Ospedaliera) che raccoglie dati della struttura in uso da più di due anni? (1 =No; 2 = Si)	_
2.2 Numero totale di ricoveri nel 2001	_ _ _ _
2.3 Numero totale di ricoverati nel 2001²(Contare una sola volta le persone ricoverate)	_ _ _ _
2.4 Numero totale di giornate di ricovero nel 2001	_ _ _ _
2.5 Numero totale di utenti con due ricoveri nella struttura nel 2001	_ _ _ _
2.6 Numero totale di utenti con tre o più ricoveri nella struttura nel 2001	_ _ _ _
2.7 Numero totale di ricoveri in day-hospital nel 2001	_ _ _ _
2.8 Numero totale di utenti ricoverati nel 2001 che risultino al primo ricovero nella struttura	_ _ _ _
2.9 Numero totale di utenti accolti in day-hospital nel 2001	_ _ _ _
2.10 Numero totale di giornate di ricovero in day-hospital nel 2001	_ _ _ _
<i>Le domande 2.11 - 2.14 devono essere compilate solo per le strutture presso le quali hanno luogo ricoveri in T.S.O. Conteggiare anche i dati relativi ai ricoveri che iniziati come volontari vengono trasformati in TSO. D'altra parte escludere le giornate di degenza volontarie dei ricoveri iniziati come TSO e poi revocati.</i>	
2.11 Numero totale di ricoveri in TSO nel 2001	_ _ _ _
2.12 Numero totale di utenti ricoverati in TSO nel 2001	_ _ _ _
2.13 Numero totale di giornate di ricovero in TSO nel 2001	_ _ _ _
2.14 Numero totale di utenti con 2 o più TSO nel 2001	_ _ _ _
2.15 Al momento della rilevazione quanti tra i diversi tipi di eventi sentinella (ad esempio tentati suicidi, suicidi, altri decessi, atti di aggressività con lesioni, sovradosaggi farmacologici) vengono rilevati ed indagati? (Se nessuno scrivere 0)	_
Quali?	
2.16.1 Tentati suicidi e suicidi (1 =No; 2 = Si)	_
2.16.2 Altri decessi (1 =No; 2 = Si)	_
2.16.3 Atti di aggressività con lesioni (1 =No; 2 = Si)	_

¹ Se la struttura non era ancora attiva al 31.12.01, indicare i dati di attività relativi al 2002.

² Per i dati richiesti nei quattro item successivi, si precisa che i ricoveri sono da intendersi come ricoveri ordinari dai quali si escludono i day-hospital. I dati relativi ai ricoveri vanno calcolati considerando le dimissioni avvenute nel periodo 1.1.01 - 31.12.01. Le ammissioni e le dimissioni avvenute nello stesso giorno equivalgono a un giorno di degenza.

2.16.4. Sovradosaggio farmacologico

|_|

2.17 .Quanti sono stati i decessi per incidenti gravi di pazienti nel corso di ricoveri nella struttura nel 2001? (Per incidenti gravi si intendono i decessi causati da sovradosaggio farmacologico, soffocamento, ustioni, suicidio, ecc.)

|_|_|

2.19 Il giorno 8 maggio 2003, QUANTI sono i pazienti ricoverati o ospitati sulle 24 ore nelle seguenti classi d'età?

	Maschi	Femmine
Fino a 18 anni	_ _ _	_ _ _
18-24 anni	_ _ _	_ _ _
25-34 anni	_ _ _	_ _ _
35-44 anni	_ _ _	_ _ _
45-54 anni	_ _ _	_ _ _
55-64 anni	_ _ _	_ _ _
65 o più anni	_ _ _	_ _ _
TOTALE RICOVERATI	_ _ _	_ _ _

2.20 Se il territorio di competenza è definito con precisione il giorno 8 maggio quanti pazienti sono provenienti da esso?

|_|_|

2.21 Il giorno 8 maggio quanti pazienti sono accolti in regime di TSO?

|_|_|

E quanti ricoveri in regime di TSO sono stati eseguiti secondo le seguenti modalità? (Per ogni modalità indicare il numero, se nessuno scrivere 0)

2.22.1 Con intervento soltanto di figure sanitarie

|_|_|

2.22.2 Con intervento di figure sanitarie e vigili urbani

|_|_|

2.22.3 Con intervento anche della forza pubblica (P.S., CC)

|_|_|

2.23 Vi è una lista d'attesa per l'ammissione nella struttura? (1 = No; 2 = Sì)

|_|_|

2.24 Se vi è una lista di attesa, quante sono le persone in lista il giorno 8 maggio 2003?

|_|_|

3. PERSONALE DELLA STRUTTURA

3.1 La struttura ha una propria dotazione stabile di personale infermieristico e tecnico? (1 = No; 2 = Sì; 3 = In parte) |_|

3.2 Se la struttura è pubblica (risposta 1 all'item 1.4) e vi è rotazione di personale infermieristico e tecnico, da dove proviene il personale che ruota? (1 = Dai Servizi territoriali di un DSM; 2 = Dai Servizi territoriali di più di un DSM; 3 = Viene destinato dall'Ufficio Infermieristico; 8 = Altro, 00 = Non applicabile) |_|

3.3 La struttura ha una propria dotazione stabile di personale medico per le ore diurne feriali? (1 = No; 2 = Sì; 3 = In parte) |_|

3.4 Se la struttura è pubblica (risposta 1 all'item 1.4) e vi è rotazione, da dove proviene il personale medico che ruota ? (1 = Dai Servizi territoriali di un DSM; 2 = Dai Servizi territoriali di più di un DSM; 8 = Altro, 00 = Non applicabile) |_|

Numero e ore di presenza del personale nei 30 giorni prima della rilevazione:

Figure professionali	Numero operatori	di cui a tempo pieno (36 ore) nella struttura	Numero totale di ore settimanali di presenza
3.5 Assistenti sociali	_ _	_ _	_ _ _ _
3.6 Assistenti sanitarie	_ _	_ _	_ _ _ _
3.7 Educatori professionali	_ _	_ _	_ _ _ _
3.8 Terapisti riabilitazione psichiatrica	_ _	_ _	_ _ _ _
3.9 Personale infermieristico	_ _	_ _	_ _ _ _
3.10 Personale tipo OTA, OSA	_ _	_ _	_ _ _ _
3.11 Psichiatri (SOLO medici con specializzazione in psichiatria)	_ _	_ _	_ _ _ _
3.12 Psicologi	_ _	_ _	_ _ _ _
3.13 Medici con altre specializzazioni o non specialisti	_ _	_ _	_ _ _ _
3.14 Tirocinanti o volontari, inclusi specializzandi in psichiatria (specificare i profili professionali ed il numero di operatori per profilo):	_ _	_ _	_ _ _ _
_____	_ _	_ _	_ _ _ _
_____	_ _	_ _	_ _ _ _
_____	_ _	_ _	_ _ _ _
_____	_ _	_ _	_ _ _ _

La copertura notturna è assicurata da (il periodo di riferimento sono i 30 giorni prima della rilevazione)

	Personale presente per turno notturno	Personale re- peribile
3.15 Personale infermieristico	_ _	_ _
3.16 Personale medico (esclusi specializzandi e tirocinanti)	_ _	_ _
3.17 Altro personale qualificato (compresi specializzandi, tirocinanti, ecc.) (specificare i profili professionali ed il numero di operatori per profilo:		
_____	_ _	_ _
_____	_ _	_ _
_____	_ _	_ _
_____	_ _	_ _

4. CARATTERISTICHE STRUTTURALI

4.1 Articolazione fisica della struttura (1 = Edificio completamente a sé stante; 2 = Parte di edificio che ospita altri servizi per la salute mentale; 3 = Parte di un ospedale generale a monoblocco; 4 = Edificio autonomo ma parte di un complesso ospedaliero a padiglioni; 5 = Parte di un edificio che ospita altri servizi sanitari [es.: distretto]; 6 = Appartamento in una abitazione civile)	_
4.2 Quanti piani ha la struttura?	_ _
4.2.1 Se è ad un solo piano, a che piano si trova? (-1 = seminterrato; 0 = piano terra; 1 = primo piano; 2 = secondo piano, Nel caso di strutture a 2 o più piani ma con un solo livello di degenza indicare il livello di questo ultimo;	_ _
4.3 In che anno l'edificio è stato costruito originariamente?	_ _ _ _
4.4 Se è stato ristrutturato, indicare l'anno dell'ultima ristrutturazione (se l'item non si applica, segnare 00)	_ _ _ _
4.5 Superficie totale della struttura (in mq) :	_ _ _ _
4.6 Numero complessivo quotidiano di ore disponibili per la visita dei familiari nei giorni feriali	_ _
4.7 Esiste uno spazio aperto (giardino, cortile, ecc.) a cui gli utenti possono accedere liberamente in almeno alcune ore del giorno? (1 = No; 2 = Sì)	_
Dotazione di camere da letto:	
4.8.1 Numero di camere singole	_ _
4.8.2 Numero di camere doppie	_ _
4.8.3 Numero di camere triple	_ _
4.8.4 Numero di camere con 4 o più posti	_ _
4.8.5 TOTALE POSTI-LETTO NELLA STRUTTURA	_ _ _

Dotazione di bagni:

4.9.1	Numero di bagni per i pazienti	_ _
4.9.2	Numero di bagni per il personale	_ _
4.10	Ci sono spazi di attività comuni oltre alla sala di pranzo? (1 = No; 2 = Si)	_
4.10.1	Quanti locali sono disponibili a questo fine?	_ _
4.11	Ci sono locali o ambulatori disponibili per colloqui clinici o psicoterapeutici individuali, incontri con familiari, ecc.? (1 = No; 2 = Si)	_
4.11.1	Quanti locali sono disponibili a questo fine?	_ _
4.12	Nei 30 giorni precedenti alla rilevazione sono stati utilizzati letti soprannumerari? (1 = No; 2 = Si)	_
4.12.1.	Nei 30 giorni precedenti alla rilevazione per quanti giorni sono stati utilizzati letti soprannumerari? (99= non applicabile)	_ _
4.12.2.	Nei 30 giorni precedenti qual è stato il numero massimo di letti soprannumerari utilizzati in un solo giorno? (99= non applicabile)	_ _
4.13	E' prevista una durata massima del ricovero nella struttura? (1 =No; 2 = Si;)	_
4.14	Se sì, qual è la durata massima (in giorni)? (99= non applicabile)	_ _ _
4.15	Per l'ammissione sono operanti precisi criteri di selezione relativi alle caratteristiche dei ricoverati? (1 = No; 2 = Si, definiti formalmente; 3 = Si, solo consuetudinari;)	_
In caso di risposte 2 e 3 all'item precedente vengono ammesse le seguenti condizioni cliniche o sociodemografiche? (1 = No, non sono ammesse; 2 = Si, sono ammesse;)		
4.16.1	età minore di 18 anni	_
4.16.2	alcolismo, senza altra diagnosi psichiatrica	_
4.16.3	alcolismo, con altra diagnosi psichiatrica	_
4.16.4	abuso di altre sostanze senza altra diagnosi psichiatrica	_
4.16.5	abuso di altre sostanze con altra diagnosi psichiatrica ("doppia diagnosi")	_
4.16.6	disturbi mentali su base organica (demenza, delirium, ecc.)	_
4.16.7	ritardo mentale grave	_
4.16.8	elevato rischio suicidiario	_
4.16.9	marcati disturbi del comportamento con grave aggressività	_
4.16.10	gravi disabilità fisiche (paralisi, cecità, sordità, etc.)	_
4.16.11	presenza di una malattia fisica grave (cardiopatia, nefropatia, etc.)	_
4.16.12	misure alternative alla detenzione	_
4.16.13	altro, specificare _____	_
Trattamenti effettuati negli ultimi 30 giorni ai pazienti ricoverati o accolti		
Terapie biologiche (1 =No; 2 = Si)		
4.17.1.	Trattamenti farmacologici	_
4.17.2..	Terapia elettroconvulsivante	_
4.17.3.	Light therapy	_
4.17.4.	Stimolazione magnetica transcranica	_

Terapie psicologiche, riabilitative e ricreative (1 =No; non regolarmente; 2 = Si, se svolte con una certa regolarità, almeno due volte alla settimana)

- 4.18.1. Colloqui clinici e di sostegno |__|
- 4.18.2. Psicoterapia individuale di sostegno (di almeno trenta minuti) |__|
- 4.18.3. Psicoterapia dinamica individuale |__|
- 4.18.4. Psicoterapia di gruppo ad approccio psicodinamico |__|
- 4.18.5. Psicoterapia individuale ad approccio cognitivo-comportamentale |__|
- 4.18.6. Psicoterapia di gruppo ad approccio cognitivo-comportamentale |__|
- 4.18.7. Interventi riabilitativi individuali / training di abilità sociali |__|
- 4.18.8. Interventi riabilitativi di gruppo |__|
- 4.18.9. Gruppi di discussione, gruppo giornali, |__|
- 4.18.10. Gruppi di attività espressive, |__|
- 4.18.11. Gruppi di attività sportive, |__|
- 4.18.12. Attività ricreative strutturate (carte, scacchi,) |__|

Coinvolgimento dei familiari (1 =No; non regolarmente; 2 = Si, se svolto con una certa regolarità, almeno una volta alla settimana;)

- 4.19.1. Informazioni e counseling |__|
- 4.19.2. Interventi psicoeducativi strutturati |__|
- 4.19.3. Psicoterapia familiare strutturata (non di tipo psicoeducativo comportamentale: ci si riferisce a terapia familiare sistemica, strategica, strutturale, esperienziale, o dinamica) |__|

Attivazione della rete sociale (1 =No; non regolarmente; 2 = Si, se svolto con una certa regolarità, almeno una volta alla settimana;)

- 4.20.1. Interventi con vicini, amici, ambiente di lavoro |__|
- 4.20.2. Interventi con le associazioni di volontariato |__|
- 4.20.2. Utilizzo e promozione dei gruppi di mutuo aiuto |__|

Interventi sociosanitari (1 =No; non regolarmente; 2 = Si, se svolto con una certa regolarità, almeno una volta alla settimana;)

- 4.21.1 Coinvolgimento di altri servizi sociosanitari (si esclude il CSM) |__|
- 4.21.2 Sostegno economico |__|
- 4.21.3 Inserimento lavorativo |__|
- 4.21.4 Corsi di formazione |__|
- 4.21.5. Altro |__|

Negli ultimi 30 giorni sono state effettuate valutazioni diagnostiche con regolarità utilizzando strumenti di valutazione standardizzati ? (1 =No; 2 = Si; ma in meno del 50% dei pazienti; 3 = nel 50% dei pazienti o più;)

- 4.22.1. Scale di valutazione (ad es. SAPS, SANS, BPRS, PANSS, Hamilton, etc.) |__|
- 4.22.2. Interviste diagnostiche standardizzate (ad es. SCID, SADS, etc.) |__|
- 4.22.3. Strumenti psicodiagnostici (p. es. MMPI, Wisconsin, Rorschach, Benton, Bender, WAISC, etc.) |__|

4.23 Che percentuale di pazienti riceve entro tre giorni dall'ammissione una valutazione internistica completa, compresi esami di laboratorio di routine? (1 = meno del 10%; 2 = 10 - 29%; 3 = 30 - 49%; 4 = 50 - 69%; 5 = 70 - 89%; 6 = \geq 90%) |__|

4.24 Se la struttura è inserita in un ospedale tale valutazione internistica di routine viene di solito eseguita da un internista? (1 =No; 2 = Si; 00 = Non pertinente)

|_|_|

5. PROCEDURE ORGANIZZATIVE INTERNE

5.1 Nelle ore diurne, la porta d'ingresso dell'area di degenza è abitualmente chiusa a chiave? (1 = Mai; 2 = Viene chiusa solo in situazioni di difficile gestione; 3 = Vi è un'area di degenza chiusa ed un'area aperta; 4 = Di solito chiusa;)

|_|

5.2 Gli utenti durante il pasto utilizzano tutti i tipi di posate? (1 =No; 2 = Si)

|_|

Gli utenti possono tenere con sé:

|_|

5.3.1. rasoi, coltelli, forbici (1 =No; 2 = Si)

|_|

5.3.2 fiammiferi, accendini (1 =No; 2 = Si)

|_|

5.3.3 farmaci(1 =No; 2 = Si)

|_|

5.3.4. denaro (1 =No; 2 = Si)

|_|

5.3.5. telefono cellulare (1 =No; 2 = Si)

|_|

5.4 Gli utenti ricoverati o accolti, se le loro condizioni lo permettono, possono uscire non accompagnati per accedere a luoghi pubblici (giornalao, tabaccaio, bar, ecc.)? (1 = No, 2 = Si; solo nell'area ospedaliera; 3= Si, anche altrove)

|_|

5.5 Gli utenti ricoverati o accolti, se le loro condizioni lo permettono, possono uscire accompagnati da familiari o amici? (1 =No; 2 = Si)

|_|

5.6 Gli utenti ricoverati o accolti possono uscire accompagnati dagli operatori? (1 =No; 2 = Si)

|_|

5.7 Gli utenti ricoverati o accolti possono avere dei permessi per frequentare altre strutture terapeutiche psichiatriche (ad es. centro diurno,) nel corso del ricovero? (1 =No; 2 = Si)

|_|

5.8 E' stata valutata con questionari o interviste la soddisfazione degli utenti nel corso dell'ultimo anno? (1 = No, 2 = Si;)

|_|

5.9 Vi è una procedura che faciliti la presentazione di reclami da parte degli utenti o i loro familiari (moduli appositi facilmente disponibili, numeri di telefono facilmente reperibili, personale dedicato, ecc.)? (1 = No; 2 = Si;)

|_|

Per quanto riguarda i comportamenti violenti di ricoverati negli ultimi dodici mesi quante volte si è proceduto ai seguenti interventi? (Indicarne il numero anche se approssimativo; se mai scrivere 0)

