

UNA VALUTAZIONE NAZIONALE DEI CENTRI DI SALUTE MENTALE TERRITORIALI ITALIANI: IL PROGETTO PROG-CSM



"PROGRAMMI SPECIALI" _ ART. 12BIS, COMMA 6, D.LGS. 229/99
ESERCIZIO FINANZIARIO 2003

RAPPORTO FINALE

DIREZIONE SCIENTIFICA
CARMINE MUNIZZA, CSRP, TORINO

REDATTO DA
DR.SSA RAFFAELLA GONELLA, CSRP, TORINO
DR. LUCA PINCIAROLI, CSRP, TORINO
DR. GIUSEPPE TIBALDI, CSRP, TORINO
DR. CARMINE MUNIZZA, CSRP, TORINO

MAGGIO 2008

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

Collaborazioni a progetti di ricerca precedenti hanno creato i presupposti per la costituzione di un comitato nazionale ed internazionale e per la selezione dei responsabili operativi regionali (ROR) e per gli assistenti di ricerca (AR).

COMITATO SCIENTIFICO NAZIONALE

Eugenio Aguglia, Mariano Bassi, Giovanni de Girolamo, Luigi Ferrannini, Pierluigi Morosini, Carmine Munizza, Giovanni Neri, Angelo Picardi, Giovanni Santone, Giuseppe Tibaldi.

COMITATO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE

Paola Bollini (Switzerland), Gyles Glover (UK), Thomas Kallert (Germany), Sonia Johnson (UK), David McDaid (UK), Sandro Pampallona (Switzerland), Torleif Ruud (Norway), Luis Salvador-Carulla (Spain).

ASSISTENTI DI RICERCA (AR)

Piemonte e Valle d'Aosta: Raffaella Borio, Luca Pinciaroli
Lombardia: Massimo Nantron
Veneto: Idana Morandin, Giuseppe Moressa
Friuli Venezia Giulia: Kinou Wolf
Provincia Autonoma di Bolzano: Stefano Torresani
Provincia Autonoma di Trento: Francesca Cappelletti, Lara Massella
Liguria: Cristina Villa
Emilia Romagna: Linda Pazzi
Toscana: Paolo Iazzetta, Simone Signori
Umbria: Barbara Caporali
Marche: Giovanna Monterubbiano, Chiara Passanisi, Lucia Svarca
Lazio: Lilia Biscaglia
Abruzzo: Paola Di Fabio, Rocco Pollice, Walter Roberto, Loredana Sangiovanni
Campania: Antonella Amodeo, Filomena Basile, Maria De Angelis, Marisa Pisapia
Puglia: Paola Calò, Paola Clemente
Basilicata: Vittorio Cei
Calabria: Rosaria Magisano, Tiziana Nespola
Sicilia: Cecilia Costanzo Pellegrino
Sardegna: Gianfranco Pitzalis

REFERENTI OPERATIVI REGIONALI (ROR)

Piemonte: Enrico Zanalda
Valle d'Aosta: Antonio Colotto
Lombardia: Mauro Percudani
Veneto: Gerardo Favaretto, Nevio Longhin
Friuli Venezia Giulia: Renata Bracco, Giuseppe Dell'Acqua
Provincia Autonoma di Bolzano: Rodolfo Tomasi, Stefano Torresani
Provincia Autonoma di Trento: Giacomo Di Marco
Liguria: Panfilo Ciancaglini, Luigi Ferrannini, Sergio Schiaffino
Emilia Romagna: Rossella Bignami, Giovanni Neri
Toscana: Giuseppe Corlito, Remigio Raimondi
Umbria: Elisabetta Rossi, Francesco Scotti
Marche: Gabriele Borsetti, Giovanni Santone
Lazio: Andrea Gaddini
Abruzzo: Massimo Casacchia, Rocco Pollice
Campania: Walter Di Munzio
Puglia: Salvatore Cotugno
Basilicata: Vittorio Cei
Calabria: Mario Nicotera, Caterina Scalise
Sicilia: Maurizio D'Arpa, Tommaso Federico, Salvatore Varia
Sardegna: Ignazia Casula, Gianfranco Pitzalis

Istituto Superiore di Sanità: Pierluigi Morosini, Angelo Picardi, Fiorino Mirabella

Non sarebbe stato possibile realizzare la ricerca senza la fattiva collaborazione dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale, Responsabili e Operatori dei Centri di Salute Mentali (con denominazione diversa a seconda della Regione di appartenenza).

Indice

	Pag.
PARTE PRIMA	3
Capitolo 1 INTRODUZIONE	3
Background del progetto	3
Obiettivi della ricerca (Fase 1)	3
Definizione degli strumenti	4
Modalità di rilevazione	5
Studio Pilota	5
Formazione	5
Realizzazione del censimento	6
Capitolo 2 DATI DESCRITTIVI GENERALI	7
Informazioni generali	7
Struttura del CSM	10
Personale e attività	10
Utenti in carico e utilizzo del servizio	12
Organizzazione	16
Funzioni del CSM	17
Caratteristiche DSM	19
Capitolo 3 ASSISTENZA PSICHIATRICA E PROGETTO OBIETTIVO NAZIONALE	21
Il Progetto Obiettivo Nazionale 1994-1996	21
Il Progetto Obiettivo Nazionale 1998-2000	23
Quali strategie e risorse?	24
Documentare il cambiamento	24
Capitolo 4 LE FUNZIONI	26
Funzione 1. Continuità della cura	26
Funzione 2. Coordinamento con altri servizi del territorio	31
Funzione 3. Accessibilità	33
Funzione 4. Presa in carico	38
Funzione 5. Programmi specifici e prevenzione	48
Conclusioni	50
Capitolo 5 I DATI REGIONALI	54
PARTE SECONDA – UN APPROFONDIMENTO	133
Capitolo 6 I DETERMINANTI	134
Capitolo 7 LA VERIFICA DELLE IPOTESI	137
Continuità della cura	137
Coordinamento con altri servizi del territorio	144
Accessibilità	149
Presa in carico	157
Programmi specifici	160
Conclusioni	162
Riferimenti bibliografici	164
Allegati	
Allegato 1 – Scheda CSM	
Allegato 2 – Scheda DSM	
Allegato 3 – Scheda Normativa Regionale	
Allegato 4 – Scheda Sociodemografica	
Allegato 5 – Manuale di istruzioni	

PARTE PRIMA

Capitolo 1 INTRODUZIONE

Background del progetto

L'assistenza psichiatrica italiana condivide e radicalizza, la tendenza, prevalente a livello internazionale negli ultimi 50 anni, ad una riduzione della risposta ospedaliera, soprattutto a lungo termine. La scelta adottata in Italia di chiudere gli Ospedali Psichiatrici corrisponde ad un'accentuazione della centralità del trattamento ambulatoriale e domiciliare, anche in presenza di patologie gravi a lungo termine. Le strutture cui è delegata questa funzione essenziale sono rappresentate dai Centri di Salute Mentale (707 nel censimento del Ministero della Salute nel 2001); il loro ruolo è soprattutto quello di garantire precocità e continuità della presa in carico delle patologie gravi, coordinando gli interventi offerti dagli altri servizi sanitari e socio-assistenziali, sia all'interno che all'esterno del DSM.

Le indagini realizzate negli ultimi anni a livello nazionale hanno finora concentrato la loro attenzione sui posti letto psichiatrici (non ospedalieri – nel PROGRES – ed ospedalieri – nel PROGRES ACUTI); appariva dunque essenziale completare tale descrizione approfondita del sistema di assistenza psichiatrica con una descrizione dei servizi territoriali per il trattamento continuativo, dalla cui qualità può dipendere sia una quota significativa della disabilità finale sia la spinta all'utilizzo dei posti letto a breve e lungo termine.

La presente ricerca è nata sulla base di diverse considerazioni. La prima considerazione riguarda la necessità di descrivere i servizi attraverso metodologie standardizzate, che consentano una comparazione dei pattern di disponibilità ed utilizzo sia a livello nazionale che internazionale. Tale metodologia può consentire, inoltre, di calcolare in modo obiettivo la variabilità dell'utilizzo dei servizi e metterla in relazione con le caratteristiche socio-demografiche delle aree territoriali di pertinenza.

La seconda considerazione riguarda la necessità di valutare l'organizzazione e il funzionamento dei Centri di Salute Mentale italiani attraverso un puntuale confronto con ciò che il Progetto Obiettivo Salute Mentale Nazionale 1998-2000 prevede. Questo confronto può mettere in evidenza eventuali scarti tra le pratiche concrete e le direttive nazionali e dare avvio a un processo di elaborazione di ipotesi interpretative che potrebbero chiarire quali possano essere le determinanti di una mancata adesione agli standard previsti.