5.10 Contenimento affidato a mezzi meccanici

|_|_|

5.11 Contenimento affidato al personale

|_|_|

5.12 Sedazione farmacologica

|_|_|

5.13 Altro, specificare _____

|_|_|

5.14 Nella struttura sono disponibili mezzi appositi di contenzione fisica? (1 =No; 2 = Si)

|_|

5.14.1 Esiste un registro o quaderno delle contenzioni? (1 = No e non vengono riportate nella cartella clinica; 2 = No, ma vengono di solito riportate dettagliatamente nella cartella clinica/diario; 3 = S;) | _ |

5.15 In caso di emergenza (letti soprannumerari, pazienti di difficile gestione, epidemie d'influenza, ecc.) è possibile ricorrere a personale aggiuntivo di pronta disponibilità? (1 = No; 2 = Sì, con grande difficoltà; 3 = Sì, con difficoltà moderata; 4 = Sì, abbastanza facilmente;) | _ |

5.16 Nel corso dell'ultimo anno sono state svolte attività per la prevenzione - gestione del burn-out del personale? (1 = No; 2 = Sì) | _ |

Se sì all' item precedente, indicare quale dei seguenti accorgimenti è stato adottato. (Per ciascuna 1 = No; 2 = Sì)

5.17.1 Rotazione regolare delle mansioni | _ |

5.17.2 Rotazione delle mansioni, se richiesta | _ |

5.17.3 Tramite valutazione, cambio delle mansioni | _ |

5.17.4 Incontri di discussione su casi difficili o controversi, | _ |

5.17.5 Incontri di supervisione inclusi incontri di discussione su problemi interpersonali tra colleghi. | _ |

6. PROCEDURE D'INTEGRAZIONE CON I SERVIZI PSICHIATRICI TERRITORIALI (SPT) E CON LE STRUTTURE OSPEDALIERE

6.1 Negli ultimi 30 giorni, in che percentuale, approssimativamente il Servizio Psichiatrico Territoriale, il Centro di Salute Mentale o analoghi è stato avvisato dell'ammissione nella struttura di pazienti che l'SPT stesso ha in carico? (Se la risposta è Mai, scrivere 0) | _ | _ | _ | %

6.2 Negli ultimi 30 giorni, in che percentuale, approssimativamente, l'SPT è stato avvisato del ricovero di pazienti che non ha in carico ma residenti nel territorio di competenza? (Se la risposta è Mai, scrivere 0) | _ | _ | _ | %

6.3 Negli ultimi 30 giorni, in che percentuale, il paziente durante il ricovero è stato visitato dall'équipe del SPT competente? (Se la risposta è Mai, scrivere 0) | _ | _ | _ | %

6.4 Negli ultimi 30 giorni, in che percentuale di casi, approssimativamente, il ricovero di utenti in carico all'SPT è stato concordato con il servizio stesso? (Se la risposta è Mai, scrivere 0) | _ | _ | _ | %

6.5 Negli ultimi 30 giorni, in che percentuale di casi, approssimativamente, le dimissioni sono state concordate con l'SPT di competenza? (Se la risposta è Mai, scrivere 0) | _ | _ | _ | %

6.6 In che percentuale di casi, approssimativamente, l'SPT continua il trattamento dei pazienti pertinenti per territorio di residenza dopo la dimissione? (Se non so scrivere 00) | _ | _ | _ | %

6.7 I rapporti tra la struttura e gli altri servizi del DSM (o più DSM afferenti alla struttura) sono definiti in un documento scritto approvato da entrambe le direzioni? (1 = No; 2 = Sì; 3 = solo con alcuni dei DSM) | _ |

Se sì all'item 6.7, con quale strumento? (1 = No; 2 = Si)		
6.8.1	Procedure o protocolli condivisi	_
6.8.2	Regolamenti	_
6.8.3	Altro documento aziendale	_
6.9 La struttura fornisce una consulenza urgente al Pronto Soccorso di un ospedale? (1 = No; 2 = Si)		_
Se sì all'item 6.9, secondo quali modalità?		
6.10.1	guardia attiva	12/24 _
6.10.2	guardia attiva	24/24 _
6.11.1	reperibilità	12/24 _
6.11.2	Reperibilità	24/24 _
6.12 La struttura fornisce una consulenza urgente negli altri reparti dell'Ospedale Generale ? (1 = No; 2 = Si)		_

7. ASPETTI GESTIONALI

7.1	Quale è il tipo di gestione della struttura? (1 = Gestione diretta da parte del DSM; 2 = Gestione diretta da parte del DSM con personale almeno in parte convenzionato; 3 = Gestione da parte del privato imprenditoriale non religioso; 4 = Gestione da parte del privato imprenditoriale religioso; 4 = Gestione mista)	_
7.2	La struttura è considerata come centro di costo dell'Azienda a cui appartiene ? (1 = No, 2 = Si)	_
<i>Le domande successive 7.3 - 7.10 vanno poste solo in caso di risposta affermativa alla domanda 7.2</i>		
7.3	In base ai documenti contabili dell'Azienda, quale è stato il costo annuale della struttura nel 2001? (in Euro) (Nel caso sia impossibile rispondere a questa domanda, segnare 00)	_ _ _ _ _ _ _
7.4	Il costo annuale della struttura rilevato dai documenti contabili include anche una quota dei costi generali dell'Azienda ? (1 = No, 2 = Si)	_
7.5	In base ai documenti contabili dell'Azienda, quali sono stati i costi annui relativi al solo personale operante nella struttura nel 2001 (Euro)? (Nel caso sia impossibile rispondere a questa domanda, segnare 00)	_ _ _ _ _ _ _ _
7.6	In base ai documenti contabili dell'Azienda, quali sono stati i costi annui relativi al consumo di farmaci da parte della struttura nel 2001(Euro)? (Nel caso sia impossibile rispondere a questa domanda, segnare 00)	_ _ _ _ _ _ _ _
7.7	Se la struttura afferisce ad un D.S.M., in base ai documenti contabili dell'Azienda quale è stato il costo totale dello stesso nel 2001? (Nel caso sia impossibile rispondere a questa domanda, segnare 00)	_ _ _ _ _ _ _ _
7.8	Se la struttura afferisce ad un A.S.L., in base ai documenti contabili dell'Azienda quale è stato il costo totale della stessa nel 2001? (Nel caso sia impossibile rispondere a questa domanda, segnare 00)	_ _ _ _ _ _ _ _

Le domande successive vanno poste solo in caso di risposta negativa alla domanda 7.2

7.9 Attraverso gli uffici amministrativi dell'Azienda a cui fa capo la struttura, è possibile stimare il costo lordo + oneri accessori del personale operante nella struttura nel 2001? (1 = No, 2 = Sì)

|_|

7.10 Se la risposta è Sì, indicare la cifra in Euro)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

8. ALCUNI DATI SUL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Questa sezione va compilata solo dalle strutture che fanno parte di un DSM. Nel caso di strutture "multizonali" che facciano riferimento a più di un Dipartimento, questa scheda deve essere compilata separatamente per ciascun DSM di riferimento

8.1 Nel territorio di competenza l'Azienda Sanitaria ha istituito il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di cui la struttura fa parte?³ (1 =No; 2 = Si) |_ |

8.2 denominazione del Dipartimento di Salute Mentale ed ASL di riferimento

8.2.1 Codice ASL o Azienda Ospedaliera

—

8.3 In che anno è stato istituito il DSM ? |_|_|_|_|_|

Quante delle seguenti strutture possiede il Dipartimento di Salute Mentale? (Al momento della rilevazione, indicare per ciascuna tipologia di strutture quante ne esistono; scrivere 00 nel caso in cui non esista alcuna struttura di quel tipo)

8.4.1.	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	_ _
8.4.2	Centro di Salute Mentale sulle 24 ore	_ _
8.4.3.	Centro di Salute Mentale con apertura sulle 12 ore	_ _
8.4.4.	Centro di Salute Mentale con apertura inferiore alle 12 ore	_ _
8.4.5.	Centro Crisi	_ _
8.4.6	Day Hospital	_ _
8.4.7.	Ambulatori territoriali o distrettuali	_ _
8.4.8.	Strutture residenziali	_ _
8.4.9	Centri diurni	_ _

8.5 Il D.S.M. assicura una pronta disponibilità notturna in caso di chiamata da parte di un'altra struttura sanitaria (p. es. una SR)? (1 =No; 2 = Si) |_ |

8.6 Il D.S.M. assicura una pronta disponibilità notturna a domicilio del paziente o in luoghi pubblici (p. es. strade, locali, uffici)? (1 = No 2 = Si, anche su chiamata del paziente; 3 = Si, solo su chiamata del 118/Guardia Medica) |_ |

Il DSM attiva per l'utenza in crisi i seguenti interventi alternativi al ricovero

8.7.1 Day-hospital per acuti (1 =No; 2 = Si) |_ |

³ Se non definito specificamente come DSM, ci si riferisce qui ad un insieme equivalente che corrisponde alla definizione contenuta nel POTSM nel quale si intende come DSM la struttura che "comprende tutte le componenti organizzative (servizi territoriali, servizi ospedalieri, strutture semiresidenziali, strutture residenziali) e gestisce autonomamente le risorse e le attività per la tutela della salute mentale, esistenti nel territorio dell'Azienda stessa. Al fine di assicurare l'unitarietà della programmazione delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché l'unitarietà del controllo della gestione economica, il DSM ha un organico pluriprofessionale unico e una direzione unica".

8.7.2 Appoggio diurno sul SPT (1 = No; 2 = Si) |__|

8.7.3 Gestione domiciliare della crisi (1 = No; 2 = Si) |__|

8.7.4 Altro, specificare _____ |__|__|

8.8 Esistono nel DSM strutture residenziali con posti-letto disponibili in grado di accogliere pazienti in condizioni di acuzie per periodi limitati di tempo ed utilizzate formalmente e regolarmente dall'SPT? (1 = No; 2 = Si) |__|

Se si all'item precedente, specificare:

8.9.1. Quante sono? |__|__|

8.9.2. In totale quanti sono i posti-letto per acuti nelle strutture residenziali? |__|__|

VERIFICHE E APPROFONDIMENTI DA EFFETTUARE NELLA SECONDA FASE

.....

.....

.....

.....

.....

9. DATI SUL COMPILATORE

Nominativo e recapito completo dell'assistente di ricerca che ha compilato questa scheda
(se diverso dal ROR)

9.1 Nome _____

9.2 Indirizzo _____

9.3 No. di telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

9.4 No. di cellulare |__|__|__|/|__|__|__|__|__|__|__|

9.5 E-mail _____

ALLEGATO 2

Scheda Paziente

Progetto di Ricerca Finalizzata Strategica 2001

Una valutazione nazionale delle strutture per il ricovero di pazienti psichiatrici acuti: il progetto Progres Acuti

SCHEDA PAZIENTE

NOTA INTRODUTTIVA

La scheda paziente deve essere compilata per le persone ricoverate /accolte nella struttura appartenente al campione selezionato.

La scheda va compilata, con l'aiuto di un assistente di ricerca messo a disposizione dal progetto, dall'operatore che conosce meglio le informazioni richieste sulla persona in questione (da ora in poi detta P) e che eventualmente integrerà le sue conoscenze con informazioni derivate da domande fatte ai colleghi, alla stessa persona, ai familiari o da informazioni ricavate dalla cartella clinica.

Le sezioni della scheda paziente sono:

1. Sezione generale.

- A. Struttura
- B. Modalità di rilevazione
- C. Dati socio anagrafici

2. Sezione pazienti ammessi nel periodo indice

- D. Prima del ricovero o dell'accoglimento
- E. Informazioni sui pazienti al primo ricovero per ragioni psichiatriche -
- F. Informazioni sui pazienti già ricoverati per ragioni psichiatriche
- G. Informazioni sui dodici mesi precedenti il ricovero per i pazienti già ricoverati per ragioni psichiatriche
- H. Altre informazioni
- I. Procedure dell'accoglimento del ricovero attuale
- J. Diagnosi
- L. Intervento di agenzie
- M. Intervento della famiglia
- N. Area degli eventi significativi
- O. Area della patologia e del trattamento
- P. Appropriatezza del ricovero o dell'accoglimento

3. Sezione pazienti in dimissione nel periodo indice

- Q. Procedure dell'accoglimento del ricovero attuale
- R. Diagnosi
- S. Insight e violenze
- T. Terapia in corso nel giorno della rilevazione
- U. Altri trattamenti e interventi ricevuti da P durante il ricovero
- V. Strumenti di valutazione usati durante il ricovero o l'accoglimento
- W. Altre caratteristiche del ricovero
- X. Integrazione con i servizi territoriali di salute mentale
- Y. Integrazione con i Ser.T.
- Z. Dimissioni

4. Sezione pazienti lungodegenti

Inoltre la rilevazione comporterà un'intervista diretta con P da parte dell'assistente di ricerca per la somministrazione di strumenti integrativi d'indagine e di un questionario sulla soddisfazione rispetto al ricovero.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Dopo ogni domanda riportare accanto il codice che meglio corrisponde alla opzione scelta tra quelle indicate. In caso di mancanza delle informazioni i codici per "Non noto" sono: 9 (codici a 1 cifra) o 99 (codici a 2 cifre); questi codici sono da usare nella minore quantità possibile.

Per favore, non lasciare mai nessuna risposta vuota (è però ammessa la mancanza di risposta per le domande condizionate – vedi oltre - non pertinenti al caso), e limitare al minimo il numero di risposte "Non noto".

NB. La persona (il paziente) descritta viene indicata con **P**.

Per semplificazione di scrittura, per **ricovero** nel corpo (non nei titoli) di questa scheda si intende anche l'**accoglienza** in Centro Crisi o in Centro di Salute Mentale 24 ore.

Per **Centro di Salute Mentale** si intendono le componenti territoriali e residenziali del Dipartimento di Salute Mentale competente per territorio, qualunque sia la loro denominazione ufficiale.

Grafica

Le domande o le definizioni degli *item* sono in grassetto, le codifiche in tondo piccolo, le istruzioni in corsivo.

Le domande **condizionate**, a cui rispondere solo se la risposta a una domanda precedente è di un certo tipo, sono rientrate a sinistra. Per motivi tecnici le domande vincolate nel data entry on line non sono accompagnate dalle istruzioni presenti nel supporto cartaceo.

C. DATI SOCIO DEMOGRAFICI**2.1. Provincia di residenza di P (sigla)**

|_|_|

2.2. Il ricovero è avvenuto nel D.S.M. di residenza o di domicilio di P? (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto)

|_|_|

2.3. Codice di P (comprende l'iniziale del nome, del cognome [la prima lettera del primo nome e del primo cognome, nel caso di nomi o cognomi doppi], la lettera 'M' o 'F' indicativa del sesso e le ultime due cifre dell'anno di nascita. Esempio: Fabio Rossi, nato nel 1950: FRM50)

|_|_|_|_|_|_|_|

2.4. Data di nascita

|_|_|_|_|_|_|_|

2.5. Et  di P (in anni)

|_|_|_|

2.6. Sesso di P (1 = Maschio, 2 = Femmina)

|_|

2.7. Nazionalit  di P (1 = Italiano; 2 = Comunitario; 3 = Extracomunitario con permesso di soggiorno o con visto turistico; 4 = Extracomunitario senza permesso di soggiorno; 99= Non noto)

|_|_|_|

2.8. Stato civile anagrafico (1 = Celibe/nubile; 2 = Coniugato/a; 3 = Separato/a; 4= Divorziato/a; 5 = Vedovo/a; 99 = Non noto)

|_|_|_|

2.9. Convivenza abituale di P immediatamente prima del ricovero (1 = Solo/a; 2 = Con la famiglia originaria [padre, madre, fratelli]; 3 = Con coniuge o partner senza figli; 4 = Con coniuge o partner e figli; 5 = Con famiglia in parte originaria, in parte acquisita; 6 = Con altri parenti e/o amici; 7 = In istituto per anziani, casa di riposo; 8 = In appartamento assistito, convivenza psichiatrica; 9 = In struttura residenziale psichiatrica; 10 = Senza fissa dimora; 11 = Altro; 99 = Non noto)

|_|_|_|

2.9.1. Se la risposta a 2.9.   9 **Che copertura oraria ha la struttura?** 1 = Alta intensit  assistenziale (24 ore); 2 = Media intensit  assistenziale (12 ore); 3 = Basso intensit  assistenziale

|_|_|

2.9.2. Se la risposta a 2.9.   9 **Che tipo di gestione ha la struttura?** (1 = Pubblica; 2 = Cooperativa sociale, Onlus; 3 = Privato non sociale; 4 = Gestione mista; *specificare* _____ 99 = Non noto).

|_|_|_|

2.10. Scolarit  di P (1 = Senza licenza elementare; 2 = Licenza elementare; 3 = Licenza media inferiore; 4 = Diploma professionale; 5 = Licenza media superiore; 6 = Laurea breve (es: infermiere professionale, assistente sociale, tecnico logopedista, ecc.); 7 = Laurea lunga; 99 = Non noto)

|_|_|_|

2.11. Condizione lavorativa prima del ricovero (1= Studente; 2 = In cerca di prima occupazione; 3 = Corso di formazione lavorativa, borsa di lavoro; 4 = Lavoro precario (co.co.co., lavoro interinale, lavoro saltuario); 5 = Lavoro a tempo parziale; 6 = Lavoro a tempo pieno; 7 = Disoccupato; 8 = Casalinga; 9 = Pensione per invalidit  civile; 10 = Pensione sociale; 11 = Altro pensionato; 99 = Non noto)

|_|_|_|

|_|_|_|

Se P lavora:

2.12. Lavora in cooperativa sociale di tipo B? (1= No; 2 = S ; 99= Non noto)

|_|_|_|

Se P lavora:

2.13. Professione (1 = Imprenditore; 2 = Professioni che normalmente esigono la laurea, carriera direttiva; insegnante universitario o di scuole medie; 3 = Professioni che normalmente esigono la laurea breve o simili; 4 = Impiegato esecutivo; 5 = Commerciante, negoziante; 6 = Artigiano; 7 = Operaio qualificato, autista; 8 = Coltivatore diretto; 9 = lavoratore non qualificato del terziario (commesso di esercizio commerciale, cameriere di bar, ristorante); 9 = Salariato agricolo, bracciante, operaio non qualificato; 10 = Altro; 99= Non noto)

|_|_|_|

2.14. Data di ammissione

|_|_|_|_|_|_|_|

2.15. Da quanti giorni è ricoverato qui?

|_|_|_|

2.16. E' la prima volta che P è stato ricoverato in questa struttura? (1 = No; 2 = Si; 99 = Non noto)

|_|_|

2.17. Negli ultimi 60 giorni il paziente è sempre stato (tranne che per un intervallo non superiore a sette giorni) **in una struttura psichiatrica di ricovero per acuti pubblica o privata?** (1 = No; 2 = Si; 3 = Non noto)

|_|_|

2. SEZIONE PAZIENTI "INCIDENTI"

Questa sezione si compila per le persone che iniziano il ricovero nel periodo indice. La sezione E. si compila per i pazienti al primo ricovero per ragioni psichiatriche, mentre le sezioni F., G. e H. si compilano per i pazienti che sono già stati ricoverati per ragioni psichiatriche.

D. PRIMA DEL RICOVERO O DELL'ACCOGLIMENTO

3.1. P è al suo primo ricovero psichiatrico? (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)

E. INFORMAZIONI SUI PAZIENTI AL PRIMO RICOVERO PER RAGIONI PSICHIATRICHE

3.2. A che età ha cominciato a dare i primi chiari segni di un disturbo psichiatrico? *Per chiari segni del disturbo, fare riferimento principalmente a compromissioni della cura di sé o del funzionamento scolastico o lavorativo evidenti anche a chi non lo conosceva bene* (99 = Non noto) Età in anni

3.3. Nel mese precedente il ricovero, era in cura per problemi psicologici o psichiatrici o di dipendenza? *Escludere l'eventuale contatto isolato che ha portato al ricovero* (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)

D. Se sì all'item 3.4

3.4. A chi si è rivolto prevalentemente? (= Non era in cura; 1 = Centro di Salute Mentale; 2 = Clinica universitaria psichiatrica; 3 = Casa di cura convenzionata; 4 = Casa di cura non convenzionata; 5 = Servizio per tossicodipendenza pubblico; 6 = Altro specialista pubblico; 7 = Medico generale, di famiglia; 8 = Psichiatra o psicologo di struttura convenzionata; 9 = Psichiatra privato; 10 = Psicologo privato; 11 = Neurologo privato; 12 = Guaritore; 13 = Altro; 99 = Non noto)

F. INFORMAZIONI SUI PAZIENTI GIÀ RICOVERATI PER RAGIONI PSICHIATRICHE

3.5. A quale età (anche approssimativa) ha avuto il primo ricovero per ragioni psichiatriche? Età in anni

3.6. Quanti ricoveri per ragioni psichiatriche ha fatto all'incirca nel corso della sua vita prima di questo? (1 = Solo uno; 2 = Da due a cinque; 3 = Da sei a dieci; 4 = Più di dieci; 99 = Non noto)

3.7. Nel mese precedente questo ricovero, era in cura per problemi psicologici o psichiatrici o di dipendenza? *Escludere l'eventuale contatto isolato che ha portato al ricovero* (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)

Se 2= sì all'item 3.7

3.7.1 A chi si è rivolto prevalentemente? (1 = Centro di Salute Mentale; 2 = Clinica universitaria psichiatrica; 3 = Casa di cura convenzionata; 4 = Casa di cura non convenzionata; 5 = Servizio per tossicodipendenza pubblico; 6 = Altro specialista pubblico; 7 = Medico generale, di famiglia; 8 = Psichiatra o psicologo di struttura convenzionata; 9 = Psichiatra privato; 10 = Psicologo privato; 11 = Neurologo privato; 12 = Guaritore; 13 = Altro; 99 = Non noto)

3.8. P proviene direttamente da un'altra struttura sanitaria o sociosanitaria? (1 = No; 2 = Sì, da (altro) SPDC; 3 = Sì, da (altra) clinica universitaria psichiatrica; 4 = Sì, da (altra) casa di cura psichiatrica; 5 = Sì, da reparto neurologico; 6 = Sì, da C.S.M. o Centro Crisi 24 ore; 7 = Da altro reparto ospedaliero medico, né psichiatrico né neurologico; 8 = Da altro reparto ospedaliero chirurgico; 9 = Da struttura residenziale psichiatrica; 10 = Da RSA o istituto per anziani o disabili; 11 = Altro; 99 = Non noto)

G. INFORMAZIONI SUI DODICI MESI PRECEDENTI IL RICOVERO PER I PAZIENTI GIÀ RICOVERATI PER RAGIONI PSICHIATRICHE

3.9. Quanti ricoveri P ha avuto nei 12 mesi precedenti l'inizio di questo? (00 = Nessuno; 1 = Solo uno; 2 = Da due a cinque; 3 = Da sei a dieci; 4 = Più di dieci; 99 = Non noto)

Se è stato ricoverato nei 12 mesi precedenti:

3.10. Dove hanno avuto luogo i ricoveri di P nei 12 mesi precedenti l'episodio di ricovero attuale? (1 = In strutture psichiatriche solo pubbliche; 2 = In strutture psichiatriche solo private; 3 = In strutture psichiatriche pubbliche e private; 4 = In strutture non psichiatriche; 99 = Non noto)

3.11. Ha avuto ricoveri in TSO P nei 12 mesi precedenti l'inizio di questo?
(1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)

Se ha avuto ricoveri in TSO nei 12 mesi precedenti:

3.12. Quanti ricoveri in TSO P ha avuto nei 12 mesi precedenti l'inizio di questo? (00 = Nessuno; 1 = Solo uno; 2 = Da due a cinque; 99 = Non noto)

H. ALTRE INFORMAZIONI

3.13. E' mai stato ricoverato in un ex-ospedale psichiatrico? (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)

3.14. E' mai stato ricoverato in ospedale psichiatrico giudiziario? (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)

I. PROCEDURE DELL'ACCOGLIMENTO DEL RICOVERO ATTUALE

I seguenti items, 4.1. 4.1.1. sono compilabili solo per quelle strutture che fanno parte di un servizio presso il quale si effettuano gli Accertamenti Sanitari Obbligatori (ASO).

4.1 E' stato ricoverato dopo un' ASO? (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)

Se è stato ricoverato nella struttura di ricovero attuale dopo un' ASO

4.1.1. Chi ha proposto l'ASO? (1 = Medico di medicina generale; 2 = Psichiatra del Centro di Salute Mentale; 3 = Psichiatra del S.P.D.C. ; 4 = Altro psichiatra; 5 = Medico di pronto soccorso; 6 = Altro specialista; 7 = Altro; 99 = Non noto)

I seguenti items, 4.2 – 4.2.5. sono compilabili solo per quelle strutture presso le quali è possibile effettuare i Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO)

4.2. E' stato ricoverato come TSO? (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto; se 1, saltare a 4.3)

Se è stato ricoverato come TSO:

4.2.1. Chi ha proposto il TSO? (1 = Medico di medicina generale; 2 = Psichiatra del Centro di Salute Mentale; 3 = Psichiatra del S.P.D.C. ; 4 = Altro psichiatra; 5 = Medico di pronto soccorso; 6 = Altro specialista; 7 = Altro; 99 = Non noto; *Sono possibili due risposte*)

4.2.2. Il TSO è stato convalidato da un medico del Centro di salute mentale competente per territorio? (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)

4.2.3. Il ricovero in TSO è stato convertito in volontario? (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)

Se il ricovero TSO è stato convertito in volontario:

4.2.4. Dopo quanti giorni? (99 = Non noto)

4.2.5. Il TSO è stato prorogato? (1 = No; 2 = Sì, una volta; 3 = Sì, più di una volta; 99 = Non noto)

J. DIAGNOSI

5.1. E' presente una patologia organica che potrebbe almeno in parte spiegare i disturbi psichici? (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)

Se si alla domanda precedente: **Qual è la principale patologia?**

Non compilare

|_|_|_|_|

5.2. Diagnosi principale sintetica (riportare accanto il codice corrispondente ai seguenti raggruppamenti ICD-10: 1 = F00-F09 Sindromi e disturbi psichici di natura organica; 2 = F10-F19 Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol e sostanze psicoattive; 3 = F20-F29 Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti; 4 = F30-F32 Psicosi maniacale e bipolare 5 = Sindromi depressive; 6 = F40-F48 Sindromi ansiose, fobiche, legate a stress e somatoformi; 7 = F50-F59 Sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici; 8 = F60-F69 Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto; 9 = F70-F79 Ritardo mentale; 10 = F80-F89 Deficit afasici, della lettura e del calcolo, autismo infantile; 11 = F90-F98 Disturbi dell'attenzione con iperattività, disturbi della condotta e disturbi della sfera emotiva nell'infanzia, tic, enuresi, balbuzie; 12 = F99 Disturbi mentali non specificati altrove; 13 = Non competenza psichiatrica)

|_|_|

5.3 Codice analitico

F|_|_| . |_|_|

L. INTERVENTO DI AGENZIE

Nel ricovero sono state coinvolte:

6.1. Pubblica sicurezza (Polizia, carabinieri, vigili urbani, ecc.) (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |_|_|

6.2. L'autorità giudiziaria. (Escludendo la convalida del TSO). (1= No; 2 = Sì, 99 = Non noto) |_|_|

Se sì, specificare:

6.2.1. Arresto domiciliare in luogo di cura (1= No; 2 = Sì;) |_|

6.2.2. Trasferimento dal carcere con piantonamento (1= No; 2 = Sì;) |_|

6.2.3. Trasferimento dal carcere senza piantonamento (1= No; 2 = Sì;) |_|

6.3. Il 118 o comunque un'autoambulanza in urgenza (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |_|_|

6.4. Il pronto soccorso (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |_|_|

Se 2 alla domanda precedente

6.5.1 In che giorno della settimana? (1 = lunedì, 2 = martedì; 3 = mercoledì; 4 = giovedì; 5 = venerdì; 6 = sabato; 7 = domenica; 99 = Non noto) |_|_|

6.5.2 A che ora all'incirca? (su 24 ore: 11 di sera = 23, ecc.; 99 = Non noto) |_|_|

6.6. Il Centro di Salute Mentale competente per territorio è al corrente del ricovero? (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |_|_|

Se 2 alla domanda precedente:

6.6.1. Il ricovero è stato concordato con il Centro di salute mentale? (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto)

M. INTERVENTO DELLA FAMIGLIA

6.7 Il ricovero è stato chiesto o sollecitato dai familiari? (1= No; 2 = Sì; 88 = Non pertinente, non frequenta familiari; 99 = Non noto) |_|_|

6.8 Il paziente è stato accompagnato al ricovero da un familiare? (1= No; 2 = Sì; 88 = Non pertinente, non frequenta familiari; 99 = Non noto) |_|_|

N. AREA DEGLI EVENTI SIGNIFICATIVI

Nella settimana prima del ricovero era presente una di queste condizioni o eventi che può aver contribuito a determinarlo? (rispondere a tutti gli item):

6.9. Grave inadeguatezza nella cura di sé (alimentazione, pulizia, abbigliamento, ecc.) (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |_|_|

6.10. Compromissione del funzionamento lavorativo e sociale (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |_|_|

6.11. Grave desocializzazione (isolamento, chiusura in casa, ritiro) (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |_|_|

6.12. Conflitti e/o rottura con i familiari o con il partner (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |_|_|

- 6.13. Conflitti e/o rottura con il contesto sociale** (*Litigi con vicini, urla o clamore, ecc.*) (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|
- 6.14. Atti violenti subiti da P** (1 = No; 2 = Sì; solo aggressioni verbali e minacce; 3 = Sì, è stato spintonato, colpito ma senza che dovesse ricorrere al Pronto Soccorso; 4 = Sì, ha subito lesioni tali da richiedere il ricorso al Pronto Soccorso; 99 = Non noto) |__|__|
- 6.15. Danneggiamenti di cose (compresi reati) da parte di P** (1 = No; 2 = Sì, ma con danni economici limitati; 3 = Sì, con danni economici rilevanti, indicativamente superiori ai 1000 €; 99 = Non noto) |__|__|
- 6.16. Atti violenti di P nei confronti di persone (compresi reati)** (1 = No; 2 = Sì, solo aggressioni verbali e minacce; 3 = Ha spintonato, colpito qualcuno ma senza che questi dovesse ricorrere al Pronto Soccorso; 4 = Ha causato lesioni tali da richiedere il ricorso al Pronto Soccorso; 99 = Non noto) |__|__|
- 6.17. Altri reati commessi da P** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|
- 6.18. Esposizione ad evento traumatico psicologico o fisico** (*Lutto, licenziamento, perdite finanziarie, incidenti o disastri, ecc.*) (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non Noto) |__|__|
- 6.19. Tentativo di suicidio o atto di autolesionismo** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non Noto) |__|__|

O. AREA DELLA PSICOPATOLOGIA E DEL TRATTAMENTO

Nella settimana prima del ricovero era presente una di queste condizioni che può avere contribuito a determinarlo? (*rispondere a tutti gli item*):

- 6.20. Gravi problemi dell'alimentazione** (*Anoressia, bulimia,*) (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|
- 6.21. Forte stato di depressione o di apatia** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|
- 6.22. Stato di disorientamento o di confusione** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|
- 6.23. Stato di agitazione psicomotoria** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto;) |__|__|
- 6.24. Ansia, angoscia, fobie** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto;) |__|__|
- 6.25. Deliri, allucinazioni** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto;) |__|__|
- 6.26. Abuso di farmaci non prescritti** (*es. ormoni steroidei, antidepressivi*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non noto) |__|__|
- 6.27. Abuso di alcool** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto;) |__|__|
- 6.28. Abuso di sostanze** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|
- Nel caso di risposta 2=Sì all'item precedente, specificare la sostanza che maggiormente ha caratterizzato l'abuso*
- 6.28.1. Oppiacei** (1 = No; 2=Sì; 99 = Non Noto) |__|__|
- 6.28.2. Cannabinoidi** (1 = No; 2=Sì; 99 = Non Noto) |__|__|
- 6.28.3. Cocaina** (1 = No; 2=Sì; 99 = Non Noto) |__|__|
- 6.28.4. Ecstasy e simili** (1 = No; 2=Sì; 99 = Non Noto) |__|__|
- 6.28.5. Amfetamine** (1 = No; 2=Sì; 99 = Non Noto) |__|__|
- 6.28.6. Altre sostanze psicotrope** (1 = No; 2=Sì; 99 = Non Noto) |__|__|
- 6.29. Bisogno di ricovero per valutazione internistica approfondita** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non Noto) |__|__|
- 6.30. Bisogno di ricovero per revisione approfondita della terapia psicofarmacologica** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non Noto) |__|__|
- 6.31. Effetti collaterali degli psicofarmaci prescritti antecedentemente al ricovero.** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto); |__|__|
- Se 2, specificare*
- 6.31.1. Effetti collaterali extrapiramidali** (*Parkinsonismo, distonia acuta, discinesia e/o distonia cronica, acatisia*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non noto) |__|__|
- 6.31.2. Effetti collaterali cardiovascolari** (*Aritmie cardiache, lipotimie, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non noto) |__|__|
- 6.31.3. Effetti collaterali a carico dell'apparato emopoietico o di altri organi** (*Leucopenia, anemia, pancreatite, epatite, precipitazione di glaucoma o di ritenzione urinaria, problemi dermatologici, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non noto) |__|__|
- 6.31.4. Effetti collaterali di tipo metabolico** (*Iponatremia, iperglicemia, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non noto) |__|__|

6.31.5. Effetti collaterali di tipo endocrino (*Iperprolattinemia, ipotiroidismo, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non noto) |_|_|

6.31.6. Effetti collaterali di tipo neurologico (*Convulsioni, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non noto) |_|_|

6.31.7. Sindrome neurolettica maligna (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non noto) |_|_|

6.31.8. Sindrome serotoninergica (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |_|_|

6.31.9. Stato confusionale (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non noto) |_|_|

P. APPROPRIATEZZA DEL RICOVERO O DELL'ACCOGLIMENTO

6.32. Domanda da fare al medico che ha ufficialmente in carico il paziente, anche se in un momento successivo: Secondo lei questo ricovero in questa struttura è appropriato date le condizioni di P al momento del ricovero? (punteggio da 1 a 5, 1 = Totalmente inappropriato; 2 = Inappropriato; 3 = Incerto; 4 = Abbastanza appropriato; 5 = Totalmente appropriato; 99 = Non noto) |_|_|

Se la risposta alla domanda precedente va da 1 - 3

6.32.1. Quale altro luogo sarebbe stato più appropriato per P? (1 = SPDC; 2 = Casa di cura psichiatrica privata o convenzionata; 3 = Reparto ospedaliero medico-chirurgico; 4 = Ospedale Psichiatrico Giudiziario; 5 = Centro Crisi o Centro di Salute mentale 24 ore; 6 = Day hospital; 7 = Centro Diurno; 8 = SR a alta intensità assistenziale - 24 ore; 9 = SR a media intensità assistenziale - 12 ore; 10 = SR a bassa intensità assistenziale - copertura a fasce orarie; 11 = Casa di riposo per anziani; 12 = Ambulatorio; 13 = Domicilio; 14 = Altro) |_|_|

3. SEZIONE PAZIENTI IN DIMISSIONE E LUNGODEGENTI

Questa sezione si compila per le persone che si prevede verranno dimesse entro il periodo indice nonché per le persone che sono accolte nella struttura da un periodo di tempo eguale o superiore ai due mesi (60 giorni).

La sezione Q non va compilata se è già stata compilata la sezione I per pazienti già valutati come incidenti.