Obiettivi della ricerca (Fase 1)

Obiettivi della Fase 1 sono:

1. La realizzazione di un censimento standardizzato di tutti i Centri di Salute Mentale [CSM] presenti nel territorio delle Regioni e delle Province Autonome (P.A.) coinvolte.
Tale censimento ha previsto la rilevazione delle seguenti informazioni:
 - mappa delle risorse disponibili nell'area geografica di ciascun DSM (scheda DSM);
 - valutazione dei Centri di Salute Mentale italiani (scheda CSM):
 - aspetti strutturali (la collocazione fisica);
 - aspetti relativi alle procedure di funzionamento (personale, professionalità presenti, orari di apertura, ecc ...);
 - utenti in carico e utilizzazione del servizio;
 - caratteristiche economiche, sociali e demografiche della popolazione adulta dell'area geografica di riferimento (scheda socio-demografica);
2. Il confronto delle caratteristiche dei CSM rilevate nel censimento con gli standard previsti dal PON.
3. La definizione di determinanti organizzative, gestionali e di utilizzo dei servizi in grado di spiegare la variabilità dei dati raccolti e l'eventuale scarto dagli standard previsti dal PON.

Definizione degli strumenti

Il passaggio fondamentale che ha permesso di articolare la definizione degli strumenti è stato l'ancoraggio esplicito al Progetto Obiettivo Nazionale. Ciò che differenzia, infatti, il Prog-CSM dai precedenti studi descrittivi sulla situazione della salute mentale in Italia è il tentativo di misurare lo scarto tra osservato ed atteso utilizzando uno standard condiviso di policy.

Il Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale" è oggi la linea guida di politica sanitaria cui i Servizi di Salute Mentale devono attenersi e rappresenta il punto di riferimento normativo.

Il Centro di Salute Mentale, oggetto dello studio, secondo quanto recita il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale in Italia, nella versione 1998-2000, rappresenta: "la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti".

In particolare il CSM svolge:

- attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica;
- definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari e di "rete", nella strategia della continuità terapeutica;
- attività di raccordo con i medici di base;
- consulenza Specialistica ai servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze, ecc.), alle residenze per anziani e per disabili;
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuro psichiatriche private;
- valutazione ai fini del miglioramento continuo di qualità delle pratiche e delle procedure adottate.

Esso è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana" (PON 1998-2000).

Allo stato attuale quindi il Centro di Salute Mentale è quella struttura che, all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, garantisce la continuità assistenziale sia per la capillarità della sua presenza sul territorio, sia per le funzioni che gli sono affidate.

Il PON è stato analizzato in modo approfondito e ciò ha permesso di mettere in evidenza le principali funzioni attribuite ai CSM, che sono:

- Continuità della cura
- Coordinamento con i servizi del territorio
- Accessibilità
- Presa in carico
- Programmi specifici

Per ognuna di queste funzioni sono state formulate una serie di domande relative agli specifici indicatori che la rappresentano.

Si è giunti ad una definizione degli strumenti utili alla raccolta dati attraverso l'interazione costante, sui contenuti e sulla strutturazione delle schede di censimento, tra i componenti del comitato scientifico, i Responsabili Operativi Regionali e il gruppo di coordinamento, giungendo così a definire quattro schede di raccolta dati e un manuale di utilizzo per la decodifica degli item che costituiscono le schede:

- Scheda CSM: Struttura del CSM, Personale/Attività, Utenti in carico e utilizzo del servizio, Organizzazione, Funzioni del CSM (Allegato 1);
- Scheda DSM: Organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale, Servizi costituenti (Allegato 2);
- Scheda Normativa Regionale: attuazione normative regionali (Allegato 3);
- Scheda Sociodemografica: caratteristiche sociodemografiche (densità, età, occupazione, mortalità, ecc.) e indice di deprivazione complessivo di ciascuna delle aree territoriali di pertinenza (Allegato 4);
- Manuale: informazioni ed istruzioni per la corretta compilazione delle schede di censimento (Allegato 5).

Modalità di rilevazione

La scheda CSM è stata spedita dall'Assistente di Ricerca (AR) via e-mail e/o fax in anticipo ai responsabili delle strutture partecipanti, insieme a una lettera di accompagnamento. La sua compilazione è stata eseguita, da parte dell'AR, nel corso di un incontro diretto con il responsabile della struttura.

La scheda DSM è stata spedita dall'AR via e-mail e/o fax in anticipo ai Direttori dei vari Dipartimenti di Salute Mentale a cui afferiscono i CSM censiti dall'AR. La sua compilazione è stata eseguita, da parte dell'AR, nel corso di un incontro con il Direttore.

La scheda Normativa Regionale è stata compilata congiuntamente dall'AR e dal ROR (Responsabile Operativo Regionale).

La scheda sociodemografica è stata compilata dal Centro Studi in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico di Grugliasco utilizzando come fonte i dati ISTAT 2001.

I dati raccolti, restituiti a cadenza mensile al Centro Studi, sono stati inseriti in un data-base.

L'imputazione centralizzata è stata seguita da un processo di data management che ha consentito un controllo di qualità dei dati; questo per produrre un feed-back continuo al ricercatore su tutte le eventuali incongruenze o sui dati mancanti.

Studio Pilota

L'avvio del censimento è stato preceduto da una somministrazione pilota per verificare la chiarezza degli strumenti e il tempo necessario per la compilazione degli stessi da parte dei servizi coinvolti.

La fase pilota del progetto ha preso avvio il 26 aprile 2005 ed ha coinvolto 22 CSM italiani, si è sviluppata attraverso tre contatti ed un appuntamento telefonico.

a) Primo contatto con i vari responsabili regionali del progetto (ROR). È stato chiesto di individuare un CSM per il proprio territorio, che valesse come "prova di somministrazione" dello strumento.

b) Secondo contatto con i Responsabili dei 22 CSM pilota individuati dai ROR per:

- informare circa l'invio della scheda censimento;
- spiegare le modalità di raccolta dei dati;
- chiedere di supervisionare il materiale inviato nel più breve tempo possibile, facendo anche una stima approssimativa del tempo necessario per completare la scheda e fissare una data in cui restituire i dati.

c) Terzo contatto, a distanza di tre/quattro giorni dal primo contatto con i Responsabili dei CSM pilota per:

- assicurarci dell'avvenuta presa visione dello strumento;
- fissare l'appuntamento per la compilazione congiunta della scheda;

d) Compilazione della scheda (telefonicamente).

Nelle regioni (o singoli CSM) in cui il sistema informativo informatizzato (S.I.I.) esiste, è utilizzato ed aggiornato l'appuntamento telefonico per la restituzione dei dati è avvenuto a distanza di una settimana circa dal primo contatto. Là dove il S.I.I. invece, è poco utilizzato, non attendibile o addirittura assente, è risultato necessario più tempo per la raccolta dei dati relativi a utenti in carico e nuovi accessi, raccolta che si è avvalsa del supporto cartaceo da noi preparato (schedine – Allegati 6 e 7).

Formazione

Per quanto riguarda l'individuazione dei Responsabili Operativi Regionali (ROR) e degli Assistenti di Ricerca (AR) abbiamo utilizzato la rete già esistente e ben collaudata costituita durante le passate ricerche Progres (rilevazione nazionale sulle strutture residenziali psichiatriche) e Progres Acuti (rilevazione nazionale sulle strutture residenziali psichiatriche per pazienti acuti).

La formazione all'utilizzo degli strumenti si è svolta a fine giugno 2005 in due città italiane, Bologna e Nocera, per permettere ai vari AR di raggiungere la sede di formazione più comoda rispetto alla propria residenza.

Le giornate di formazione sono state così articolate:

- prima parte: presentazione nel dettaglio, item per item, delle schede censimento CSM e DSM e presentazione del manuale come strumento indispensabile per una corretta e attendibile rilevazione dei dati.
- seconda parte: simulazione in gruppo sulla compilazione delle schede.

Realizzazione del censimento

Il censimento ha preso avvio nel luglio 2005 e si è concluso a fine 2006.

In totale i CSM censiti sono stati 707, hanno partecipato tutte le regioni italiane ad esclusione del Molise.

In tutta Italia 43 CSM non hanno fornito alcun dato¹.

¹ I 43 CSM sono così distribuiti: 4/42 Toscana, 5/15 Marche, 5/66 Campania, 6/53 Puglia, 4/5 Basilicata, 17/34 Calabria, 2/24 Sardegna.