Q. PROCEDURE DELL'ACCOGLIMENTO DEL RICOVERO ATTUALE E DIAGNOSI

I seguenti items, 7.1. – 7.1.1. sono compilabili solo per quelle strutture che fanno parte di un servizio presso il quale si effettuano gli Accertamenti Sanitari Obbligatorî (ASO).

7.1. E' stato ricoverato dopo un' ASO? (1= No; 2 = Si; 99 = Non noto) |__|_|

7.1.1. Chi ha proposto l'ASO? (1= Medico di medicina generale; 2 = Psichiatra del Centro di Salute Mentale; 3 = Psichiatra del S.P.D.C. ; 4 = Altro psichiatra; 5 = Medico di pronto soccorso; 6 = Altro specialista; 7 = Altro; 99 = Non noto) |__|_|

I seguenti items, 7.2. – 7.2.4. sono compilabili solo per quelle strutture presso le quali è possibile effettuare i Trattamenti Sanitari Obbligatorî (TSO)

7.2. E' stato ricoverato come TSO? (1= No; 2 = Si; 99 = Non noto) |__|_|

Se è stato ricoverato come TSO:

7.2.1. Chi ha proposto il TSO? (1= Medico di medicina generale; 2 = Psichiatra del Centro di Salute Mentale; 3 = Psichiatra del S.P.D.C. ; 4 = Altro psichiatra; 5 = Medico di pronto soccorso; 6 = Altro specialista; 7 = Altro; 99 = Non noto; Sono possibili due risposte) |__|_|

7.2.2. Il TSO è stato convalidato da un medico del Centro di salute mentale competente per territorio? (1= No; 2 = Si; 99 = Non noto) |__|_|

7.2.3. Il ricovero in TSO è stato convertito in volontario? (1= No; 2 = Si; 99 = Non noto) |__|_|

Se il ricovero TSO è stato convertito in volontario:

7.2.4. Dopo quanti giorni? (99 = Non noto) |__|_|

7.2.5. Il TSO è stato prorogato? (1= No; 2 = Si, una volta; 3 = Si, più di una volta; 99 = Non noto) |__|_|

R. DIAGNOSI

8.1. E' presente una patologia organica che potrebbe almeno in parte spiegare i disturbi psichici? (1= No; 2 = Si; 99 = Non noto) |__|_|

Se si alla domanda precedente: **Qual è la principale patologia?** _____

Non compilare

|_|_|_|_|

8.2. Diagnosi principale sintetica (riportare accanto il codice corrispondente ai seguenti raggruppamenti ICD-10; 1 = F00-F09 Sindromi e disturbi psichici di natura organica; 2 = F10-F19 Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol e sostanze psicoattive; 3 = F20-F29 Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti; 4 = F30-F32 Psicosi maniacale e bipolare 5 = Sindromi depressive; 6 = F40-F48 Sindromi ansiose, fobiche, legate a stress e somatoformi; 7 = F50-F59 Sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici; 8 = F60-F69 Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto; 9 = F70-F79 Ritardo mentale; 10 = F80-F89 Deficit afasici, della lettura e del calcolo, autismo infantile; 11 = F90-F98 Disturbi dell'attenzione con iperattività, disturbi della condotta e disturbi della sfera emotiva nell'infanzia, tic, enuresi, balbuzie; 12 = F99 Disturbi mentali non specificati altrove; 13 = Non competenza psichiatrica)

8.3 Codice analitico

F|_|_|_| • |_|_|_|

S. INSIGHT E VIOLENZE

8.4. Consapevolezza di P dell'esistenza di problemi psichiatrici (1 = No, totale mancanza di consapevolezza; 2 = Si rende conto che qualcosa non va in lui, ma non ritiene di aver bisogno di cure psichiatriche o psicologiche; 3 = Ritiene di avere bisogno di cure psichiatriche o psicologiche; 99 = Non noto) |__|__|

8.5. Che atteggiamento aveva P all'inizio nei confronti del ricovero? (1 = Ostile; 2 = Riluttante; 3 = Indifferente; 4 = Favorevole; 99 = Non noto) |__|__|

8.6. Che atteggiamento ha ora P nei confronti del ricovero? (1 = Ostile: rifiuta ricovero e cure; 2 = Riluttante: accetta il ricovero ma non le cure; 3 = Indifferente: accetta passivamente le cure e il ricovero; 4 = Favorevole: accetta attivamente il ricovero; 99 = Non noto) |__|__|

8.7. P ha avuto comportamenti violenti e aggressivi verso gli altri durante il ricovero? (dare solo il codice più alto. 1 = No; 2 = Solo aggressioni verbali o minacce; 3 = Ha danneggiato cose; 4 = Ha spintonato o colpito persone, ma senza la necessità di ricorrere alle cure del pronto soccorso; 5 = Ha causato lesioni tali a persone da richiedere il ricorso alle cure del pronto soccorso; 99 = Non noto) |__|__|

8.8. P ha avuto comportamenti violenti verso se stesso durante il ricovero? (dare solo il codice più alto 1 = No; 2 = Ha espresso l'intenzione di uccidersi senza pianificare come fare; 3 = Ha pianificato il suicidio senza attuarlo; 4 = Ha tentato il suicidio senza riportare lesioni; 5 = Ha tentato il suicidio riportando lesioni non gravi; 6 = Ha tentato il suicidio riportando lesioni gravi; 99 = Non noto) |__|__|

8.9. P ha subito aggressioni o violenza da parte di altri durante il ricovero? (dare solo il codice più alto. 1 = No; 2 = Solo aggressioni verbali o minacce; 3 = E' stato spintonato o colpito, ma senza subire traumi da rendere necessario il ricorso alle cure del pronto soccorso; 4 = E' stato colpito e ha avuto traumi da rendere necessario il ricorso alle cure del pronto soccorso; 99 = Non noto) |__|__|

TRATTAMENTI E INTERVENTI**T. TERAPIA IN CORSO NEL GIORNO DELLA RILEVAZIONE**

9.1. Specificare il numero di farmaci di ogni categoria prescritti al paziente (Se nessuno, scrivere "0");

9.1.1. Antipsicotici tipici (Largactil, Talofen, Serenase, Haldol, Entumin, Clopixol, Orap, Trilafon, Moditen Depot, ecc.) |__|

9.1.2. Antipsicotici atipici (Leponex, Risperdal, Zyprexa, Seroquel, ecc.) |__|

9.1.3. Antidepressivi triciclici (Anafranil, Laroxil, Tofranil, Surmontil, Noritren, Vividil0, ecc.) |__|

9.1.4. SSRI (Seroxat, Sereupin, Prozac, Fluoxeren, Elopram, Seropram, Zoloft, ecc.) |__|

9.1.5. SNRI (Efexor, ecc.) |__|

9.1.6. NASSA (Remeron, ecc.) |__|

9.1.7. NARI (Davedax, Edronax, ecc.) |__|

9.1.8. Altri antidepressivi (Samyr, Trittico, ecc.) |__|

9.1.9. Sali di Litio (Carbolithium, ecc.) |__|

9.1.10. Altri stabilizzanti del tono dell'umore (Tegretol, Depakin, ecc.) |__|
Non segnare se P li assume perché epilettico.

9.1.11. Benzodiazepine (Valium, Ansiolin, Tavor, Lexotan, En, ecc.) |__|

9.1.12. Ipnotici (Halcion, Dalmadorm, Flunox, Roipnol, Minias, Imovane, Stilnox, Sonata, ecc.) |__|

9.1.13. Antiparkinsoniani (Artane, Disipal, Akineton, ecc.) |__|

9.1.14. Antistaminici (Fargan, Farganesse, ecc.) |__|

9.1.15. Altri farmaci non psicotropi |__|

9.2. P ha avuto durante il ricovero effetti collaterali da psicofarmaci? (1 = No; 2 = Sì, lievi; 3 = Sì, marcati; 99 = Non noto) Se 2 o 3, specificare qui sotto |__|__|

9.2.1. Effetti collaterali extrapiramidali (Parkinsonismo, distonia acuta, discinesia e/o distonia cronica, acatisia) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|

- 9.2.2. Effetti collaterali cardiovascolari** (*Aritmie cardiache, lipotimie, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|
- 9.2.3. Effetti collaterali a carico dell'apparato emopoietico o di altri organi** (*Leucopenia, anemia, pancreatite, epatite, precipitazione di glaucoma o di ritenzione urinaria, problemi dermatologici, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|
- 9.2.4. Effetti collaterali di tipo metabolico** (*Iponatremia, iperglicemia, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|
- 9.2.5. Effetti collaterali di tipo endocrino** (*Iperprolattinemia, ipotiroidismo, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|
- 9.2.6. Effetti collaterali di tipo neurologico** (*Convulsioni, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|
- 9.2.7. Sindrome neurolettica maligna** (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|
- 9.2.8. Sindrome serotoninergica** (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|
- 9.2.9. Stato confusionale** (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|

U. ALTRI TRATTAMENTI E INTERVENTI RICEVUTI DA P DURANTE IL RICOVERO

- 9.3. P è stato contenuto o isolato fisicamente?** (1=No; 2=Sì) |__|__|
Se 2, specificare qui sotto
- 9.3.1 Come?** (1= Mezzi di contenzione a letto; 2 = Stanza di isolamento; 3 = Altro; 99 = Non noto) |__|__|
Specificare altro _____;
- 9.3.2. Quante volte?** (1= Solo una volta; 2 = Per più volte; 99 = Non noto) |__|__|
- 9.3.3. Per quanto tempo complessivamente ?** (1 = Per meno di 6 ore; 2= Per più ore ma al massimo per un giorno; 3 = Per più di un giorno; 99 = Non noto) |__|__|
- 9.4. P è stato sedato in modo tale che ha dormito per 24 ore continuative?** |__|__|
 (1=No; 2=Sì; 99 = Non noto)
- 9.5. P ha fatto durante il ricovero terapia elettroconvulsivante? Per quante applicazioni?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 applicazioni; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|
- 9.6. P ha fatto durante il ricovero light therapy? Per quante applicazioni?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 applicazioni; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|
- 9.7. P ha fatto durante il ricovero stimolazione magnetica transcranica? Per quante applicazioni?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 applicazioni; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|
- 9.8. P ha fatto durante il ricovero psicoterapia individuale di sostegno (sessioni di almeno trenta minuti)? Per quante sedute?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 99 = Non noto) |__|__|
- 9.9. P ha fatto durante il ricovero psicoterapia dinamica individuale (sessioni di almeno trenta minuti)? Per quante sedute?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|
- 9.10. P ha fatto durante il ricovero psicoterapia di gruppo ad approccio psicodinamico (incontri di almeno trenta minuti)? Per quanti incontri?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 99 = Non noto) |__|__|
- 9.11. P ha fatto durante il ricovero psicoterapia individuale ad approccio cognitivo-comportamentale (sessioni di almeno trenta minuti)? Per quante sedute?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|
- 9.12. P ha fatto durante il ricovero psicoterapia di gruppo ad approccio cognitivo-comportamentale? Per quanti incontri?** (*incontri di almeno trenta minuti*) (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|

9.13. P ha fatto durante il ricovero altre psicoterapie individuali (sessioni di

almeno trenta minuti)? **Per quante sedute?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5, 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) *Specificare quale* |__|__|

9.14. P ha fatto durante il ricovero altre psicoterapie di gruppo (incontri di almeno trenta minuti)? **Per quanti incontri?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|

9.15. Interventi riabilitativi/addestramento di abilità sociali, individuali (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|

9.16. Interventi riabilitativi/addestramento di abilità sociali, di gruppo (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|

9.17. Gruppi psicoeducativi strutturati di pazienti (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|

9.18. Gruppi di discussione o gruppo giornali (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|

9.19. Gruppi di mutuoaiuto (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|

9.20. Gruppi di attività espressive (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|

9.21. Ginnastica, attività sportive (1= No; 2 = Sì, 1-2 sedute; 3 = 3-5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|

9.22. Attività ricreative strutturate (carte, scacchi) (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|

9.23. Interventi coi familiari (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 incontri; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|

9.24. Interventi con vicini, amici, ambiente di lavoro (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 incontri; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|

9.25. Colloqui con volontari (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 incontri; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5; 5 = Numero non noto; 99 = Non noto) |__|__|

9.26. Promozione di sostegno economico (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|

9.27. Altro intervento 1 (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 volte; 3 = Da 3 a 5; 4 = Più di 5, 5 = Numero non noto; *Specificare qui*)

|__|__| *non compilare* |__|

9.28. Altro intervento 2 (1= No; 2 = Sì, 1-2 volte; 3 = 3-5; 4 = Più di 5, 5 = Numero non noto; *Specificare qui*)

|__|__| |__|

9.29. Il trattamento di P è stato orientato da una linea guida scritta o da un percorso (profilo) di cura scritto? (1= No del tutto; 2 = Sì, in piccola parte; 3 = Sì, in gran parte; 4 = Del tutto; 99 = Non noto) |__|__|

9.30. Per P è stato formulato un piano di trattamento scritto individualizzato che riporta in modo sintetico gli interventi da fare da parte degli operatori delle varie qualifiche? (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|

V. STRUMENTI DI VALUTAZIONE USATI DURANTE IL RICOVERO O L'ACCOGLIMENTO

10.1. Sono state usate con P scale di valutazione standardizzate? Quante volte? (ad es. SAPS, SANS, BPRS, PANSS, HoNOS, SVARAD, etc.)? (1 = No; 2 = Sì, 1 volta; 3 = La stessa scala più di una volta; 99 = Non noto) |__|__|

10.2. Sono state usate con P interviste diagnostiche standardizzate (ad es. SCID I o II, SCAN, etc.)? (1 = No; 2 = Sì, una volta; 3 = Lo stesso strumento più di una volta; 99 = Non noto) |__|__|

10.3. Sono stati usati con P strumenti psicodiagnostici (ad es. MMPI, Wisconsin Card Sorting Test, WAIS, etc.)? (1 = No; 2 = Sì, 1 volta; 3 = lo stesso strumento più di una volta; 99 = Non noto) |__|__|

W. ALTRE CARATTERISTICHE DEL RICOVERO

11.1. P è autorizzato a tenere con sé oggetti come forbici, fiammiferi, accendini? (1 = No; 2 = Sì, durante il giorno; 3 = Sì, sempre; 99 = Non noto) |__|

11.2. Quanti letti ha la camera in cui dorme P? (1 = a 1 letto; 2 = a 2 letti; 3 = a 3 letti; 4 = a 4 o più letti) |__|

11.3. E' stato possibile o sarebbe stato possibile per P scegliere il sesso dell'operatore che lo aiuti nella cura di sé? (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto;) |__|__|

11.4. Può usare il telefono della struttura o il cellulare personale? (1 = Mai; 2 = Solo su richiesta ; 3 = Quando vuole;) |__|

11.5. Quante volte P ha ricevuto la visita di familiari o di amici e conoscenti? (1 = Mai finora; 2 = 1 volta; 3 = 2-3 volte; 4 = Più di 3 volte; 5 = 4 o più volte; 6 = Numero non noto; 99 = Non noto;) |__|__|

11.6. Quante volte P nell'ultima settimana è uscito per almeno dieci minuti in uno spazio aperto (giardino, terrazza)? (1 = Mai; 2 = 1 volta; 3 = 2 - 3 volte; 4 = Più di 3 volte; 99 = Non noto;) |__|__|

11.7. P nell'ultima settimana è uscito dalla struttura per andare in luoghi pubblici (giornalaio, bar, giardini esterni) ? (dare solo il codice più elevato: 1 = No; 2 = Solo accompagnato da operatori; 3 = Accompagnato da familiari o volontari; 4 = Anche da solo; 99 = Non noto;) |__|__|

X. INTEGRAZIONE CON I SERVIZI TERRITORIALI DI SALUTE MENTALE

12.1. Durante il ricovero P è stato visitato da uno o più operatori del Centro di Salute Mentale competente per territorio? (1 = No; 2 = Sì, essendo già in carico; 3 = Sì, pur non essendo in carico; 99 = Non noto) |__|__|

12.2. Durante il ricovero, hanno avuto luogo contatti tra gli operatori della struttura e del centro di salute mentale competente per territorio? Solo telefono o di persona? (1=No; 2=Sì, solo telefonici; 3 = Anche di persona; 99 = Non noto) |__|__|

12.3. Le dimissioni sono state/saranno concordate con il Centro di Salute Mentale competente per territorio? (1 = No; 2 = Forse; 3 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|

12.4. Le dimissioni sono state/saranno concordate con i familiari? (1 = No; 2 = Sì; 3 = I familiari si oppongono alla dimissione; 88 = Non pertinente, P non frequenta i familiari; 99 = Non noto) |__|__|

Y. INTEGRAZIONE CON I SER.T.

Solo se codice 2 all'item 5.2. relativo ai raggruppamenti diagnostici

13.1. Durante il ricovero P è stato visitato da uno o più operatori del Ser.T. competente per territorio? Era in carico? (1 = No; 2 = Sì, essendo già in carico; 3 = Sì, pur non essendo in carico; 99 = Non noto) |__|__|

13.2. Durante il ricovero, hanno avuto luogo contatti tra gli operatori della struttura e del Ser.T. competente per territorio? Solo telefonici o di persona? (1=No; 2=Sì, solo telefonici; 3 = Anche di persona; 99 = Non noto) |__|__|

13.3. Le dimissioni sono state/saranno concordate con il Ser.T. competente per territorio? (1 = No; 2 = Forse; 3 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|

13.4 Il Ser.T. continua il trattamento del paziente dopo la dimissione? (1 = No; 2 = Forse; 3 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|

Z. DIMISSIONI

Domanda da fare al medico che ha ufficialmente in carico il paziente, anche se in un momento successivo:

14.1. Quando si prevede di dimetterlo? (1 = Oggi; 2 = Entro 1-2 giorni; 3 = Entro 3-5 giorni; 4 = Entro 10 giorni; 5 = Entro un mese; 6 = Più tardi; 99 = Non noto) |__|__|

14.2. Domanda da fare al medico che ha ufficialmente in carico il paziente, anche se in un momento successivo: Dove sarebbe ottimale dimetterlo? (1 = SPDC, 2 = Clinica Universitaria; 3 = Centro crisi DSM o Centro di salute mentale 24 ore; 4 = Casa di cura privata; 5 = Centro psichiatrico riabilitativo o comunità protetta (degenza 6 mesi - un anno); 6 = In struttura residenziale psichiatrica ad alta intensità assistenziale - 24 ore; 7 = In struttura residenziale psichiatrica a media intensità assistenziale - 12 ore; 8 = In struttura residenziale psichiatrica a bassa intensità assistenziale; 9 = Appartamento assistito o convivenza di pazienti psichiatrici; 10 = Istituto per anziani o disabili; 11 = Domicilio privato; 99 = Non noto) |__|__|

14.3. Dove verrà effettivamente dimesso? (1 = SPDC, 2 = Clinica Universitaria; 3 = Centro crisi DSM o Centro di salute mentale 24 ore; 4 = Casa di cura privata; 5 = Centro psichiatrico riabilitativo o comunità protetta (degenza 6 mesi - un anno); 6 = In struttura residenziale psichiatrica ad alta intensità assistenziale - 24 ore; 7 = In struttura residenziale psichiatrica a media intensità assistenziale - 12 ore o a qualunque intensità; 8 = In struttura residenziale psichiatrica a bassa intensità assistenziale - a fasce orarie; 9 = Appartamento assistito o convivenza di pazienti psichiatrici; 10 = Istituto per anziani o disabili; 11 = Domicilio privato; 99 = Non noto) |__|__|

14.4. Chi si farà carico della prosecuzione dell'assistenza psichiatrica o psicologica? (1= Nessuna prosecuzione opportuna; 2 = Non si è ancora riusciti ad concordare la prosecuzione; 3 = Il CSM di competenza; 4 = Questa stessa struttura stessa; 5 = La struttura dove verrà accolto; 6= Un professionista privato; 7= Altro; 99 = Non noto) *Specificare altro* |__|__|

4. SEZIONE PAZIENTI LUNGODEGENTI

Questa sezione va compilata solo per i pazienti lungodegenti.