Capitolo 2

DATI DESCRITTIVI GENERALI

Di seguito, i dati descrittivi rilevati seguendo l'ordine delle aree indagate nella scheda di rilevazione:

1. Informazioni generali
2. Struttura del CSM
3. Personale e attività
4. Utenti in carico e utilizzo del servizio
5. Organizzazione
6. Funzioni del CSM
7. Caratteristiche DSM

Informazioni generali

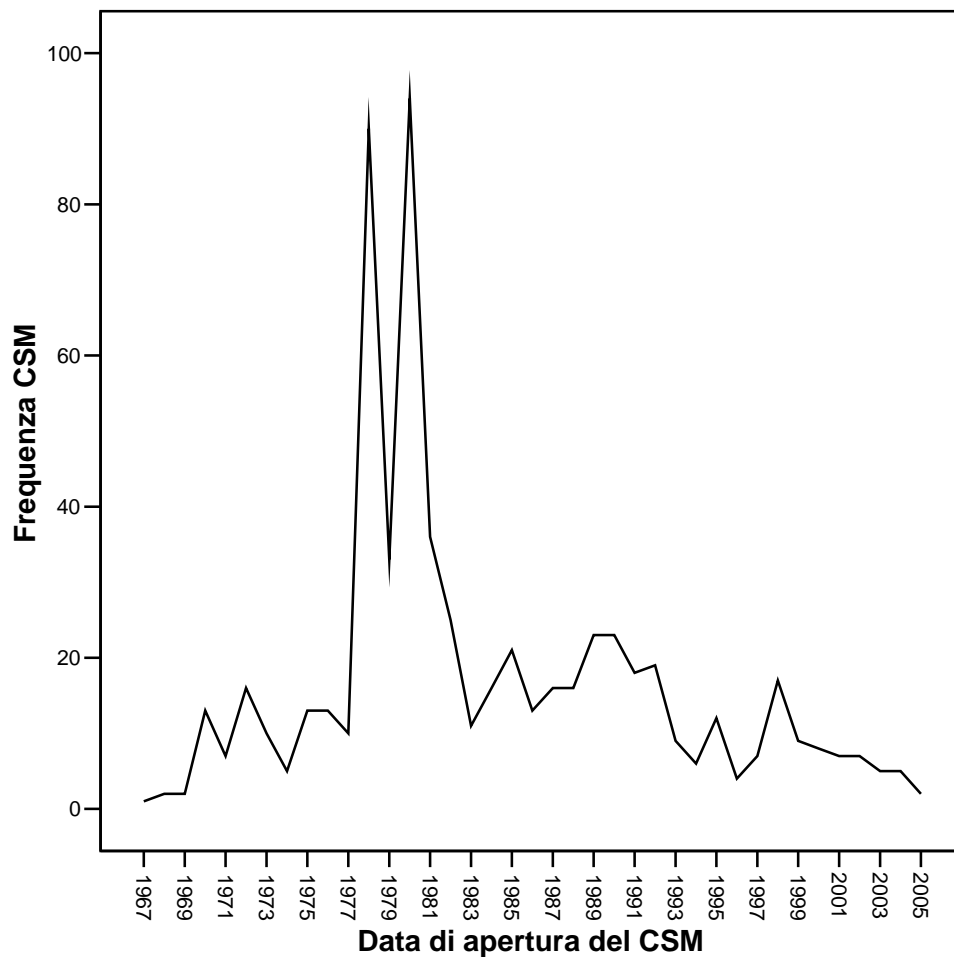
I Centri di Salute Mentale sul territorio nazionale sono 707 distribuiti in modo piuttosto omogeneo. Ogni ASL italiana ha ormai costituito da diverso tempo al suo interno il Dipartimento di Salute Mentale (DSM). Quasi sempre i CSM sono organizzati in collegamento con le altre strutture del DSM. Dai dati raccolti emergono alcune realtà in cui la struttura organizzativa dipartimentale si identifica con il CSM: in Friuli, ad esempio, i CSM svolgono funzioni residenziali e semi-residenziali, oltre a quelle ambulatoriali.

Tabella 1 - Distribuzione DSM/CSM per regione

Regione	DSM	CSM	Regione	DSM	CSM
Piemonte	25	68	Lazio	12	70
Valle d'Aosta	1	1	Abruzzo	7	16
Lombardia	29	100	Campania	13	66
Veneto	21	49	Puglia	12	53
Friuli Venezia Giulia	6	22	Basilicata	5	5
Liguria	5	17	Calabria	11	33
Emilia Romagna	13	47	Sicilia	9	48
Toscana	12	42	Sardegna	8	24
Umbria	4	14	Provincia Autonoma Bolzano	4	8
Marche	13	15	Provincia Autonoma Trento	1	9

I CSM che hanno partecipato alla ricerca hanno una data di apertura molto variabile: dai primi nati tra il 1967 e il 1970 (18 CSM) ai più recenti istituiti dopo il 2000 (34 CSM). Gli anni immediatamente successivi alla riforma (1978 – 1980) hanno visto l'apertura di 217 CSM.

Figura 1 – Numero di aperture CSM per anno



Ciascun CSM copre una porzione di popolazione limitata che va da un minimo di 11.735 abitanti a un massimo di 304.356, la media nazionale della numerosità del bacino di utenza è di 80.460 abitanti.

Dei 707 CSM considerati, 327 sono collocati in area urbana (comune con popolazione superiore a 40.000 abitanti), mentre 335 sono collocati in area extraurbana (45 dati mancanti).

Tabella 2 - *INDICATORE DI SINTESI* – collocazione dei CSM in contesto urbano ed extra-urbano – dati nazionali e regionali.

	N	Comuni con 40000 o più abitanti (%)	Comuni con meno di 40000 abitanti (%)
Italia	662	49.4	50.6
Piemonte	68	42.6	57.4
Valle d'Aosta	1	0.0	100
Lombardia	100	46.0	54.0
Veneto	49	38.8	61.2
Friuli V.G.	22	31.8	68.2
Liguria	17	64.7	35.3
Emilia R.	47	48.9	51.1
Toscana	38	42.1	57.9
Umbria	14	57.1	42.9
Marche	10	70.0	30.0
Lazio	70	61.4	38.6
Abruzzo	16	56.3	43.8
Campania	60	53.3	46.7
Puglia	47	46.8	53.2
Basilicata	1	0.0	100
Calabria	16	31.3	68.8
Sicilia	48	56.3	43.7
Sardegna	22	86.4	13.6
P.A. Bolzano	8	25.0	75.0
P.A. Trento	8	25.0	75.0

A livello nazionale i CSM sono equamente distribuiti tra contesto urbano e contesto extra-urbano, ricordando che sono stati considerati comuni urbani quelli con una popolazione maggiore di 40.000 abitanti. Ci sono differenze regionali, in Sardegna ad esempio l'86% dei CSM è situato in contesto urbano mentre nelle Province autonome di Trento e di Bolzano il 75% dei CSM è collocato in un contesto extra-urbano, dovute prevalentemente alle differenze di conformazione del territorio. Va ricordato inoltre che è stata considerata solo la collocazione della sede principale del CSM.

Sempre per quanto riguarda la collocazione dei CSM, si può vedere dalla tabella 3 che la maggior parte dei CSM è situata in una struttura territoriale autonoma o in una struttura territoriale poliambulatoriale.

Tabella 3 - Collocazione sede principale del CSM

Collocazione sede principale CSM	Frequenza	Percentuale
Area ex-OP	27	3,8
Area ospedale generale	90	12,7
Strutture territoriali poliambulatoriali con altri servizi non psichiatrici	212	30,0
Struttura territoriale autonoma	334	47,2
Totale	663	93,8
Dati mancanti	44	6,2

Struttura del CSM

299 CSM hanno solo la sede principale, 360 hanno da 1 a 10 sedi ambulatoriali decentrate oltre la sede principale (48 dati mancanti). In media l'orario di apertura della sede principale è di 61 ore settimanali (minimo = 2 ; massimo = 168 ; mediana = 59; dati mancanti = 66).

Personale e attività

Nei 707 CSM censiti lavorano 14934 fra medici, infermieri, psicologi e altre figure professionali (dipendenti, consulenti e tirocinanti/specializzandi).

Tabella 4 – Personale e ore lavorative settimanali per tipologia professionale e contratto

	Dipendenti		Consulenti		Tirocinanti/ specializzandi	
	N	Media monte ore settimanale	N	Media monte ore settimanale	N	Media monte ore settimanale
Medici specialisti in psichiatria	3036	156,71	157	5,11	100	2,90
Medici con altre specialità *	225	11,96	9	0,17	7	0,15
Psicologi	1124	56,82	162	4,23	930	15,39
Educatori professionali	540	25,6	105	4,04	17	0,47
Infermieri	5861	296,96	26	1,01	39	1,30
Assistenti sociali	1073	52,34	18	0,71	41	0,64
Tecnici della Riabilitazione	92	4,46	15	0,25	26	0,60
OTA, OSS, OSA, ADEST**	548	27,83	24	0,60	4	0,00
Altro personale***	508	23,98	55	2,10	30	0,76
Totale	13007		571		1194	
Dati mancanti	47					

* Le altre specialità mediche comprendono, ad esempio, neurologia (43 CSM), psicologia clinica (23 CSM), neuropsichiatria infantile (16 CSM), medici senza specializzazione (12 CSM).

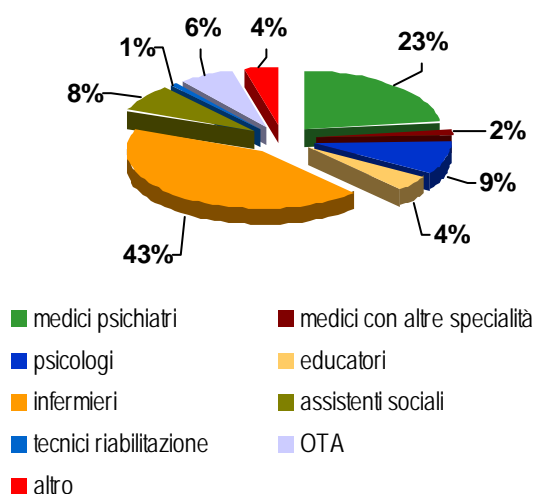
** OTA = Operatore tecnico di Assistenza; OSS = Operatore Socio Sanitario; OSA = Operatore Socio Assistenziale ; ADEST = Assistente Domiciliare e dei servizi Tutelari

*** La categoria "altro personale" comprende, ad esempio, personale con funzioni amministrative (166 CSM), sociologi (43 CSM), assistenti sanitari (33 CSM), operatori tecnici (20 CSM), pedagogisti (18 CSM).

Il personale dei CSM risulta essere per la maggior parte dipendente dall'ASL. I consulenti si distribuiscono soprattutto tra psicologi, educatori professionali e medici psichiatri mentre i tirocinanti/specializzandi sono quasi tutti psicologi. Le figure professionali maggiori maggiormente presenti nei Servizi Territoriali sono gli infermieri, i medici psichiatri e poi psicologi ed assistenti sociali.

Considerando solo le categorie professionali maggiormente rappresentate nei servizi territoriali, la tabella 4 mostra che, in media, ogni CSM ha l'equivalente a tempo pieno di 4,08 psichiatri dipendenti dall'ASL, l'equivalente a tempo pieno di 1,48 psicologi dipendenti, 0,11 consulenti e di 0,4 psicologi tirocinanti/specializzandi ed infine, l'equivalente a tempo pieno di 7,76 infermieri professionali dipendenti.

Figura 2 - Personale dipendente/consulente su territorio nazionale



Il 29,4% dei CSM ha al suo interno volontari che prendono parte regolarmente alle attività.

Nel 57% dei CSM il personale medico presta servizio anche in SPDC, nel 28,3% dei CSM presta servizio anche presso il Day Hospital, nel 44,4% nel Centro Diurno, nel 44,8% presso il Pronto Soccorso, nel 45,1% in Strutture Residenziali (l'8,3% dei CSM non ha risposto).

Tabella 5 - *INDICATORE DI SINTESI* – Numero personale in equivalenti a tempo pieno su popolazione dell'area geografica di riferimento. Dati nazionali e regionali – tassi relativi a popolazione di 100.000 abitanti)

	N	Minimo	Massimo	Media	Dev St
Italia	646	2,36	209,45	24,81	17,65
Piemonte	68	2,36	53,21	20,69	9,20
Valle d'Aosta	1	15,89	15,89	15,89	-
Lombardia	99	4,93	93,42	16,86	13,03
Veneto	48	6,02	49,24	16,45	8,59
Friuli V.G.	22	22,45	209,45	49,47	37,86
Liguria	16	15	48,22	29,86	10,75
Emilia R.	47	9,42	64,74	28,22	12,13
Toscana	35	2,47	146,96	37,77	27,00
Umbria	12	10,58	92,43	32,31	20,18
Marche	9	6,89	37,24	18,29	8,79
Lazio	69	8,75	55,70	25,08	7,64
Abruzzo	15	9,55	55,92	16,63	11,26
Campania	57	2,98	110,36	34,82	25,23
Puglia	47	6,05	45,02	19,19	7,33
Basilicata	1	18,48	18,48	18,48	-
Calabria	16	12,98	61,89	27,69	14,04
Sicilia	47	6,76	67,57	19,69	12,16
Sardegna	21	6,01	99,42	29,36	22,29
P.A. Bolzano	8	13,20	36,96	24,48	7,96
P.A. Trento	8	19,14	45,02	33,73	8,74

E' stato calcolato il rapporto tra il numero di personale in equivalente a tempo pieno e la popolazione dell'area di riferimento. In media ogni CSM ha 24,66 operatori in equivalenti a tempo pieno su una popolazione di 100.000 abitanti. In Friuli Venezia Giulia in media ogni CSM può disporre di quasi 50 operatori in equivalenti a tempo pieno. Questa differenza può essere spiegata dal fatto che in Friuli molti CSM svolgono più funzioni al loro interno, semiresidenziali, residenziali e di ricovero.

Tabella 6 - **INDICATORE DI SINTESI** – molteplicità di figure professionali presenti – numero di educatori ed assistenti sociali dipendenti e consulenti in equivalente a tempo pieno.

	N	Minimo	Massimo	Media	Dev St
Italia	653	0	19,89	2,17	1.91
Piemonte	67	0	19,89	1,74	2,78
Valle d'Aosta	1	2,42	2,42	2,42	-
Lombardia	99	0,05	9,89	2,08	1,46
Veneto	49	0	5,37	1,73	1,32
Friuli V.G.	22	0	8,92	1,65	1,75
Liguria	17	0	6,24	3,54	1,79
Emilia R.	47	0	10,42	2,78	2,52
Toscana	35	0	7,58	2,70	1,94
Umbria	14	0	1,89	0,83	0,59
Marche	9	1,47	15,79	4,25	4,66
Lazio	70	0,16	6,95	2,24	1,41
Abruzzo	16	0,84	3,79	2,14	0,94
Campania	56	0	5,68	1,59	1,23
Puglia	47	0	5,89	2,08	1,47
Basilicata	1	3,79	3,79	3,79	-
Calabria	16	0,63	3,95	1,81	1,01
Sicilia	48	0	7,58	2,47	1,49
Sardegna	22	0	9	3,10	2,33
P.A. Bolzano	8	0,16	3,11	1,53	1,09
P.A. Trento	9	0	13,84	2,81	4,23

La presenza di figure professionali quali educatori ed assistenti sociale è stata considerata importante rispetto alla possibilità di coordinare interventi su pazienti gravi che coinvolgono i servizi "confinanti" presenti sul territorio.

In Italia in media I CSM hanno 2,17 assistenti sociali e educatori in equivalenti a tempo pieno.

Utenti in carico e utilizzo del servizio

Per il 13,2% dei CSM l'accesso al servizio è vincolato ad un invio da parte di un medico (8,5% dei CSM non ha risposto).

Per il 63,9% dei CSM l'accesso al servizio è regolato dal pagamento di un ticket (esclusi gli esenti) (8,8% dei CSM non ha risposto).

Nel 59,3 % dei casi esiste la lista d'attesa tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso (escluse le urgenze). Considerando i CSM che hanno affermato di non avere la lista di attesa come aventi una lista di attesa pari a zero giorni, la media italiana di attesa di un primo colloquio è di 7,80 giorni.

Il 58,1% dei CSM è in grado di offrire una valutazione diagnostica per pazienti stranieri, il 48,7% dei CSM è in grado di offrire la presa in carico ai pazienti stranieri.

Al momento della rilevazione dei dati (marzo-aprile-maggio 2005) i pazienti in trattamento attivo in 626 CSM italiani (i rimanenti non hanno risposto) sono 457.146, in media in ogni CSM ci sono 730 pazienti in trattamento attivo. Per trattamento attivo si intende quei pazienti che hanno avuto almeno un contatto nei mesi di marzo, aprile e maggio 2005, inclusi i nuovi casi.

Di seguito le tabelle con la distribuzione per classi di età, categorie diagnostiche e genere.

Tabella 7 - Distribuzione pazienti in trattamento attivo per classi di età e genere

	Totale Pazienti (% sul totale)	Uomini (% per fascia età)	Donne (% per fascia età)
0-17 anni	3496 (0,87)	1803 (51,57)	1693 (48,43)
18-44 anni	167119 (41,62)	78907 (47,21)	88212 (52,79)
45-64 anni	144447 (35,97)	61642 (42,67)	82805 (57,33)
Oltre 65 anni	86480 (21,53)	32179 (37,21)	54301 (62,79)
Totale	401542	174531 (43,46)	227011 (56,54)
Dati mancanti (CSM)	81	111	111

Figura 3 - Distribuzione pazienti in trattamento attivo per classi di età e genere