Quale di queste condizioni contribuisce al prolungamento della degenza?

- 15.1. Presenza di malattia non psichiatrica** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|
Se 2, specificare _____
- 15.2. Programma riabilitativo in corso** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|
- 15.3. Difficoltà di trovare una abitazione adeguata** *Include: mancanza di una casa propria o di familiare; impossibilità di accedere ad un posto in struttura residenziale, impossibilità di accedere ad un posto in comunità terapeutica* (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|
- 15.4. Mancanza di un reddito di sopravvivenza** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|
- 15.5. Mancanza di sostegno familiare e sociale** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|
- 15.6. Rischio elevato di comportamenti gravemente inadeguati e/o antisociali.** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|
- 15.7. Misure alternative al carcere disposte dall'autorità giudiziaria** (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|
- 15.8. Quanto sarà facile o difficile trovare una soluzione accettabile in cui dimetterlo?** (1 = Molto difficile; 2 = Difficile; 3 = Relativamente facile, accordi non ancora presi; 4 = Accordi già presi; 99 = Non noto) |__|__|

Grazie per la collaborazione. Se mi vuol chiedere qualcosa su questo questionario o studio, non esiti a chiedermelo

- 16.1. Difficoltà incontrate per ottenere le informazioni.** (1 = Nessuna; 2 = Poche; 3 = Discrete; 4 = Notevoli) |__|
- 16.2. Tempo necessario per compilare la scheda** (minuti) |__|__|__|

ALLEGATO 3

Scheda Struttura

Progetto di Ricerca Finalizzata Strategica 2001

Una valutazione nazionale delle strutture per il ricovero di pazienti psichiatrici acuti: il progetto Progres Acuti

MODULO DI OSSERVAZIONE DELLA STRUTTURA

La scheda struttura deve essere compilata per le strutture appartenenti al campione selezionato e va riempita dall'assistente di ricerca.

La struttura qui è chiamata reparto, anche se non è un reparto ospedaliero. Per le case di cura, se vi sono più reparti, limitarsi a compilarla per un reparto, quello dove è ricoverato il maggior numero di pazienti "prevalenti" la prima visita.

Il numero di volte che ogni item deve essere compilato è indicato dal numero di colonne con caselle alla sua destra e non è detto che la casella unica vada compilata necessariamente alla prima visita.

Per favore, non lasciate mai nessuna risposta vuota e scrivete il codice più vicino alla situazione o opinione tra quelli indicati dopo ogni domanda. Di solito i codice più elevati corrispondono alle situazioni migliori.

GRAFICA

Le domande o le definizioni degli *item* sono in grassetto, le codifiche in tondo piccolo, le istruzioni in corsivo. Le domande **condizionate**, a cui rispondere solo se la risposta a una domanda precedente è di un certo tipo, sono rientrate a sinistra.

Progetto di Ricerca Finalizzata Strategica 2001

Una valutazione nazionale delle strutture per il ricovero di pazienti psichiatrici acuti: il progetto Progres Acuti

SCHEMA STRUTTURA

0. SEZIONE DI BASE			
0.1 Codice o nome della Regione _____			_ _
0.2 Provincia _____			_ _
0.3 Nome struttura _____			
0.4 Numero progressivo della struttura _____			_ _ _
0.5 Codice SIS assegnato alla ASL, A.O., Policlinico Universitario o Casa di Cura _____			_ _ _ _
0.6 Tipo di struttura (1 = SPDC di DSM; 2 = Clinica Universitaria sede di S.P.D.C.; 3 = Clinica Universitaria sede di C.S.M.; 4 = Clinica Psichiatrica non sede ne di S.P.D.C. né di C.S.M. 5 = Centro crisi D.S.M.; 6 = Centro di salute mentale aperto 24 ore; 7 = Casa di cura privata convenzionata o sua parte convenzionata; 8 = Casa di cura privata <u>non</u> convenzionata o sua parte <u>non</u> convenzionata)			_
0.7 Anno di apertura della struttura (del reparto valutato) nella sede attuale _____			_ _ _ _
	1° VISITA	2° VISITA	3° VISITA
0.8 Data della visita (gg, mm, aa)	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
0.9 Ora di inizio della visita (hh, mm)	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
0.10 Durata della visita (in minuti; ricordarsi di compilare alla fine)	_ _	_ _	_ _
0.11 Codice e sigla assistente di ricerca	_ _ _ _ _ _ _ _____ _____	_ _ _ _ _ _ _ _____ _____	_ _ _ _ _ _ _ _____ _____

1° Visita 2° Visita 3° Visita

1. LIBERTÀ DI ACCESSO

1.1 Quando sei arrivato la porta d'accesso al reparto era chiusa a chiave? (1 = No; 2 = Si)

|_| |_| |_|

	1° Visita	2° Visita	3° Visita
<i>Se si all'item precedente</i>			
1.1 Modalità di chiusura			
1 = Il reparto è abitualmente tutto chiuso;			
2 = Il reparto comprende un'area di degenza abitualmente chiusa ed un'area aperta;	_	_	_
3 = Chiuso temporaneamente per una situazione di difficile gestione (un TSO ad es.).			
1.2 Ti sei sentito libero di muoverti nel reparto senza vincoli, nel senso che non hai trovato locali non accessibili o poco accessibili, nel senso che il personale non li aperti immediatamente se chiusi a chiave o ha frapposto difficoltà all'accesso?)			
1 = Tutte le camere di degenza non accessibili			
2 = Anche alcune camere per la degenza sono poco accessibili o non accessibili;	_	_	_
3 = Anche parte dei locali destinati ai pazienti sono poco accessibili o non accessibili; (ad esempio i bagni dei pazienti, le stanze dei colloqui, la sala da pranzo, la sala per le attività comuni.);			
4 = Alcuni ambienti, ma non le are di degenze e di soggiorno dei pazienti, sono poco accessibili o non accessibili;			
5 = Tutti gli ambienti accessibili senza particolari ostacoli;			
9 = Non rilevato.			
2. AMBIENTI			
2.0 Esiste una sala da pranzo funzionante? (1 = No; i pazienti devono mangiare in camera; 2 = Si)			
	_		
<i>Se 1 all'item precedente non valutare gli item da 2.1 a 2.4</i>			
2.1 Che ampiezza ha il locale (spazio) usato per i pasti dei pazienti?			
1 = Meno ampio (meno di 2 m ² per letto);			
2 = Sufficientemente ampio (più di 2 m ² per letto, compresi i letti soprannumerari);	_		
8 = Non accessibile;			
9 = Accessibile ma non valutato.			
2.2 L'arredo del locale (spazio) usato per i pasti dei pazienti è in buono stato?			
1 = Molti segni di deterioramento e di incuria (rifiniture scollate, maniglie mancanti, ecc.)			
2 = Qualche segno di deterioramento e di incuria;	_		
3 = Sì, bene ma non nuovo;			
4 = Come nuovo;			
8 = Non accessibile;			
9 = accessibile ma non valutato.			
2.3 Il locale (spazio) usato per i pasti dei pazienti è pulito? Tenere conto della pulizia dei pavimenti, dei vetri, dei tavoli, delle sedie, dei tendaggi, delle tappezzerie di divani e poltrone, della presenza di polvere e/o ragnatele.			
1 = Sono presenti molti elementi critici quali pavimenti;			
2 = Sono presenti uno o due elementi critici tra quelli precedentemente indicati.	_	_	_
3 = Assenza di particolari problemi			
4 = Pulizia superiore alla media			
8 = Non accessibile;			
9 = accessibile ma non valutato			

2.4 Che impressione ti ha fatto la manutenzione del locale (spazio) usato per i pasti dei pazienti? Tenere conto di intonaci scrostati, pavimenti sconnessi, infissi cadenti o scrostati o mal verniciati, vetri rotti, illuminazione elettrica insufficiente.

- 1 = Tutti o quasi tutti gli elementi elencati sono presenti; |__|
 2 = Tre degli elementi in elenco sono presenti;
 3 = Uno o due degli elementi in elenco sono presenti;
 4 = Nessuno degli elementi elencati è presente;
 8 = Non accessibile;
 9 = Accessibile ma non valutato.

2.5 Ci sono locali di incontro o per le attività comuni dei pazienti del reparto? Considerare anche i locali esterni alla struttura usati dai pazienti del reparto valutato.

- 1 = Nessuno;
 2 = Solo uno spazio in un corridoio;
 3 = Solo la sala da pranzo (solo se a disposizione per le attività comuni almeno 6 ore al giorno); |__|
 4 = Un locale diverso dalla sala da pranzo;
 5 = Più di un locale.

Se 1 all'item 2.5, non valutare gli item da 2.6 a 2.12.

2.6 I pazienti possono usare questo spazio (almeno uno, se più di uno) per incontri spontanei?

- 1 = No; |__|
 2 = Sì.

2.7 Che ampiezza ha il locale utilizzato per le attività comuni dai pazienti del reparto? (se più di uno, i locali nel loro complesso).

- 1 = Meno ampio di m² 2,5 per letto, compresi i letti soprannumerari); |__|
 2 = Sufficientemente ampio (> m² 2,5 per letto, compresi i letti soprannumerari);
 8 = Non accessibile;
 9 = accessibile ma non valutato.

2.8 Di che attrezzature per l'impegno e lo svago dispone il locale/ i locali per le attività comuni e/o gli incontri spontanei? Valutare nel loro complesso, se sono più di uno. Considerare televisore e o radio, carte da gioco, giochi da tavolo (ad esempio scacchi, materiali per lavori "artistici", attrezzature sportive (ad esempio tavolo da ping pong), proietto-

- re, poltrone comode. |__|
 1 = Di nessuna;
 2 = Di una;
 3 = Di 2 - 3;
 4 = Di più di 3;
 8 = Non accessibile;
 9 = Accessibile ma non valutato.

2.9 L'arredo del locale (spazio) usato per le attività comuni dei pazienti ha un aspetto gradevole e confortevole? Se più locali, valutare il peggiore.

- 1 = Molti segni di deterioramento e di incuria, di squallore, mobili mancanti; |__|
 2 = Qualche segno di incuria, di trascuratezza, di squallore, di mobili mancanti;
 3 = Bene ma non come nuovo;
 4 = Come nuovo;
 8 = Non accessibile;
 9 = Accessibile ma non valutato.

2.10 Il locale (spazio) usato per le attività comuni è pulito?

Tenere conto della pulizia dei mobili e dei vetri, dei tendaggi, delle tappezzerie di divani e poltrone, dello stato dei pavimenti, della presenza di polvere e/o ragnatele. Se ci sono più locali valutare il peggiore.

- 1 = Sono presenti molti elementi critici;
- 2 = Sono presenti uno o due elementi critici tra quelli precedentemente indicati;
- 3 = Non ci sono particolari problemi di pulizia;
- 8 = Non accessibile;
- 9 = Accessibile ma non valutato.

|_ | |_ | |_ |

2.11 Che impressione ti ha fatto la manutenzione del locale (spazio) usato per le attività comuni?

Tenere conto di intonaci scrostati o sporchi, pavimenti sconnessi, infissi cadenti o scrostati o mal verniciati, vetri rotti, illuminazione elettrica insufficiente. Se ci sono più locali valutare il peggiore.

- 1 = Tutti o quasi tutti gli elementi elencati sono presenti;
- 2 = Tre degli elementi in elenco sono presenti;
- 3 = Uno o due degli elementi in elenco sono presenti;
- 4 = Nessuno degli elementi elencati è presente;
- 8 = Non accessibile;
- 9 = Accessibile ma non valutato.

|_ |

2.12 Al momento della visita, quanti pazienti erano presenti nel locale? *Indicare il numero.*

- 88 = Non accessibile;
- 99 = Accessibile ma non valutato.

|_|_| |_|_| |_|_|

2.13 Esiste un locale in cui i pazienti devono recarsi per fumare?

- 1 = No; nel reparto di solito si fuma senza essere richiamati;
- 2 = No; è permesso fumare solo all'esterno;
- 3 = Vi è un locale apposito riservato ai fumatori;
- 9 = Non valutato.

|_ |

2.14 Quanti servizi igienici (non considerare i servizi igienici comunitari) per i pazienti ci sono? *Indicare il numero*

|_|_|

2.15. Di che tipo sono?

- 1 = Servizi igienici comunitari come nelle scuole, nelle caserme, ecc.
- 2 = Servizi igienici condivisi tra più stanze;
- 3 = Ogni stanza di degenza ha il proprio servizio igienico.

|_|_|

2.16 Quante docce o bagni funzionanti (con acqua calda) per i pazienti vi sono? *Indicare il numero*

|_|_|

2.17 Com'è l'arredamento nei servizi igienici dei pazienti che hai visto?

Considerare presenza e decoro di elementi fondamentali come specchio, scopino, carta igienica, cestino porta rifiuti; distributore per sapone funzionante; carta (o altro) per asciugarsi le mani, tavoletta copri water; finestra apribile o ventilazione funzionante, illuminazione elettrica, possibilità di chiudere la porta o di esporre segnale di bagno occupato. Se hai visto più bagni riferisciti a quello arredato peggio.

- 1 = Mancanza di tutti o quasi gli elementi fondamentali.
- 2 = Mancanza di molti elementi fondamentali;
- 3 = Mancanza di alcuni elementi fondamentali, alcuni non in buono stato;
- 4 = Presenza degli elementi fondamentali in buono stato;
- 8 = Non accessibile;
- 9 = Accessibile ma non valutato.

|_ | |_ | |_ |

2.18 Com'è la pulizia nei servizi igienici dei pazienti che hai visto? *Tenere conto della pulizia dei lavabi e delle tazze, dei pavimenti, dei mobili e della presenza di polvere e/o ragnatele. Se hai visto più bagni riferisciti a quello in condizioni peggiori.*

1 = Sono presenti molti elementi critici.

2 = Sono presenti uno o due elementi critici tra quelli precedentemente indicati;

3 = Assenza di particolari problemi;

4 = Pulizia superiore alla media;

8 = Non accessibile;

9 = Accessibile ma non valutato.

|__| |__| |__|

2.19 Che impressione ti ha fatto la manutenzione nei bagni dei pazienti che hai visto? *Tenere conto di intonaci scrostati o sporchi, piastrelle sconnesse, specchi scheggiati, vetri e/o ceramiche rotte, illuminazione elettrica insufficiente. Se hai visto più bagni riferisciti a quello in condizioni peggiori.*

1 = Tutti o quasi tutti gli elementi elencati sono presenti.

2 = Tre degli elementi in elenco sono presenti;

3 = Uno o due degli elementi in elenco sono presenti;

4 = Nessuno degli elementi elencati è presente;

8 = Non accessibile;

9 = Accessibile ma non valutato.

|__| |__| |__|

2.20 L'arredamento nella maggiore parte degli ambienti del reparto accessibili, esclusi i bagni e i locali comuni, è o meno di aspetto ospedaliero e ben tenuto?

1 = Per lo più di aspetto ospedaliero e con segni di deterioramento;

2 = Per lo più di aspetto ospedaliero ma senza segni di deterioramento;

3 = Abbastanza gradevole, con qualche segno di deterioramento;

4 = Abbastanza gradevole, senza segni di deterioramento;

5 = Molto gradevole e confortevole, per niente ospedaliero.

|__|

2.21 Com'è la pulizia nella maggiore parte degli ambienti del reparto accessibili, esclusi i bagni e i locali comuni? *Tenere conto della pulizia dei pavimenti, dei vetri, dei tendaggi, dei mobili, delle tappezzerie di divani e poltrone, della presenza di polvere e/o ragnatele.*

1 = Sono presenti molti elementi critici.

2 = Sono presenti uno o due elementi critici tra quelli precedentemente indicati;

3 = Assenza di particolari problemi;

4 = Pulizia notevole;

|__| |__| |__|

2.22. Che impressione ti ha fatto la manutenzione della maggior parte degli ambienti accessibili del reparto, esclusi i bagni e i locali comuni? *Tenere conto di intonaci scrostati o sporchi, pavimenti sconnessi, infissi cadenti o scrostati o mal verniciati, vetri rotti, illuminazione elettrica insufficiente.*

1 = Tutti o quasi tutti gli elementi elencati sono presenti.

2 = Tre degli elementi in elenco sono presenti;

3 = Uno o due degli elementi in elenco sono presenti;

4 = Nessuno degli elementi elencati è presente.

|__|

2.23 Come è la maggior parte delle finestre?

1 = Piccole e senza inferriate;

2 = Piccole e senza inferriate;

3 = Normali o ampie e con inferriate;

4 = Normali o ampie e senza inferriate.

|__|

2.24 Di quale spazio personale per riporre i propri abiti dispongono i pazienti? *Se ci sono differenze, rispondere tenendo presente la situazione della maggior parte dei pazienti.*

- 1 = Solo spazi in comune con altri;
- 2 = Anta di armadio comune meno ampia di come descritto nella codifica del punto 5;
- 3 = Anta personale ampia di armadio comune;
- 4 = Armadio separato meno ampia di come descritto nella codifica del punto 5;
- 5 = Armadio separato e ampio (contiene almeno due giacche, due pantaloni, due golf, due camicie, ciabatte e due spaia di scarpe);
- 8 = Non accessibile;
- 9 = Accessibile ma non valutato.

|_ |

Se la risposta alla 2.24 è diversa da 1

2.25 E' possibile per il paziente chiudere a chiave tale spazio?

- 1 = No;
- 2 = Sì, ma deve chiedere ogni volta la chiave;
- 3 = Sì, e può conservare la chiave lui stesso
- 8 = Non accessibile;
- 9 = Accessibile ma non valutato.

|_ |

2.26 Quanti pazienti hanno nelle loro stanza uno spazio che possono considerare personale? *Ci deve essere almeno una sedia, un comodino, un tavolino; non considerare l'armadio di cui alla domanda precedente.*

- 1 = Nessuno
- 2 = Alcuni ma non la maggior parte;
- 3 = La maggior parte;
- 4 = Tutti;
- 8 = Non accessibile;
- 9 = Accessibile ma non valutato,

|_ |

2.27. I pazienti hanno a disposizione una terrazza o uno spazio verde? Come è tenuto? (se è inverno, chiedere come è in primavera/estate)

- 1 = No;
- 2 = Sì, più piccolo e meno ben tenuto di quanto descritto nella codifica del punto 5;
- 3 = Sì, più piccolo di quanto descritto nella codifica del punto 5 ma ben arredato;
- 4 = Sì, ampio come descritto nella codifica del punto 5 ma meno ben tenuto;
- 5 = Sì, ampio (più di 2 metri quadri per letto), con zone d'ombra e panchine, con sedie e ombrelloni e con piante e fiori nella buona stagione;
- 8 = Non accessibile;
- 9 = Accessibile ma non valutato.

|_ |

Se risposte 5-2 all'item precedente

2.28 Per quanto tempo i pazienti vi possono accedere e vi possono rimanere nelle belle giornate, nella buona stagione?

- 1 = Solo in occasioni particolari.
- 2 = Meno di 4 ore, ma regolarmente;
- 3 = Da 4 a 7 ore;
- 4 = 8 o più ore;
- 5 = Sempre, almeno nelle ore diurne;

|_ |

2.29 Per quanto tempo durante la visita vi sono stati nel reparto odori sgradevoli?

- 1 = Mai durante tutta la visita;
- 2 = Solo per breve durata;
- 3 = Per durate maggiori, ma non persistenti;
- 4 = Cattivi odori persistenti.

|_ |

|_ |

|_ |

	1° Visita	2° Visita	3° Visita
<i>Se vi è stata la presenza di odori sgradevoli</i>			
2.30 Di che tipo erano prevalentemente gli odori sgradevoli?			
1 = Di gente mal lavata;			
2 = Di scarico di fogne o di servizi igienici;	_	_	_
3 = Di fumo di sigaretta;			
4 = Di semplice mancanza di arieggiamento;			
5 = Altro, specificare			
2.31 Nel reparto sono esposti cartelli che indicano le condotte da tenere in caso di incendio (chi avvisare, dove dirigersi)?	_		
1 = No			
2 = Sì, ma non in bella vista per tutti i visitatori;			
3 = Sì, in bella vista per tutti i visitatori..			
2.32 Nel reparto è disponibile un telefono pubblico?			
1 = No;	_		
2 = Sì, non accessibile 24 ore al giorno;			
3 = Sì, accessibile 24 ore al giorno.			
2.33 Il reparto è sorvegliato con un sistema di telecamere a circuito chiuso?			
1 = Per niente;	_		
2 = Solo in corridoi e/o locali comuni;			
3 = Solo in alcune camere o ambulatori;			
4 = In corridoi e/o locali comuni e anche in (almeno alcune) camere.			
3. PAZIENTI E FAMILIARI	1° Visita	2° Visita	3° Visita
3.1 Quanti letti "normali" ha il reparto?	_ _		
<i>Escludere i cosiddetti letti soprannumerari</i>			
3.2 Quanti pazienti risultano ricoverati nel reparto?	_ _	_ _	_ _
<i>Indicare il numero.</i>			
3.3 Quanti pazienti hai potuto vedere/incontrare nel reparto durante la visita (anche di sfuggita)?	_ _	_ _	_ _
<i>Cercare di contare solo i pazienti che dormono nella struttura, escludendo i pazienti che la frequentano solo di giorno, i visitatori e gli operatori. NB. Ci si rende conto che in alcune strutture ciò può essere difficile.</i>			
<i>Numero, anche approssimato (se nessuno, scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99)</i>			
3.4 Quanti dei pazienti precedenti hai trovato sdraiati a letto (anche sopra le coperte)?	_ _	_ _	_ _
<i>Numero, anche approssimato (se nessuno, scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99) c</i>			
3.5 Quanti dei pazienti a letto che hai visto dormivano o sembravano dormire (sedati o meno)?	_ _	_ _	_ _
<i>Numero, anche approssimato (se nessuno, scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99)</i>			
3.6 Quanti dei pazienti a letto erano contenuti fisicamente? Informati anche su quelli che non hai potuto vedere	_ _	_ _	_ _
<i>Numero stimato anche approssimativamente (se nessuno, scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99)</i>			
3.7 Quanti i pazienti vi erano in stanze chiuse a chiave? Informati anche su quelli che non hai potuto vedere	_ _	_ _	_ _
<i>Numero stimato anche approssimativamente (se nessuno, scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99)</i>			

	1° Visita	2° Visita	3° Visita
3.8 Quanti dei pazienti che hai visto hai trovato intenti ad attività "finalizzate", anche solo per parte del tempo di visita? Parlare con qualcuno partecipando alla conversazione, giocare a carte o simili, leggere con attenzione, guardare con attenzione la tv, ecc.; sono incluse le attività della sezione 5; il semplice osservare passivamente quello che succede non è sufficiente.	_ _ _	_ _ _	_ _ _
Numero, anche approssimato (se nessuno, scrivere 0)			
3.9 Come ti è sembrata la cura della persona dei pazienti che hai potuto osservare? Considerare pulizia personale, capelli puliti e pettinati, barba rasata, ecc.			
1 = Cura della persona buona solo per pochi o per nessuno;			
2 = Cura della persona buona solo per alcuni;	_ _	_ _	_ _
3 = Cura della persona buona per la maggior parte;			
4 = Cura della persona buona per tutti tranne una - due eccezioni;			
5 = Cura della persona buona per tutti;			
3.10 Come ti è sembrato l'abbigliamento dei pazienti <u>alzati</u> che hai potuto osservare? <u>Non</u> pigiama, vestiti adatti alla temperatura, puliti e non spiegazzati.			
1 = Abbigliamento buono solo per pochi o per nessuno.			
2 = Abbigliamento buono solo per alcuni;	_ _	_ _	_ _
3 = Abbigliamento buono per la maggior parte;			
4 = Abbigliamento buono per tutti tranne una eccezione;			
5 = Abbigliamento buono per tutti.			
3.11 Secondo te, quanti pazienti di quelli che hai potuto vedere alzati potrebbero manifestare effetti collaterali di antipsicotici? (Rigidità; rallentamento o povertà di movimenti; tremori; eccesso di salivazione; grande irrequietezza - ad esempio camminare in continuazione su e giù; movimenti strani delle labbra e della zona attorno alla bocca; movimenti rapidi, apparentemente senza scopo, irregolari, complessi, a serpentina degli arti e del tronco; posture anomale - il paziente è affetto da contrazioni sostenute e continue dei muscoli che, ad esempio, lo portano a camminare piegato da un lato)	_ _ _	_ _ _	_ _ _
Numero, anche approssimato (se nessuno, scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99)			
3.12 Per quanto ore al giorno nei giorni feriali familiari ed amici possono accedere in media al reparto?			
Numero ore giornaliera (se nessuno, scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99)			
3.13 La maggior parte dei pazienti, se lo desiderano, si possono incontrare coi visitatori con la sicurezza di non essere ascoltati da altri?			
1 = No;	_ _		
2 = Sì, ma non sempre;			
3 = Sì, sempre.			
3.14 La visita si è svolta durante l'orario di accesso di familiari e amici? (1 = No; 2 = Sì.)	_ _	_ _	_ _
Se sì alla domanda precedente			
3.15 Quanti sono i familiari o amici dei pazienti che hai visto nel reparto?			
Numero, anche approssimato (se non rilevabile, scrivere 99; se nessuno, scrivere 0)			
	1° Visita	2° Visita	3° Visita
4. PERSONALE E VOLONTARI			
4.1 Quanti erano gli operatori formalmente in servizio al momento della visita? Comprendere tutto il personale in servizio con la sola esclusione del personale addetto a funzioni di pulizia.	_ _ _	_ _ _	_ _ _
Numero, anche approssimato (Se non rilevabile, scrivere 99)			

	1° Visita	2° Visita	3° Visita
4.2 Durante la visita quanti sono gli operatori che hai visto interagire con i pazienti? <i>Escludere gli addetti alla sola pulizia ed gli operatori presenti in stanze con porte chiuse. Escludere anche i saluti mentre si passa e i semplici rimproveri, tipo "smettila".</i>	_ _	_ _	_ _
Numero, anche approssimato (<i>Se nessuno, scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99</i>)			
<i>Se si alla domanda precedente</i>			
4.3 Quanti degli operatori di cui sopra avevano per lo più secondo te un atteggiamento interessato e disponibile con il paziente? <i>Prestare attenzione, guardare negli occhi, sorridere, non mostrare fretta.</i>	_ _	_ _	_ _
Numero (<i>Se nessuno, scrivere 0</i>)			
4.4 Il personale del reparto indossava il camice?			
1 = Tutti;			
2 = La maggior parte;	_	_	_
3 = Alcuni;			
4 = Nessuno.			
4.5 Il personale del reparto indossava il cartellino di riconoscimento?			
1 = Nessuno;			
2 = Alcuni;	_	_	_
3 = La maggior parte;			
4 = Tutti.			
4.6 Vi sono visite di volontari nel reparto programmate tra struttura e associazioni di volontariato?			
1= No;	_ _		
2 = Sì.			
<i>Se si alla domanda precedente</i>			
4.7 Quante al mese?			
1 = Da 1 a 2;			
2 = Da 3 a 4;	_		
3 = Da 5 a 8;			
4 = Più di 8;			
5 = Quotidiane.			
4.8 Quanti sono i volontari che hai visto in reparto?			
Numero, anche approssimato (<i>se non rilevabile, scrivere 99; se nessuno, scrivere 0</i>)			
	_ _	_ _	_ _
5. ATTIVITÀ DI GRUPPO E RIABILITATIVE	1° Visita	2° Visita	3° Visita
<u>Nel periodo indice che cosa è stato fatto nei seguenti campi?</u> (<i>Chiedere ad almeno due operatori di considerare tutte le attività a cui hanno partecipato i pazienti che dormivano nella struttura. Le iniziative da considerare possono essere aperte anche ai familiari, ai volontari; non esclusivamente ai ricoverati.</i>)			_ _
5.1 Ginnastica, attività sportive			_ _
Numero anche approssimato di incontri. <i>Se nessuno scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99</i>			
5.2 Attività ricreative <u>strutturate</u> (carte, scacchi) o lettura giornali			_ _
Numero anche approssimato di incontri. <i>Se nessuno scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99</i>			
5.3 Gruppi di discussione (spesso di tipo psicodinamico)			_ _
Numero anche approssimato di incontri. <i>Se nessuno scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99</i>			
5.4 Gruppi psicoeducativi strutturati coi pazienti (<i>Informazioni sui disturbi, sui farmaci, sul modello stress -vulnerabilità, meccanismi di coping, problem solving, ecc.</i>)			_ _
Numero anche approssimato di incontri. <i>Se nessuno scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99</i>			

	1° Visita	2° Visita	3° Visita
5.5 Gruppi di attività di tipo “artistico” (<i>disegno, teatro, musicoterapia, ecc.</i>) Numero anche approssimato di incontri. <i>Se nessuno scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99</i>			_ _
5.6 Gruppi riabilitativi di addestramento ad abilità sociali (<i>diversi dai precedenti</i>) Numero anche approssimato di incontri. <i>Se nessuno scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99</i>			_ _
5.7 Incontri con gruppi di familiari Numero anche approssimato di incontri. <i>Se nessuno scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99</i>			_ _
5.8 Incontri con gruppi di volontari Numero anche approssimato di incontri. <i>Se nessuno scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99</i>			_ _
5.9 Durante la visita, era in corso una attività di gruppo? 1 = No; 2 = Sì, di tipo ludico, ginnastico, artistico; 3 = Sì, tipo gruppo di discussione; 4 = Sì, tipo addestramento ad abilità sociali ; 5 = Sì, tipo psicoeducativo; 6 = Sì, più di una delle precedenti. <i>Se Sì al quesito precedente</i>	_	_	_
5.10 Quanti operatori del reparto di quelli che hai potuto vedere/incontrare hai trovato partecipanti anche solo per parte del tempo ad attività di gruppo? Numero anche approssimato. <i>Se nessuno scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99</i>	_ _	_ _	_ _
5.11 Quanti dei pazienti hai trovato partecipanti attivamente, anche solo per parte del tempo di visita, alle attività di gruppo organizzate dalla struttura? Numero anche approssimato di pazienti. <i>Se nessuno scrivere 0; se non rilevabile, scrivere 99</i>	_ _	_ _	_ _
6. EVENTI SFAVOREVOLI	1° Visita	2° Visita	3° Visita
Durante la visita nel reparto hai notato:			
6.1 Urla di utenti (1 = No; 2 = Sì)	_	_	_
6.2 Atti di violenza fisica (lancio di oggetti, spinte, pugni) di pazienti verso altri pazienti (1 = No; 2 = Sì)	_	_	_
6.3 Ritardi degli operatori apparentemente non motivati nel rispondere a richieste dei pazienti o atti di scortesia degli operatori nei confronti dei pazienti (1 = No; 2 = Sì)	_	_	_
6.4 Litigi tra il personale in presenza degli utenti (1 = No; 2 = Sì)	_	_	_
6.5 Operatori che parlavano dei problemi di un paziente in sua presenza come se non fosse presente (1 = No; 2 = Sì)	_	_	_
6.6 Biancheria sporca o medicazioni depositate in luoghi impropri (1 = No; 2 = Sì)	_	_	_
6.7 Presenza di topi o scarafaggi o altro segno di grave incuria degli ambienti (1 = No; 2 = Sì)	_	_	_
6.8 Altri eventi spiacevoli? (1 = No; 2 = Sì)	_	_	_

1° Visita 2° Visita 3° Visita

6.9 *Descrivere gli eventi sfavorevoli più importanti osservati nel corso delle varie visite*

_____	_	_	_

7. ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DI QUALITÀ *(chiedere ad almeno due operatori, di cui uno medico; completare in occasione dell'ultima visita)*

1° Visita 2° Visita 3° Visita

7.1 **Vi sono linee guida scritte o profili assistenziali scritti in reparto sull'uso dei neurolettici? Sono aggiornate?**

- 1 = No;
2 = Sì, ma non aggiornate, cioè non modificate o non confermate da più di tre anni;
3 = Sì e aggiornate;
9 = Non rilevabile

|_ |

7.2 **Vi sono linee guida o raccomandazioni scritte o percorsi assistenziali scritti sulle modalità di valutazione (psichica, fisica, funzionale) dei pazienti?**

- 1 = No;
2 = Sì, per alcuni tipi di pazienti;
3 = Sì, per la maggior parte dei pazienti
9 = Non rilevabile

|_ |

7.3 **Vi sono linee guida o raccomandazioni scritte o percorsi assistenziali scritti sulla formulazione di piani di assistenza personalizzati scritti?**

- 1 = No;
2 = Sì, per alcuni tipi di pazienti;
3 = Sì, per la maggior parte dei pazienti
9 = Non rilevabile

|_ |

7.4 **Vi sono linee guida o raccomandazioni scritte per assicurare la continuità assistenziale dopo la dimissione?**

- 1 = No;
2 = Sì, solo per invio a servizi psichiatrici pubblici;
3 = Sì, anche per invio a servizi psichiatrici privati;
4 = Altro (specificare _____)
9 = Non rilevabile

|_ |

7.5 **I pazienti hanno un piano di trattamento individualizzato scritto che riporti, anche in modo sintetico, gli interventi da fare e gli operatori delle varie qualifiche che sono tenuti a farli?**

- 1 = Nessuno o solo 1-2;
2 = Alcuni;
3 = La maggior parte;
4 = Tutti o quasi;
9 = Non rilevabile

|_ |

7.6 **Negli ultimi quattro anni sono stati fatti progetti di valutazione e miglioramento di qualità sul destino dei pazienti una volta dimessi? Vi è un rapporto scritto?**

- 1 = No;
2 = Sì, ma senza rapporto scritto;
3 = Sì, e con rapporto scritto;
9 = Non rilevabile

|_ |

7.7 Negli ultimi quattro anni sono stati fatti progetti di valutazione e miglioramento di qualità per ridurre il numero di pazienti con più ricoveri nell'anno? Vi è un rapporto scritto? (1 = No; 2 = Sì, ma senza rapporti scritti; 3 = Sì, e con rapporti scritti; ; 9 = Non rilevabile)

|_ |

7.8 Sono attualmente in corso attività di valutazione e miglioramento di qualità? Quanti medici , psicologi, infermieri professionali vi partecipano?