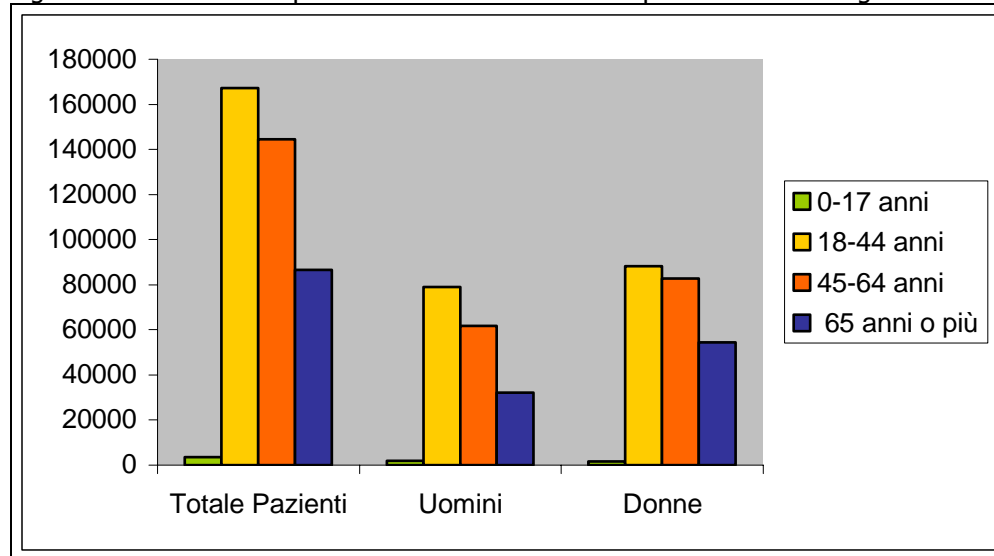
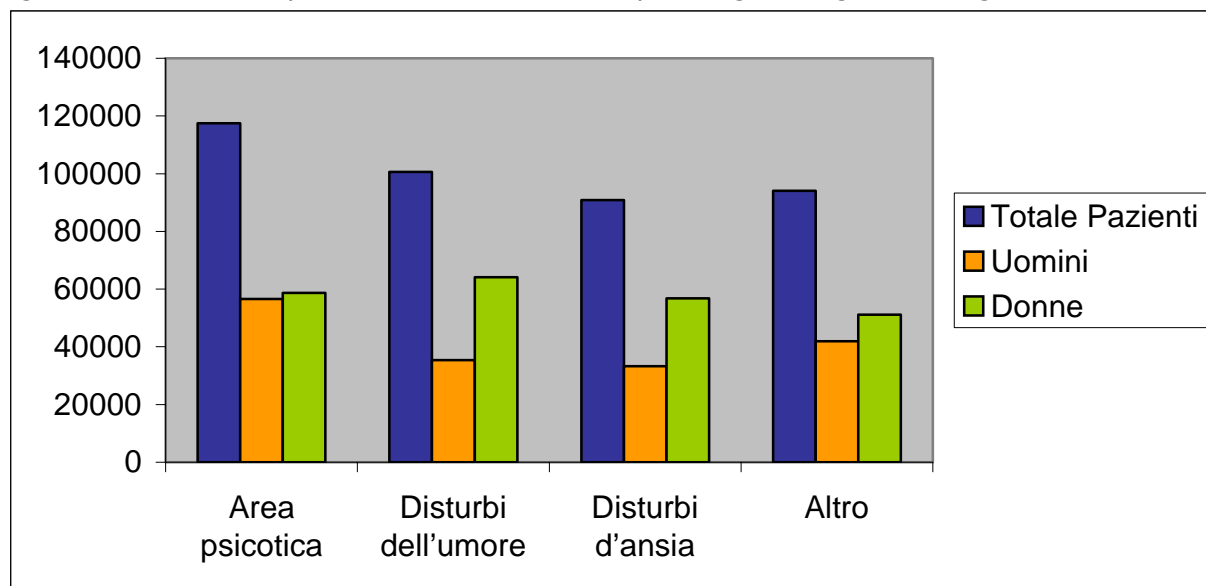


Tabella 8 – Distribuzione pazienti in trattamento attivo per categorie diagnostiche e genere

	Totale Pazienti (% sul totale)	Uomini (% per fascia età)	Donne (% per fascia età)
Area psicotica	117439 (29,14)	56632 (48,22)	58676 (49,96)
Disturbi dell'umore	100636 (24,97)	35408 (35,18)	64144 (63,74)
Disturbi d'ansia	90851 (22,55)	33246 (36,59)	56804 (62,52)
Altro	94031 (23,34)	41956 (44,62)	51126 (54,37)
Totale	402957	167242 (41,50)	230750 (57,26)
Dati mancanti (CSM)		125	

Per quanto riguarda la distribuzione per categorie diagnostiche, alcuni CSM hanno rilevato il numero totale dei pazienti per ogni area diagnostica ma non è stato possibile reperire i dati relativi al genere. Per questo motivo i totali rilevati (prima colonna) sono più elevati della somma dei pazienti uomini e donne (colonne 2 e 3).

Figura 4 – Distribuzione pazienti in trattamento attivo per categorie diagnostiche e genere



Il 25% dei pazienti in trattamento attivo ha ricevuto un intervento esterno alla sede dell'ambulatorio (domiciliari, interventi presso altri servizi non psichiatrici o presso luoghi di lavoro).

Tabella 9 - *INDICATORE DI SINTESI* – pazienti in trattamento attivo sul totale operatori in equivalenti a tempo pieno – dati nazionali e regionali.

	N	Minimo	Massimo	Media	Dev St
Italia	621	1,31	489,22	51,53	44,40
Piemonte	68	13,99	470,05	60,13	55,49
Valle d'Aosta	1	52,20	52,20	52,20	-
Lombardia	96	3,83	103,84	55,94	18,68
Veneto	47	13,76	118,65	61,77	26,24
Friuli V.G.	21	5,71	42,43	15,43	8,90
Liguria	16	8,63	71,42	35,37	16,15
Emilia R.	47	1,31	129,53	42,67	21,28
Toscana	35	10,38	291,33	47,53	47,98
Umbria	10	31,46	93,19	54,76	15,96
Marche	9	13,79	60,18	39,14	17,08
Lazio	66	3,59	77,66	29,73	11,04
Abruzzo	15	9,00	153,74	44,72	34,56
Campania	49	2,00	395,83	57,77	80,84
Puglia	47	3,50	219,05	63,90	50,08
Basilicata	1	44,08	44,08	44,08	-
Calabria	16	4,85	121,96	49,66	30,27
Sicilia	48	16,83	489,22	71,40	69,49
Sardegna	12	5,47	125,43	54,17	41,00
P.A. Bolzano	8	20,54	150,87	57,72	45,73
P.A. Trento	9	22,01	54,85	30,87	10,02

In Italia il carico di lavoro medio di ogni operatore è di 51,53 pazienti.

Tabella 10 - **INDICATORE DI SINTESI** – pazienti gravi in trattamento attivo su numero di personale in equivalenti a tempo pieno - dati nazionali e regionali.

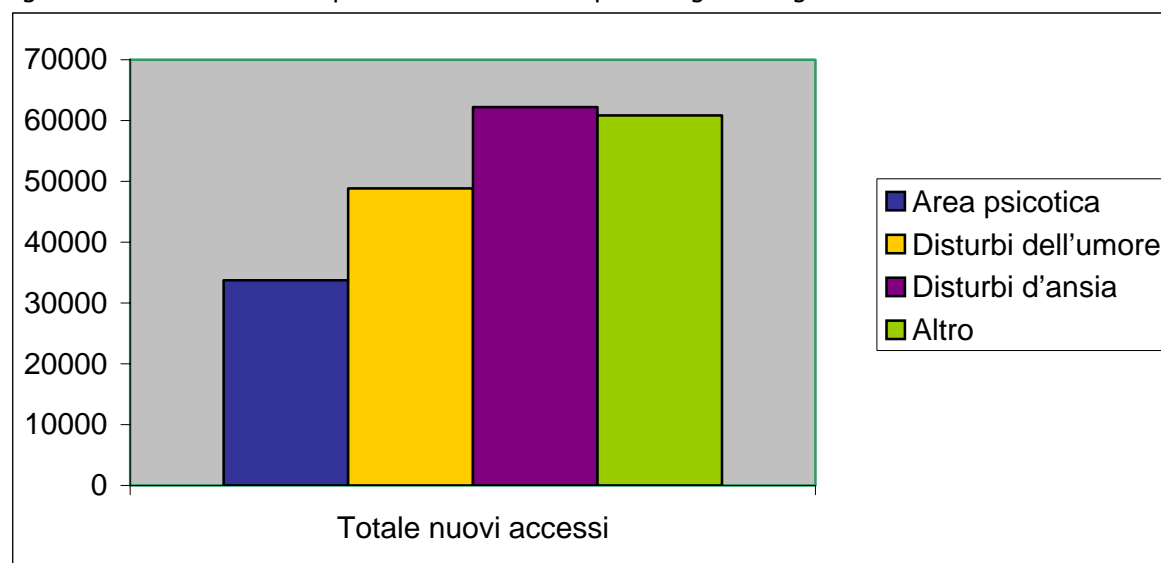
	N	Minimo	Massimo	Media	Dev. St.
Italia	576	0,62	250,69	26,80	22,19
Piemonte	66	4,65	87,29	29,41	15,77
Valle d'Aosta	1	27,66	27,66	27,66	27,66
Lombardia	93	9,67	65,40	33,42	11,73
Veneto	47	8,10	56,02	29,83	12,52
Friuli V.G.	21	1,05	34,05	8,39	7,68
Liguria	15	8,99	43,56	23,54	11,05
Emilia R.	47	0,62	72,35	22,59	13,29
Toscana	31	5,94	169,88	29,71	30,52
Umbria	7	20,50	42,36	27,53	7,81
Marche	8	8,34	43,51	22,72	12,49
Lazio	65	1,28	28,26	11,36	4,25
Abruzzo	15	2,57	108,73	26,60	25,10
Campania	41	2,38	250,69	30,91	52,46
Puglia	38	7,27	104,91	30,24	20,71
Basilicata	1	30,62	30,62	30,62	-
Calabria	16	2,26	74,88	27,32	21,64
Sicilia	43	9,55	111,08	34,83	22,55
Sardegna	4	9,39	52,44	29,60	18,01
P.A. Bolzano	8	12,36	109,47	34,88	31,15
P.A. Trento	9	11,52	33,95	17,01	7,09

Il totale dei pazienti nuovi accessi registrati nell'anno 2004 è di 234797.