1 = No;

2 = Sì, ma vi partecipa non più di un quarto del personale professionale;

3 = Sì, e vi partecipa da un quarto alla metà del personale professionale

4 = Vi partecipa la maggior parte del personale professionale;

9 = Non rilevabile

Descrivere le tre più importanti attività di valutazione e miglioramento di qualità in corso

|_ |

7.9 _____

|_ |

7.10 _____

|_ |

7.11 _____

|_ |

8. Atmosfera del reparto e giudizi finali

6. Codice bianco. Atmosfera prevalente di buona comunicazione e di alleanza terapeutica. Pazienti e operatori sembrano impegnati. Vi sono più attività in corso. Non vi sono comportamenti agitati e distruttivi né comportamenti offensivi o aggressivi tra pazienti o tra pazienti e personale. Non vi sono comportamenti tanto bizzarri da preoccupare o inquietare.

5. Codice verde. Intermedio tra 6 e 4.

4. Codice azzurro. Atmosfera tranquilla, ma spenta, sembra che succeda poco o nulla. Non vi sono comportamenti aggressivi, offensivi, distruttivi, agitati. Non vi sono comportamenti tanto bizzarri da preoccupare o inquietare.

3. Codice giallo. Uno o più pazienti hanno comportamenti provocanti o invadenti o bizzarri o agitati, ma non tali da destare allarme e da richiedere misure particolari. Il personale sembra capace di padroneggiare la situazione con calma.

|_ |

|_ |

|_ |

2. Codice arancione. Uno o più pazienti in fase acuta, dato il loro comportamento psicotico e/o agitato e/o aggressivo richiedono misure particolari, ma non vi è necessità di ricorrere al blocco fisico per somministrare la terapia o alla contenzione. Vi sono reazioni di allarme in alcuni operatori. Non vi sono aggressioni fisiche con lesioni da pronto soccorso né importanti distruzioni di oggetti.

1. Codice rosso. Uno o più pazienti in fase acuta con comportamenti distruttivi o violenti mettono in allarme la maggioranza degli operatori e/o vi sono aggressioni fisiche con lesioni da pronto soccorso o importanti distruzioni di oggetti. Ci può essere la necessità di bloccare il paziente per somministrare la terapia e/o di ricorrere all'uso di contenzioni e/o si deve richiedere l'aiuto di forze esterne per far fronte alla situazione.

	1° Visita	2° Visita	3° Visita
8.2 Se un tuo caro avesse proprio bisogno di un ricovero psichiatrico, tu lo faresti ricoverare qui?			
1 = Senz'altro no;			
2 = Se solo proprio non trovassi di meglio;	_	_	_
3 = Sì, ma con una certa apprensione;			
4 = Sì, con fiducia.			
8.3 Difficoltà incontrate durante la visita per ottenere le informazioni:			
1 = Nessuna;			
2 = Poche;	_	_	_
3 = Discrete;			
4 = Notevoli.			
8.4 Descrivere le difficoltà più importanti incontrate nel corso delle varie visite			
_____	_	_	_

8.5 Riportare un breve quadretto del reparto (cose che più hanno colpito favorevolmente e sfavorevolmente)

ALLEGATO 4

Scala BPRS

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE Vers. 4.0

BPRS 4.0

Foglio di Codifica

Identificazione del Centro: _____

Codice Centro: |_|_|_|_|_|

Data di compilazione (gg/mm/aa): |_|_|_|_|_|

Identificazione del paziente: _____

Codice del paziente: |_|_|_|_|_|

Sesso: 1 maschio 2 femmina

Età: |_|_|

Scolarità:

- 1 analfabeta 2 < licenza elementare
3 licenza elementare 4 licenza media inferiore
5 diploma 6 laurea
9 non noto

Stato civile:

- 1 celibe-nubile 2 coniugato/a
3 vedovo/a 4 separato/a
5 divorziato/a 9 non noto

Diagnosi (formulare una o più delle seguenti):

secondo il DSM-III-R _____ |_|_|_|_|_|

secondo il DSM-IV _____ |_|_|_|_|_|

secondo l'ICD-10 _____ |_|_|_|_|_|

Sorgenti di informazione consultate per l'intervista (segnare tutte le fonti utilizzate):

- intervista con il paziente ed osservazione durante l'intervista
 familiari e/o conoscenti
 operatori sanitari
 osservazioni e colloqui con il paziente effettuati dal valutatore al di fuori dell'intervista
 altre sorgenti di informazioni (specificare: _____)

Periodo di riferimento scelto (in giorni: ad esempio, 2 settimane = 14): |_|_|

Modalità di integrazione della frequenza e gravità dei sintomi:

- 1 punteggio medio 2 punteggio del periodo peggiore
3 2 punteggi, uno medio e uno per il periodo peggiore 4 2 punteggi, uno per il periodo immediatamente precedente il ricovero o il contatto con il servizio, l'altro per il periodo precedente

da compilare alla fine:

Giudizio di validità della valutazione (1=per niente; 5=molto attendibile) |_|

Motivi di un'eventuale difficoltà nella valutazione (segnare tutti i motivi presenti):

- sintomi indotti da farmaci
 possibile sottostima dei sintomi per mancanza di una buona relazione
 possibile sottostima dei sintomi per la presenza di un quadro di tipo negativo
 mancanza di collaborazione da parte del paziente
 presenza di disturbi formali del pensiero
 altri (specificare: _____)

PUNTEGGIO DEI SINTOMI

Valutare gli item 1-14 in base a quello che il paziente dice durante l'intervista. Segnare "NV" per i sintomi che non sono stati valutati. Nota: gli item 7, 12 e 13 vanno codificati anche in base al comportamento osservato durante l'intervista. Si ricorda che la scala da utilizzare è la seguente:

NV	1	2	3	4	5	6	7
non valutato	assente	molto lieve	lieve	moderato	moderat. grave	grave	molto grave

Riportare sotto brevi descrizioni dei sintomi più rilevanti

- | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1. PREOCCUPAZIONI SOMATICHE | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 2. ANSIA | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 3. DEPRESSIONE | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 4. RISCHIO DI SUICIDIO | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 5. SENTIMENTI DI COLPA | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 6. OSTILITÀ | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 7. ELEVAZIONE DEL TONO DELL'UMORE | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 8. GRANDIOSITÀ | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 9. SOSPETTOSITÀ | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 10. ALLUCINAZIONI | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 11. CONTENUTO INSOLITO DEL PENSIERO | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 12. COMPORTAMENTO BIZZARRO | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 13. TRASCURATEZZA DI SÉ | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 14. DISORIENTAMENTO | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |

Valutare gli item seguenti, da 15 a 24, in base al comportamento del paziente durante l'intervista ed al suo tipo di eloquio. Tenere conto dei segni patologici anche se si pensa siano dovuti a farmaci.

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 15. DISORGANIZZAZIONE CONCETTUALE | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 16. APPIATTIMENTO AFFETTIVO | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 17. ISOLAMENTO EMOTIVO | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 18. RALLENTAMENTO MOTORIO | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 19. TENSIONE MOTORIA | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 20. MANCANZA DI COOPERAZIONE | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 21. ECCITAMENTO | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 22. DISTRAIBILITÀ | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 23. IPERATTIVITÀ MOTORIA | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |
| 24. MANIERISMO E POSTURE | NV | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | _____ |

Valutatore: _____

Codice: |_|_|

ALLEGATO 5

Scala FPS

Scala FPS

Questa scala fa parte integrante del manuale di riabilitazione VADO (Morosini et al, VADO, Trento, Erickson, 1998). La sua validazione è stata pubblicata nel lavoro: Morosini P., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000;101:1-7.

1. Centro ID 2. Persona ID 3. Compilazione numero

4. Data (gg/mm /aaaa) 0

Fonti di informazione

- 5.1) Conoscenza personale del paziente si no 5.4) Intervista di operatori della sm si no
5.2) Intervista del paziente si no 5.5) Altro _____ si no
5.3) Intervista di familiare o amico si no

6. Valutatore

- Medico responsabile Assistente di ricerca
 Altro operatore Altro _____
 Equipe

Scala di Funzionamento personale e sociale (FPS)- da VADO

Per favore valutare il livello di funzionamento della persona in esame durante il periodo di riferimento (ultimo mese o ultima settimana o in, caso di ricovero in SPDC, ultimi 3 giorni). Nel caso di una crisi di durata inferiore al periodo di riferimento, si possono dare due punteggi, uno relativo al periodo della crisi e l'altro al periodo (ad esempio il mese) ad essa precedente.

Tenere conto di ciò che la persona fa, considerano se richiede o meno stimoli o aiuto da altri. Solo per attività che la persona non avesse la possibilità di svolgere dove vive, considerare ciò che sarebbe capace di fare in un ambiente diverso. Dare meno peso alle difficoltà dovute a limitazioni ambientali o a menomazioni fisiche.

Come aree principali per la determinazione del livello (intervallo di 10) del punteggio considerare a) attività socialmente utili (incluso lavoro e studio); b) rapporti personali e sociali (inclusi rapporti con i familiari); c) cura dell'aspetto e dell'igiene; d) comportamenti disturbanti e aggressivi.

Poiché le aree a, b, c comprendono molte subaree, dare a ciascuna di queste aree il punteggio considerando il funzionamento **peggiore** nel periodo nella subarea pertinente **migliore**. Per l'area a, le subaree sono lavoro (o studio) e altre attività socialmente utile (ad esempio collaborazione a lavori domestici, lavoro di volontariato, hobby "utili" come giardinaggio); per l'area b, le subaree sono relazioni con il partner (solo se la persona ha un partner, altrimenti ignorare), relazioni coi familiari, relazioni sociali; per l'area c, le subaree sono igiene personale, cura dell'aspetto e modo di vestire.

Le altre aree considerate nella valutazione completa del VADO (ad esempio autogestione del disturbo, interessi e informazioni, attività strumentali come telefonare od usare i mezzi di trasporto) possono essere considerate per precisare il punteggio entro ciascun intervallo di 10 punti.

Non considerare il rischio di suicidio se non in quanto la ruminazione suicidaria interferisca col funzionamento sociale.

Per valutare il livello di disfunzione nelle aree a,b,c tenere conto dei seguenti criteri e definizioni:

- **lieve**: per lieve si intende una difficoltà non evidente, che è nota solo a chi conosce bene la persona;
- **evidente ma non marcato**: si tratta di difficoltà che sono facilmente identificabili da chiunque, ma che non compromettono sostanzialmente il funzionamento della persona, la sua capacità cioè di svolgere in quella area il ruolo o i ruoli attesi **nel suo contesto socio-culturale** da una persona della stessa età, sesso, e livello di istruzione;
- **marcato**: si riferisce ad una difficoltà evidente che compromette il funzionamento sociale in quella area, tuttavia la persona riesce ancora a fare qualcosa, sia pure in modo inadeguato e/o saltuario;
- **grave**: si riferisce ad una difficoltà che rende praticamente incapace la persona di qualunque svolgimento di ruolo in quella area o le fa assumere un ruolo negativo, ma senza compromettere la sua possibilità di sopravvivenza, nel qual caso le difficoltà vanno considerate **gravissime**.

Per i livelli di gravità dei comportamenti disturbanti ed aggressivi invece i criteri sono:

- **lieve**: scortesia, scontrosità, lamentosità;
- **evidente ma non marcato**: parlare a voce troppo alta, mangiare in modo socialmente poco accettabile, rivolgersi a sconosciuti in modo inopportuno o con eccessiva familiarità, ecc;
- **marcato**: insultare le persone pubblicamente, rompere oggetti, distruggere cose, avere comportamenti inadatti (ad esempio denudarsi o urinare in pubblico) ma non pericolosi, in modo non occasionale;
- **grave**: minacciare persone o colpire, senza però né intenzione né possibilità di fare lesioni gravi, in modo non occasionale;
- **gravissimo**: atti aggressivi non occasionali con la intenzione o la possibilità di fare lesioni gravi.

\\arsanita.toscana.it\FileServer\osservatori\epidemiologia\segreteria\elena_marchini\Testi correzioni\PROGRES Acuti\allegati\FPS x Progres-acuti.doc 1

Per i comportamenti **occasionali**, dare un punteggio di un livello di gravità inferiore. Va considerato occasionale un comportamento che si verificato solo 1 volta nel periodo di riferimento di una settimana o 1-2 volte nel periodo di riferimento di un mese e che gli operatori e i familiari giudicano molto improbabile che si verifichi ancora nei successivi sei mesi. Le **lesioni** sono da considerare gravi se fosse necessario (non solo opportuno) ricorrere ad un pronto soccorso ospedaliero, se disponibile.

La seguente tabella può essere usata per dare i punteggi di gravità dei problemi nelle quattro aree

	Assente	Lieve	Evidente ma non marcato	Marcato	Grave	Molto grave
6) Attività socialmente utili (incluso lavoro e studio);;						
7) Rapporti personali e sociali						
8) c) Cura dell'aspetto e dell'igiene						
9) Comportamenti disturbanti e aggressivi.						

Punteggio 0-100 sulla base delle quattro aree principali

100-91 Funzionamento più che buono in tutte le aree pertinenti alla sua età. E' ben visto dagli altri per le sue molte qualità positive, capace di far fronte bene ai problemi della vita, interessato o impegnato in numerose attività
90-81 Funzionamento adeguato in tutte le aree , presenza solo di problemi e difficoltà comuni a molti
80-71 Lievi difficoltà in una o più delle aree principali a, b, c (ad es. temporanee difficoltà nel tenere dietro al lavoro o al programma scolastico)
70-61 Difficoltà evidenti in una o più aree principali a-c, ad es. qualche assenza dal lavoro non dovuta a malattie fisiche e/o occasionali atti sconcertanti per i conviventi e/o carenze di amicizie e/o qualche leggero ma chiaro segno di scarsa attenzione al proprio aspetto; nessuna difficoltà a svolgere un lavoro protetto; o lievi difficoltà in d
60-51 Marcata difficoltà in una sola delle aree a-c , ad es. assenza di amici e difficoltà di rapporti coi familiari, ma con qualche rapporto sociale e familiare conservato o difficoltà anche in un lavoro non protetto; nelle altre aree possono essere presenti difficoltà lievi o evidenti; o evidenti difficoltà in d
50-41 Difficoltà marcate in due o più aree principali a-c, con nessuna disfunzione grave, o disfunzione grave in una sola con nessuna disfunzione marcata nelle altre aree principali (vedi 30-21 per <i>disfunzione grave nei comportamenti disturbanti</i>); assenza di disfunzione marcata in d
40-31 Disfunzione grave in una sola area principale a-c, con disfunzione marcata in una o più delle altre due (ad es. nessuna attività socialmente utile, assenza di frequentazioni sociali ma rapporti discreti con almeno un familiare); o disfunzione marcata in d
30-21 Disfunzione grave in due delle aree principali 1-3; o disfunzione grave nei comportamenti disturbanti con o senza disabilità nelle altre aree
20-11 Disfunzione grave in tutte le tre aree principali 1-3; o disfunzione gravissima nei comportamenti disturbanti con o senza disabilità nelle altre aree. Nel dare il punteggio nell'ambito di questo livello considerare se il paziente risponde (20-16) o risponde poco agli stimoli esterni (15-11)
10-1 Mancanza di autonomia nelle funzioni di base con comportamenti estremi (ad esempio si sporca volutamente di feci), ma senza pericolo di vita o, da 5 a 1, incapacità a mantenere l'autonomia nelle funzioni di base, tale da mettere in pericolo la sopravvivenza (rischio di morte per malnutrizione, disidratazione, infezioni, incapacità di riconoscere situazioni evidenti di immediato pericolo)
0 Informazioni insufficienti per dare un punteggio
10) Punteggio complessivo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ISTRUZIONI PER I VALUTATORI FPS SU COME RILEVARE LE INFORMAZIONI NECESSARIE

Questa sezione riporta le domande che il valutatore deve rivolgere a se stesso per rendersi conto se le informazioni di cui dispone sulla persona sono sufficienti. Nel caso non lo siano, dovrà rivolgere le domande ad altri operatori, alla persona stessa e/o ai suoi familiari e amici. L'intervista alla persona non può comunque bastare se ci sono elementi che fanno pensare che manchi di insight.

INTRODUZIONE

1. Se le domande sono rivolte a P. *P sta per la persona che viene valutata*

Buongiorno. Sono.... Vorrei farle qualche domanda sui problemi che può avere avuto nella sua vita di tutti i giorni, specie su quelli che ha avuto negli ultimi ... (*periodo di riferimento, per esempio "trenta giorni" se la persona ha un disturbo stabilizzato*). Le sue risposte ci aiuteranno a capire meglio i suoi bisogni e come il trattamento funziona (o "funzionerà"). Sono interessato/a a conoscere non solo i suoi problemi e le sue difficoltà, ma anche le cose che è riuscito a fare e a raggiungere. Ovviamente tutto ciò che mi dirà sarà protetto dal segreto professionale e non sarà mai comunicato a nessuno che non sia coinvolto professionalmente nel suo trattamento, neppure ai suoi parenti, senza il suo consenso. Le informazioni che ci darà potranno essere usate per scopi di ricerca, ma sempre in modo anonimo.

Se il valutatore sospetta che P sia incapace di rispondere alle domande, può accertare la sua lucidità mentale con le domande seguenti:

Come mai si trova qui? Mi può dire che posto è questo? Che età ha? Quando è nato/a? Che giorno della settimana è oggi? Che ora è? Mi può dire il nome di un medico qui? (NB *La presenza di ideazione paranoidea e di mancanza di insight non è un motivo per non fare le domande necessarie a rilevare le informazioni; in questo caso bisognerà però ricorrere anche ad altre fonti di informazioni*).

2. Se le domande sono rivolte ad un familiare. *P sta per la persona che viene valutata*

Buongiorno. Sono.... Vorrei farle qualche domanda sui problemi che P (per esempio, "suo figlio") può avere avuto nella sua vita di tutti i giorni, specie su quelli che ha avuto negli ultimi .. (*periodo di riferimento, per esempio "trenta giorni" se la persona ha un disturbo stabilizzato*). Le risposte che ci darà ci aiuteranno a capire meglio i bisogni di P e come il trattamento funziona (o "funzionerà"). Sono interessato/a a conoscere non solo i problemi e le difficoltà che P ha avuto, ma anche le cose che è riuscito a fare e a raggiungere. Ovviamente tutto ciò che mi dirà sarà protetto dal segreto professionale e non sarà mai comunicato a nessuno che non sia coinvolto professionalmente nel suo trattamento, neppure a P, senza il suo consenso. Le informazioni che ci darà potranno essere usate per scopi di ricerca, ma sempre in modo anonimo.

3. Se le domande sono rivolte ad un (altro) operatore. *P sta per la persona che viene valutata*

Buongiorno. Sono.... Vorrei farle qualche domanda sui problemi che P (dire il nome di P) può avere avuto negli ultimi .. (*periodo di riferimento, per esempio "trenta giorni" se la persona ha un disturbo stabilizzato*).

Le risposte che ci darà ci aiuteranno a capire meglio le condizioni di P e come il trattamento funziona (o "funzionerà"). Sono interessato/a a conoscere non solo i problemi e le difficoltà che P ha avuto, ma anche le cose che è riuscito a fare e a raggiungere. Le informazioni che ci darà potranno essere usate per scopi di ricerca, ma sempre in modo anonimo.

A. Se le domande sono rivolte dal valutatore a se stesso. *P sta per la persona che viene valutata*

Ora mi dovrei fare le seguenti domande su P, per cercare poi di rilevare altre informazioni, mediante osservazioni o chiedendo ad altri, se non ne so abbastanza

Le domande seguenti sono rivolte a P; ovviamente bisognerebbe cambiare la costruzione se fossero rivolte a familiari o ad altri operatori. Da una parte le domande sono solo esempi, dall'altra non tutte devono essere chieste. Fermarsi quando si pensa di aver raccolto informazioni sufficienti per dare il punteggio sulla scala 0-5

Per dare il punteggio di ciascuna area a-c, considerare il peggiore funzionamento nel periodo di riferimento nella migliore subarea (nell'area b, la subarea "relazioni con il partner" va presa in esame solo se P ha un partner).

a) ATTIVITA' SOCIALMENTE UTILI , COMPRESI LAVORO E STUDIO

a1) Lavoro o studio

Negli ultimi ... (*periodo di riferimento*) ha lavorato (o è andato a scuola)? *Se sì:* Dove? Per quanti giorni? Quante ore al giorno? Ha avuto difficoltà sul lavoro (o nello studio), per esempio con i suoi superiori o i suoi colleghi (con gli insegnanti o gli altri studenti)? E' arrivato puntuale? E riuscito ad avere un buon rendimento (a studiare con profitto)? E' riuscito a lavorare (*oppure a studiare*) anche da solo o solo se qualcuno lo/la aiutava o le stava vicino?

a2) Altre attività socialmente utili

A parte il lavoro, ha fatto qualcosa di utile per gli altri? Ad esempio, ha fatto del volontariato, ha curato un orto o un giardino, ha contribuito alla organizzazione di feste e riunioni , ha dato una mano nei lavori di casa (cucinare, mettere in ordine, lavare) o nel fare riparazioni?

Se il rilevatore è incerto tra lieve ed evidente: Quante persone hanno notato che aveva problemi al lavoro (o nello studio)?

b) RELAZIONI PERSONALI E SOCIALI

b1) Ha un partner (un marito/una moglie, un ragazzo/ una ragazza)? *Se sì:* Vivete assieme? Andate d'accordo o litigate? Parlate tra di voi? Avete obiettivi comuni?

b2) Familiari (diversi dal partner)

Negli ultimi ... (*periodo di riferimento*) è stato in contatto con qualcuno dei suoi parenti? Con che frequenza li ha visti? Va d'accordo con loro o ci sono dei problemi? Le sembra che la aiutino? E lei, aiuta loro?

Se P vive in una struttura residenziale: Durante le uscite da questo centro o quando i suoi familiari vengono a trovarla, si trova bene con loro? Ave qualcosa da dirvi?

B3) Relazioni sociali

Con che frequenza esce per incontrare altra gente? Si considera socievole? Fa qualcosa nel tempo libero insieme ad altri? Quanti amici ha? Sono tutti utenti del servizio o operatori? Si può fidare che qualcuno la aiuti in caso di bisogno? Quante persone, esclusi i suoi parenti, sarebbero dispiaciute se lei dovesse trasferirsi per sempre in un'altra città?

Se il rilevatore è incerto tra lieve ed evidente: Quante persone hanno notato che aveva problemi nei rapporti sociali?

c) CURA DELL'ASPETTO E DELL'IGIENE

c1) Igiene personale

Negli ultimi ... (*periodo di riferimento*) ogni quanti giorni ha fatto il bagno o la doccia? Si è lavato da solo o qualcuno ha dovuto ricordarglielo o ha dovuto aiutarla? Con che frequenza si è lavato i denti?

c2) Cura dell'aspetto

Per i maschi senza barba: Si rade regolarmente? *Per le donne:* Si è mai truccata, anche poco, almeno in occasioni speciali? E' stata dal parrucchiere?

c3) Modo di vestire

Negli ultimi ... (*periodo di riferimento*) si è sempre messa vestiti puliti e non troppo stropicciati o logori? E' mai uscito vestito in modo che gli altri potevano considerare strano dato il clima o la stagione?

Se la persona interrogata non è P: Qualcuno si è mai lamentato che P avesse una cattivo odore?

Se il rilevatore è incerto tra lieve ed evidente: Quante persone hanno notato che era un in disordine?

d) COMPORTAMENTI DISTURBANTI E AGGRESSIVI

d1) Comportamenti disturbanti

Negli ultimi ... (*periodo di riferimento*) si è comportano mai in modi che gli altri potevano trovare offensivo o sgradevole? Ha preso qualcosa di qualcuno senza chiedergli il permesso? Quando era ubriaco, ha fatto qualcosa di fastidioso per gli altri? Ha mai fatto qualcosa che può aver spaventato gli altri? Ha parlato a voce troppo alta o tenuto la radio o la televisione a volume troppo alto? Ha chiesto spesso agli altri del denaro o altre cose? Si è lamentato spesso della sua condizione?

Se il rilevatore è incerto tra lieve ed evidente: Quante persone hanno notato che si è comportato in modi che disturbavano gli altri?

d1) Comportamenti distruttivi o aggressivi

Negli ultimi ... (*periodo di riferimento*) ha mai perso il controllo? Ha mai urlato contro qualcuno? Ha distrutto o lanciato oggetti? Ha colpito e ferito qualcuno? Gli ha fatto molto male? Voleva davvero fargli male? Quante volte è successo? Pensa che potrebbe succedere ancora?

Se il rilevatore è incerto tra lieve ed evidente: Quante persone hanno notato che aveva qualche difficoltà a controllarsi?

ALLEGATO 6

Questionario ROS

Buongiorno, sono _____. Lavoro per una ricerca nazionale finanziata dal Ministero della Salute sull'opinione dei ricoverati. Le vorrei fare alcuni brevi domande su questo punto. Le risposte ci serviranno per cercare di migliorare l'assistenza, per cui le raccomandiamo la massima sincerità. D'altra parte, le assicuro la massima riservatezza su quello che mi dirà. Le risposte verranno considerate solo statisticamente senza possibilità di risalire all'opinione delle singole persone.

Per favore mi dia per ciascun domanda una risposta da 3 a 9, dove 3 significa il peggio possibile, 9 il meglio possibile e 6 appena accettabile, una specie di voto, come quello che si dà ai giocatori di calcio dopo la partita. Può seguire le domande su questo questionario, se crede, o compilare lei stesso direttamente il questionario.

ROS-SC elaborata Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio di Epidemiologia, versione 2003	A. Codice SIS struttura	<input type="text"/>
	B. Codice ID	<input type="text"/>
	C. Data (gg/mm/aa)	<input type="text"/>

1 - Che voto darebbe agli spazi, alla cura degli ambienti, all'arredamento di questo posto?



2 - Che voto darebbe alla possibilità di fare qui qualcosa di interessante o piacevole per lei, per esempio, se le piace, vedere la televisione, giocare a carte, fare ginnastica, leggere i giornali, fare cucina, disegnare?



3 - I medici, gli psicologi e gli assistenti sociali sono cortesi e disponibili?



4 - Gli infermieri e gli ausiliari del servizio sono cortesi e disponibili?



5 - Quando ha pensato di avere bisogno del medico, dello psicologo, dell'assistente sociale in media lo ha potuto incontrare abbastanza in fretta?



6 - Quando ha pensato di avere bisogno di un infermiere, di un ausiliario in media lo ha potuto incontrare abbastanza in fretta?



7 – Le è sono state date in modo chiaro le informazioni che voleva sapere sulle sue condizioni di salute?



8 - Le è sono state date in modo chiaro le informazioni che voleva sapere sui vantaggi e gli effetti collaterali delle medicine che sta prendendo?



9 – Le è sono state date in modo chiaro le informazioni che voleva sapere su come continuare le cure quando sarà uscito da qui?



10 – Le sembra di avere avuto voce in capitolo, che qui si sia tenuto conto delle sue opinioni nella scelta delle cure?



11 – Nel complesso, ha l'impressione di essere migliorato, di stare meglio da quando si trova qui?



12 – Nel complesso, che voto darebbe alle cure e all'assistenza che ha ricevuto e riceve qui?



13 – Nel complesso, se un parente od un amico con un problema simile al suo non potesse proprio fare a meno di farsi ricoverare, gli consiglierebbe di venire qui?



14 – Che voto darebbe ora alla sua salute fisica, considerando anche il dolore fisico e gli eventuali effetti spiacevoli dei farmaci che prende?



15 – Che voto darebbe alla sua autonomia, cioè alla sua capacità di fare da solo le cose della vita di tutti i giorni, come spostarsi, lavarsi, vestire, mangiare?



16 – Che voto darebbe al suo stato d'animo in generale, nel senso di sentirsi contento di sé, con speranze, tranquillo, oppure triste, demoralizzato, preoccupato, agitato?



17 – Che voto darebbe alla sua possibilità di fare qualcosa di utile per se stessi e gli altri (il lavoro ma anche il curare la casa, badare ai figli, fare volontariato) quando sarà uscito da qui?



18 – Che voto darebbe alla sua situazione economica quando sarà uscito da qui?



19 – Che voto darebbe ai suoi rapporti sentimentali e sessuali, quando sarà uscito da qui? (3 qui significa che non ha partner di nessun tipo)



20 – Che voto darebbe ai suoi rapporti con i suoi familiari (escluso il coniuge o il partner), quando sarà uscito da qui?



21 – Che voto darebbe ai suoi rapporti con gli amici e alla sua vita sociale, una volta che sarà uscito da qui?



22 – Che voto darebbe al suo modo di passare il tempo libero, di distrarsi e di divertirsi, quando sarà uscito da qui?



23 – Che voto darebbe alla zona in cui probabilmente abiterà una volta uscito da qui, nel senso di disponibilità di servizi e di sicurezza da furti, rapine, prepotenze?



24 – Che voto darebbe all'appartamento, alla pensione o alla residenza o all'istituto in cui probabilmente andrà ad abitare, una volta uscito da qui?



25 – E, per ultimo, che voto darebbe alla sua qualità di vita in generale ora, qui?



26 – E che voto darebbe alla sua qualità di vita in generale quando sarà uscito da qui?



27 – 29 La preghiamo ora di dirci le cose che le sono più piaciute qui.

.....
.....
.....

30 – 32 E le cose che le sono piaciute meno.

.....
.....
.....

Ringraziamenti

Il Gruppo di ricerca nazionale PROGRES-Acuti

COORDINAMENTO SCIENTIFICO: **Giuseppe Dell'Acqua** (Responsabile Scientifico), Dipartimento Salute Mentale - Azienda Servizi Sanitari 1 Triestina; **Pierluigi Morosini**, Istituto Superiore Sanità – Roma.

RESPONSABILI OPERATIVI REGIONALI. P.A. DI BOLZANO: **Rodolfo Tomasi**; P.A. DI TRENTO: **Giacomo Di Marco**; ABRUZZO: **Massimo Casacchia**; BASILICATA: **Rocco Canosa**; CALABRIA: **Mario Nicotera**; CAMPANIA: **Walter Di Munzio**; EMILIA ROMAGNA: **Gaddomaria Grassi**; LAZIO: **Andrea Gaddini**; LIGURIA: **Sergio Schiaffino**; LOMBARDIA: **Angelo Barbato**; MARCHE: **Gabriele Borsetti**; MOLISE: **D'Aloise Angela**; PIEMONTE: **Enrico Zanalda**; PUGLIA: **Marisa De Palma**; SARDEGNA: **Rosina Potzolu**; TOSCANA: **Maurizio Miceli**; UMBRIA: **Francesco Scotti**; VALLE D'AOSTA: **Antonio Colotto**; VENETO: **Nevio Longhin**.

COLLABORATORI E CONSULENTI: Renata Bracco, Bruno Norcio, Kinou Wolf, Giovanni de Girolamo, Rossella Miglio, Angelo Picardi, Paola Rucci, Mauro Percudani, Unterfrauner Umberto, Alessandro Ghirardo, Giovanna Agostani, Sara Scaramazza, Francesca Cappelletti, Luciana Zecca, Gabriele Morelli, Lucia Cifarelli, Rosario Gangi, Annagiulia Greco, Caruso Laura, Caserta Loredana, Basile Filomena, Matteo Nassisi, Alessia Guidoni, Sara Goldoni, Lilia Biscaglia, Pietro Ciliberti, Patrizia Congia, Nadia Battino, Giovanni Santone, Francesco Basilico, Luca Pinciaroli, Raffaella Borio, Ignazia Casula, Gianfranco Pitzalis, Silvia Buttacavoli, Elisabetta Rossi, Barbara Caporali, Angelo Trequattrini, Favero Laura, Bazzacco Giovanna, Elia Lorella, Dazzi Marzia, Antonio Pettolino, Lucia Giordano.

Ringraziamenti

Si ringraziano i referenti delle strutture per la collaborazione nella conduzione della ricerca: **Dr. Aldo D'Arco** (UFSMA, Cortona), **Dr. Andrea Ballerini** (SPDC, S.M.Nuova-Firenze), **Dr. Fosco Bandinelli** (Casa di Cura

“Villa dei Pini”, Firenze), **Dr. Rodolfo Bugliani** (SPDC - Massa Marittima), **Dr. Benedetto Caliarì** (SPDC, Orbetello), **Dr. Massimo Cantele** (SPDC, Bagno a Ripoli), **Dr. Fausto Carratori** (SPDC, Pescia), **Dr.ssa Liana Casarano** (Psichiatria, Casentino), **Dr.ssa Lucia Chiochi** (Psichiatria, Abbadia S.Salvatore), **Dr. Riccardo Dalla Luche** (SPDC, Massa), **Dr. Claudio Del Ministro** (SPDC, Siena), **Dr. Massimo De Berardinis** (SPDC, Borgo S.L.), **Dr. Sandro Domenichetti** (SPDC, Ponte Nuovo-Firenze), **Dr.ssa Maddalena Di Lillo** (SPDC, Montevarchi), **Dr. Orlando Granati** (SPDC, Figline VA), **Dr. Norberto Gennaioli** (Psichiatria, Sansepolcro), **Dr. Claudio Lucii** (Psichiatria, Poggibonsi), **Dr.ssa Maria Laura Piazzì** (Psichiatria, Cecina) **Dr. Pietro Lastrucci** (SPDC, Lucca), **Dr. Massimiliano Martini** (SPDC, Montepulciano), **Dr.ssa Camilla Ranieri** (Casa di Cura “Poggiosereno”, Fiesole), **Dr. Fabio Raglianti** (Casa di Cura “Ville di Nozzano”, Lucca), **Dr. Adolfo Santoro** (SPDC, Portoferraio), **Dr. Michele Travi e Gianpiero Cesari** (SPDC, Arezzo).

Hanno fornito un prezioso supporto organizzativo il **dr. Andrea Caneschi**, Coordinatore del Dipartimento Salute Mentale, il **rag. Carlo Biondi**, Responsabile della Struttura Amministrativa della Zona Firenze, e la **Dr.ssa Giulietta Torretta**, Responsabile del Centro Formazione Aziendale della ASL 10.

I proff. Gian Franco Placidi e Stefano Pallanti della Clinica Psichiatrica della Università di Firenze, hanno presentato la ricerca agli specializzandi in Psichiatria e hanno individuato i colleghi ricercatori. Alla loro fattiva collaborazione va tutto il riconoscimento del Gruppo di Ricerca Toscano.

Un particolare ringraziamento va ad **Andrea Gaddini** ed **Elisabetta Rossi** per i suggerimenti nella fase di analisi dei dati e di revisione del rapporto

Si ringraziano inoltre i **Coordinatori dei Dipartimenti di Salute Mentale** della Toscana e i **Direttori delle Cliniche Psichiatriche** Universitarie di Pisa e Siena per la loro disponibilità e il fattivo appoggio alla attuazione dello studio.

Finanziamenti

Questo studio è stato finanziato dal Ministero della Salute e dalla Regione Toscana, nell’ambito dei Progetti di Ricerca Finalizzata Strategica del 2001.

Finito di stampare in Firenze
presso la tipografia editrice Polistampa
Marzo 2007