Tabella 11 – Distribuzione dei pazienti nuovi accessi per categorie diagnostiche

	Totale nuovi accessi (% sul totale)	Media per CSM
Area psicotica	33762 (14,38)	61,16
Disturbi dell'umore	48858 (20,81)	88,51
Disturbi d'ansia	62205 (26,49)	112,89
Altro	60830 (25,91)	111,00
Totale	234797	386,82
Dati mancanti (CSM)	155	

Figura 5 – Distribuzione dei pazienti nuovi accessi per categorie diagnostiche



In media, l'11% dei pazienti nuovi accessi non è residente nell'area di riferimento del CSM.
In media il 37,68% dei pazienti nuovi accessi è, al momento della rilevazione, in trattamento attivo.

In 453 CSM (64,1%) le informazioni richieste in questa sezione sono state ottenute (tutte o in parte) attraverso un sistema informativo informatizzato. Nei rimanenti casi le informazioni sono state ottenute attraverso una verifica manuale delle cartelle cliniche (110 CSM), attraverso una stima approssimativa (72 CSM), utilizzando ricerche recenti condotte nel servizio (72 CSM) o in altri modi (32 CSM).

Organizzazione

Nell'89,7% dei CSM ci sono riunioni organizzative programmate aperte a tutti i profili professionali che compongono l'équipe del CSM. Nel 49,1% dei casi tale riunione ha una frequenza settimanale.

Tabella 12 - Cadenza riunioni organizzative

	Frequenza	Percentuale
Quotidiana	77	10,9
Bisettimanale	62	8,8
Settimanale	347	49,1
Quindicinale	39	5,5
Mensile	83	11,7
Meno frequente che mensile	26	3,7
Totale	634	89,7
Dati mancanti	73	10,3

Nell'89% dei CSM ci sono riunioni di discussione dei casi aperte a tutti i profili professionali che compongono l'équipe del CSM. Nel 48,9% dei casi tale riunione ha una frequenza settimanale.

Tabella 13 - Cadenza riunioni discussione casi

	Frequenza	Percentuale
Quotidiana	85	12,0
Bisettimanale	79	11,2
Settimanale	346	48,9
Quindicinale	45	6,4
Mensile	57	8,1
Meno frequente che mensile	17	2,4
Totale	629	89,0
Dati mancanti	78	11,0

Il 36,5% dei CSM, nell'ultimo mese, ha avuto riunioni di discussione casi in cui hanno partecipato operatori di altri servizi.

Nell'ultimo anno, l'équipe dell'87% dei CSM ha partecipato ad attività di formazione e/o aggiornamento promosse dal DSM o dal CSM stesso. Di questi, il 71,7% ha partecipato a giornate seminariali, l'84,6% a corsi di aggiornamento, il 31,1% a supervisioni esterne.

Funzioni del CSM ²

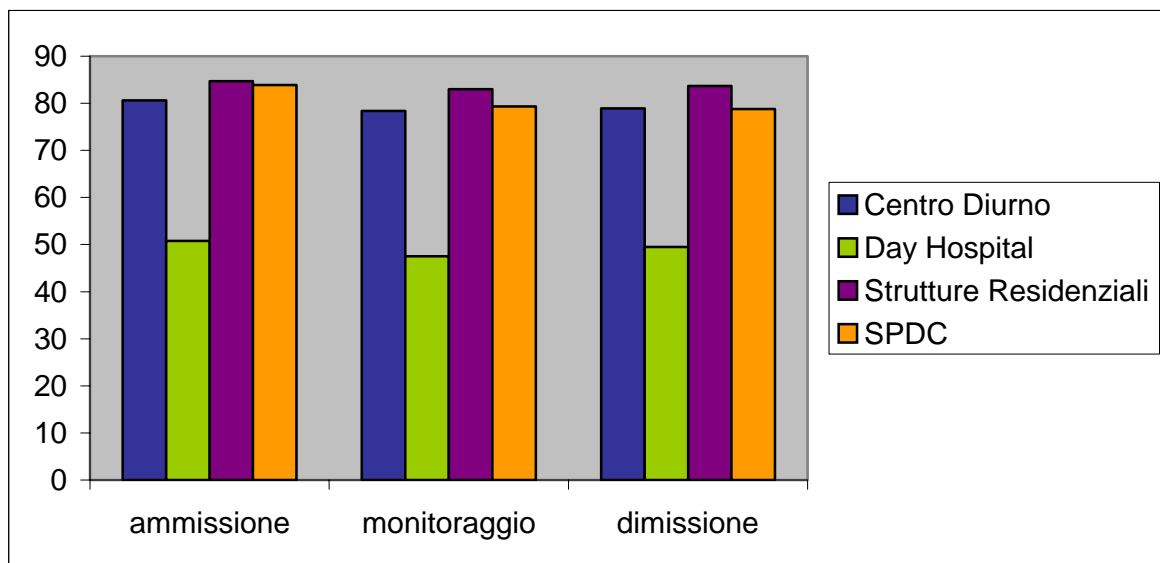
Per l'84,4% dei CSM è possibile usufruire, per i propri pazienti, di strutture/attività del tipo centro diurno (semiresidenziali con funzioni terapeutico-riabilitative) (6,5% dati mancanti). Il 94% di questi ha tutte le strutture di centro diurno all'interno del territorio del DSM (1,3% dati mancanti); il 31,6% assolve a tutte le funzioni corrispondenti con il proprio personale.

Per il 53,9% dei CSM è possibile usufruire, per i propri pazienti, di strutture/attività del tipo Day Hospital (semiresidenziali con funzioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative) (6,5% dati mancanti). Il 92,7% di questi ha tutte le strutture di day hospital all'interno del territorio del DSM (0,3% dati mancanti); il 43,5% assolve a tutte le funzioni corrispondenti con il proprio personale.

Per l'88,4% dei CSM è possibile usufruire, per i propri pazienti, di strutture residenziali (con funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative) (6,5% dati mancanti). Il 54,9% di questi ha tutte le strutture residenziali all'interno del territorio del DSM (1,8% dati mancanti); il 12,4% assolve a tutte le funzioni corrispondenti con il proprio personale.

Per il 93,2% dei CSM è possibile usufruire, per i propri pazienti, di strutture/attività del tipo SPDC (con funzioni diagnostico-terapeutiche in situazioni di urgenza/degenza) (6,8% dati mancanti). L'87,3% di questi ha l'SPDC all'interno del territorio del DSM (2% dati mancanti); il 16,4% assolve a tutte le funzioni corrispondenti con il proprio personale.

Figura 6 - Ammissione, monitoraggio e dimissioni concordate tra CSM e altri servizi del DSM



² Per "funzioni CSM" si intende il paragrafo 6 della scheda CSM (cfr Allegato 1) utilizzata per la rilevazione dei dati dei Centri di Salute Mentale italiani. Il titolo del paragrafo fa quindi riferimento a una specifica sezione del questionario che ha inteso rilevare il modo con cui i CSM si coordinano con gli altri servizi del DSM e con quelli presenti sul territorio. Nei capitoli seguenti del presente lavoro il termine "funzioni" verrà riservato alle cinque aree attraverso le quali abbiamo sintetizzato gli standard previsti dal Progetto Obiettivo Nazionale (continuità della cura, coordinamento con i servizi del territorio, accessibilità al servizio, presa in carico e programmi specifici).

In tabella 14 sono presenti i dati relativi alle domande "Se un paziente grave si rivolge al CSM per un problema relativo al lavoro/alloggio/solitudine/patologie organiche, come intervieni?" e alla domanda "Se un paziente grave necessita di un ricovero prolungato, come intervieni?". In altre parole i dati presentati sono relativi alla capacità di coordinare gli interventi.

Tabella 14 - Frequenze e percentuali (su tot CSM: 707) degli indicatori di coordinamento

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	53	7,5	96	13,6	497	70,3	61
Alloggio	59	8,3	136	19,2	451	63,8	61
Patologie organiche	81	11,5	253	35,8	312	44,1	61
Solitudine/povertà della rete sociale	78	11,0	202	28,6	365	51,6	61
Case di cura neuropsichiatriche	101	14,3	96	13,6	441	62,4	69

La maggior parte dei CSM si occupa attivamente, oltre che del trattamento, anche del supporto rispetto al lavoro, alla casa e alla rete sociale; in misura minore si occupa delle patologie organiche. La maggior parte dei CSM coordina attivamente gli invii alle case di cura, verifica nel tempo l'andamento del ricovero dei pazienti inviati e ne coordina le dimissioni.

Tabella 15 - Programmi specifici (frequenze e % su 707 CSM)

	Se ne occupa un sottogruppo di operatori/l'intera équipe		Non me ne occupo/me ne occupo solo in casi eccezionali		Dati mancanti
	Frequenze	Percentuali	Frequenze	Percentuali	
Prevenzione (informazione, promozione salute, stigma)	389	55,0	254	35,9	64
Intervento precoce all'esordio psicotico	373	52,8	269	38,0	65
Intervento su adolescenti a rischio	246	34,8	397	56,2	64
Prevenzione e recupero dei casi di drop-out	339	47,9	302	42,7	66
Continuità terapeutica	538	76,1	106	15,0	63
Interventi di supporto domiciliare intensivo	447	63,2	197	27,9	63
Formazione ai medici di base	340	48,1	303	42,9	64
Programmi di liaison in ospedale generale	304	43,0	340	48,1	63
Formazione ed inserimento lavorativo	517	73,1	127	18,0	63
Interventi rivolti ad utenti con comorbidità	418	59,1	225	31,8	64
Sostegno a detenuti con disturbo mentale e OPG	172	24,3	471	66,6	64
Gruppi di auto mutuo aiuto	350	49,5	293	41,4	64
Gruppi con familiari di pazienti	458	64,8	185	26,2	64
Prevenzione del suicidio	271	38,3	369	52,2	67
Interventi rivolti a persone con DCA	290	41,0	354	50,1	63
Salute mentale di genere	273	38,6	367	51,9	67

In tabella 15 è possibile vedere che i programmi specifici più attivati dai CSM italiani sono relativi alla continuità terapeutica, al lavoro, ai familiari dei pazienti e agli interventi domiciliari. Le aree meno sviluppate sono invece relative agli OPG, agli adolescenti, al suicidio, alle specificità di genere e ai DCA.

Caratteristiche DSM

La scheda DSM è stata compilata dal direttore del Dipartimento di salute Mentale insieme con il ricercatore e contiene una serie di indicazioni sull'organizzazione interna del DSM e sulla sua collocazione all'interno dell'Azienda Sanitaria cui appartiene.

L'obiettivo è quello di analizzare l'organizzazione dei Centri di Salute Mentale su due livelli costantemente in integrazione/sovrapposizione tra loro, legati alle funzioni ed alle risorse del Centro di Salute Mentale stesso e a quelle del Dipartimento di Salute Mentale.

I 707 CSM italiani censiti fanno parte di 210 Dipartimenti di Salute Mentale.

Il 70,95 % DSM nell'organizzazione sanitaria corrispondono all'intero territorio della ASL. Rari sono i casi in cui i DSM corrispondono a solo una parte del territorio della ASL.

Il 63,8% dei DSM ha un regolamento che è stato approvato con delibera tra il 1976 e il 2006.

Il 29,5% dei DSM hanno al loro interno l'Unità Operativa della NPI, il 19,5% dei DSM hanno il Servizio di psicologia Clinica, l'8,09% il SerT e un rimanente 14,28% hanno al loro interno altre Unità Operative (servizi per l'handicap psichico, psicoterapia, ansia e depressione, DCA, servizi socio-psichiatrici, giovani adulti).

Oltre ai 707 CSM i 210 Dipartimenti di Salute Mentale sono costituiti da 276 SPDC, 260 Day Hospital, 835 ambulatori territoriali e/o distrettuali, 514 Centri Diurni, 36 centri crisi, 1045 strutture residenziali e 142 altre strutture come gruppi appartamento, comunità alloggio, centri per le psicoterapie, progetti di residenza autonoma.

Il 74,76% dei DSM ha al suo interno strutture residenziali a propria direzione tecnica. 471 sono le strutture ad alta intensità assistenziale (24 ore) con 6068 posti letto, 180 quelle a media intensità assistenziale con 1230 posti letto e 539 quelle a bassa intensità assistenziale (gruppi appartamento, appartamenti protetti o supportati) con 2075 posti letto.

I posti letto utilizzati dai DSM nell'anno 2004 (150 su 210 sono i DSM che hanno risposto) sono 14828.

7101 sono posti letto utilizzati in Strutture Residenziali a gestione diretta del DSM, 7641 quelli utilizzati in strutture residenziali convenzionate.

I nostri dati, rispetto ai dati di precedenti ricerche (Santone, et al., 2005; de Girolamo, et al., 2002; de Girolamo & Cozza, 2000) confermano la tendenza a una diminuzione dei posti letto psichiatrici e a una maggior diffusione dei servizi sul territorio.

Nel 70,95% dei DSM sono attivi gruppi di lavoro che si occupano in modo specifico di inserimenti lavorativi, nel 43,33% dei DSM gruppi di lavoro che si occupano di reperimento di soluzioni abitative autonome, nel 49,04% dei DSM gruppi di lavoro che si occupano dei rapporti con i medici di medicina generale e specialisti di altre branche medico-chirurgiche, il 33,33% dei DSM ha invece gruppi di lavoro che si occupano in maniera specifica di attività di sostegno a problemi di solitudine o povertà della propria rete sociale.

Il 79,52% dei DSM sono dotati di un sistema informativo, nel 33,33% dei casi tale sistema informativo è a livello regionale, nel 40% a livello dipartimentale e nel 6,6% a livello di singolo modulo.

Nel 28,09% dei DSM esistono procedure di valutazione standardizzata del funzionamento che prevedono l'analisi degli esiti, nel 35,71% dei DSM prevedono l'analisi della soddisfazione dei pazienti, nel 29,52% la soddisfazione dei familiari, nel 17,14% la soddisfazione degli operatori.

Il 27,61% dei DSM nel 2004 ha promosso programmi di ricerca di trial farmacologici, il 41,90% ha promosso altri studi non farmacologici (valutazione dei servizi, studi epidemiologici).

Il 61,42% dei DSM ha partecipato a trial farmacologici nel 2004, il 56,19% ha partecipato ad altri studi non farmacologici.

Tabella 16 - *INDICATORE DI SINTESI* – percentuale di CSM collocati in DSM monofunzionali o polifunzionali (che comprendono al loro interno almeno uno tra i servizi di NPI, SerT, Psicologia Clinica) – dati nazionali e regionali.

	Dipartimenti		
	N	Monofunzionali	Polifunzionali
Italia	652	41,40	50,70
Piemonte	68	67,6	32,4
Valle d'Aosta	1	-	100
Lombardia	95	26,0	69,0
Veneto	49	75,5	24,5
Friuli V.G.	22	18,2	81,8
Liguria	17	100	-
Emilia R.	47	-	100
Toscana	37	9,5	78,6
Umbria	7	-	50,0
Marche	10	33,3	33,3
Lazio	70	47,1	52,9
Abruzzo	16	25,0	75,0
Campania	58	65,2	22,7
Puglia	53	26,4	73,6
Basilicata	1	20,0	-
Calabria	15	39,4	6,1
Sicilia	45	50,0	43,8
Sardegna	24	54,2	45,8
P.A. Bolzano	8	-	100
P.A. Trento	9	100	-

Tabella 17 - *INDICATORE DI SINTESI* – Percentuale di CSM inseriti in DSM diversamente articolati – dati nazionali e regionali.

	Livello di articolazione				
	N	1	2	3	4
Italia	651	2,70	5,20	26,00	58,10
Piemonte	68	7,4	7,4	32,4	52,9
Valle d'Aosta	1	-	-	100	-
Lombardia	95	-	4,0	26,0	65,0
Veneto	49	-	-	18,4	81,6
Friuli V.G.	22	-	-	27,3	72,7
Liguria	17	-	-	11,8	88,2
Emilia R.	47	-	-	12,8	87,2
Toscana	36	-	-	26,2	59,5
Umbria	7	-	-	-	50,0
Marche	10	-	6,7	46,7	13,3
Lazio	70	-	-	54,3	45,7
Abruzzo	16	-	31,3	37,5	31,3
Campania	58	-	-	19,7	68,2
Puglia	53	20,8	20,8	22,6	35,8
Basilicata	1	-	-	20,0	-
Calabria	15	6,1	9,1	21,2	9,1
Sicilia	45	-	-	25,0	68,8
Sardegna	24	4,2	29,2	16,7	50,0
P.A. Bolzano	8	-	12,5	12,5	75,0
P.A. Trento	9	-	-	-	100

Capitolo 3

ASSISTENZA PSICHIATRICA E PROGETTO OBIETTIVO NAZIONALE

La prima legge nazionale sull'assistenza psichiatrica, intitolata "Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati", fu promulgata nel 1904 dal governo Giolitti e seguita, pochi anni dopo, da un regolamento di esecuzione. Questa legge si configurava essenzialmente come una regolamentazione dell'ordine pubblico dando più rilievo alla "custodia" piuttosto che alla "cura", sottolineando così la necessità di proteggere la società dai malati di mente. L'internamento manicomiale veniva così motivato: "Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette da qualsiasi causa d'alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo" (L. n. 36/1904). Il ricovero avveniva con la certificazione di un medico e l'ordinanza del questore oppure dietro richiesta del paziente stesso. Dopo un periodo di osservazione (15 giorni) il direttore del manicomio doveva trasmettere al procuratore della repubblica una relazione scritta. Entro 30 giorni la persona veniva dimessa oppure sottoposta a "ricovero definitivo". In quest'ultimo caso veniva interdetta e veniva nominato un tutore. La cessazione del ricovero definitivo poteva avvenire solo in seguito a una certificazione di guarigione o a una richiesta da parte della famiglia, richiesta autorizzata dal tribunale. L'assistenza psichiatrica era amministrata dalle province, ciascuna delle quali doveva dotarsi di un manicomio.

Per una prima modifica della legislazione in merito all'assistenza psichiatrica bisognerà attendere fino al 1968: la legge n. 431 (Legge Mariotti) istituisce il ricovero volontario e introduce la possibilità di trasformare il ricovero coatto in volontario. Questa legge inoltre prevede alcune trasformazioni organizzative dell'ospedale psichiatrico, avvicinandolo così al funzionamento degli ospedali generali, e istituisce attività preventive e di postcura esterne all'ospedale psichiatrico.

Con il fondamentale lavoro di Franco Basaglia negli Ospedali Psichiatrici di Gorizia e Trieste e del movimento anti-istituzionale italiano, e con l'approvazione della legge 180 nel 1978, arriviamo alla riforma definitiva del sistema psichiatrico italiano. I manicomi chiudono e i pazienti sono seguiti e assistiti grazie a una rete di assistenza domiciliare e ambulatoriale per la terapia ordinaria, integrata da interventi e ricoveri brevi per le situazioni di crisi. Persone destinate alla reclusione cronica tornano a vivere, in famiglia o in piccole comunità, un'esistenza dignitosa e autonoma. Questa legge pone l'Italia all'avanguardia nel sistema psichiatrico internazionale e allo stesso tempo agisce da catalizzatore delle spinte all'innovazione negli altri paesi.

La legge 180, approvata il 13 maggio 1978 (Norme per gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori), inserita in seguito nella Legge di Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (833/23 dicembre 1978), pone, alla base del trattamento sanitario, il diritto della persona alla cura e alla salute e non più il giudizio di pericolosità. Tale trattamento è di norma volontario e viene effettuato, come la prevenzione e la riabilitazione, nei presidi e nei servizi extra-ospedalieri, operanti nel territorio. Qualora vi siano "alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici", e si siano rivelati inefficaci tutti i tentativi in tal senso, persistendo il rifiuto delle cure da parte del soggetto, può essere richiesto il trattamento sanitario obbligatorio (Tso) che può essere attuato presso le strutture territoriali di salute mentale, al domicilio del paziente, oppure presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) istituiti presso gli ospedali generali. La Legge 180 stabilisce inoltre che negli ospedali psichiatrici non debba più essere ricoverato nessuno, mentre vengono concesse deroghe - rinnovate poi per alcuni anni - all'ammissione di pazienti ricoverati prima del maggio 1978.

Il Progetto Obiettivo Nazionale 1994-1996

Il passaggio dall'ottica custodialistica ad una visione più moderna dell'assistenza psichiatrica, incentrata sulla prevenzione delle patologie, la cura e la riabilitazione del paziente con disturbi psichici, trova definitiva conferma nel "Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale" emanato per il triennio 1994-1996. Il Progetto Obiettivo, attraverso indicazioni organizzative, obiettivi e strategie, permette di tradurre

nella pratica lo spostamento del fulcro dell'assistenza ai pazienti psichiatrici dalle strutture di ricovero ai servizi sul territorio. Per la prima volta i principi ispiratori della Legge 180 – superamento delle finalità di controllo sociale, lotta al pregiudizio, superamento dei circoli viziosi della "alienazione" del malato di mente ed instaurazione dei circoli "virtuosi" della riabilitazione e della reintegrazione nel tessuto sociale – si incontrano con una adeguata progettazione delle strutture psichiatriche (Marino, 1999).

Le grandi questioni che il PON 1994-1996 si trova ad affrontare sono riassumibili in quattro aree principali:

1. area dell'organizzazione delle strutture
2. area della formazione professionale degli operatori
3. area dell'organizzazione dipartimentale del lavoro
4. area connessa con il superamento degli Ospedali Psichiatrici (Op)

La prima area contiene una serie di indicazioni per la costruzione di una rete di servizi, tale da poter accogliere in maniera diversificata le domande di cura, dal *counselling* svolto in attività ambulatoriale, alla gestione della crisi, fino al ricovero nel corso di un episodio di acuzie.

L'area della formazione professionale degli operatori psichiatrici diventa nel PON 1994-1996 un'area di fondamentale importanza. I profondi cambiamenti culturali che il sistema propone dopo la legge di riforma, la gestione dei pazienti dimessi dagli ex Op, le forme di "nuova cronicità", l'approccio integrato al paziente ed al contesto familiare e sociale da cui proviene, la diversificazione delle tecniche psicoterapeutiche e riabilitative, nonché le conquiste psicofarmacologiche degli ultimi decenni, impongono una nuova adeguata professionalità dei *caregiver*.

Il coordinamento dipartimentale della rete dei servizi psichiatrici pubblici rappresenta un'altra delle caratteristiche innovative del Progetto Obiettivo 1994-1996: sono definiti con precisione ambiti di competenza, strategie di intervento, configurazione operativa e modalità di gestione del Dipartimento di Salute Mentale.

L'ultima area, relativa all'effettivo superamento degli Ospedali Psichiatrici, si rende necessaria data la carenza delle strutture atte ad ospitare i pazienti dimessi, la diffusa difficoltà a recepire il concetto di effettiva chiusura dei manicomi, il nuovo concetto di "progetto di dimissione personalizzata" e la difficoltosa acquisizione del *know how* nell'ambito della gestione del paziente dimesso.

Il progetto di superamento degli ex Ospedali Psichiatrici si struttura con la definizione delle Linee Guida per la chiusura degli ex Ospedali Psichiatrici emanate con il Dm del 24 maggio 2005. I dati ufficiali riguardanti la chiusura degli Ospedali Psichiatrici mostrano in diverse aree notevoli ritardi dovuti, in alcuni casi, a difficoltà di accordi con i Comuni e i servizi di assistenza sociale, in altri casi, alle difficoltà o alla lentezza di intervento delle aziende pubbliche, in altri casi ancora, alla difficoltà nel reperire le risorse finanziarie.

Le linee di intervento e di attività del Progetto Obiettivo 1994-1996 vengono recepite da tutte le regioni che, in quegli anni già si impegnano, anche se con gradi di intensità diversi, nella realizzazione di servizi e strutture alternative agli ex ospedali psichiatrici³. Una ricerca del 1996 sull'assistenza psichiatrica in Italia (Cozza, Napolitano, 1996), rileva in generale una buona organizzazione dei servizi di salute mentale, mentre permangono ancora al di sotto dei parametri ottimali i servizi psichiatrici ospedalieri (carenza di posti letto, di personale e di spazi concessi nell'ambito di ospedali generali).

L'incontro tra quanto previsto dal PON 1994-1996, i bisogni che scaturiscono dall'applicazione delle varie leggi finanziarie e le linee guida del 1995, risente inevitabilmente delle condizioni nelle quali le diverse realtà regionali si trovano rispetto all'assistenza psichiatrica. Una cultura come quella italiana nella quale il diverso e la devianza sono naturalmente meglio accettabili e conciliabili rispetto ad altre culture, può rappresentare un naturale aiuto nel percorso di riconquista dei fondamentali diritti del paziente. Tuttavia mentre l'aspetto culturale costituisce un elemento favorevole a questo processo, la disomogeneità nell'offerta dei servizi sul territorio gioca un ruolo opposto (Marino, 1999).

³ Per un confronto del processo di riforma tra Nord e Sud Italia, cfr. Bollini, P., Reich, M., & Muscettola, G. (1988).

Il Progetto Obiettivo Nazionale 1998-2000

Il nuovo progetto obiettivo elaborato con i contributi dell'Osservatorio Nazionale per la Salute Mentale è strettamente collegato, nell'impostazione metodologica e negli intenti generali, al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 di cui costituisce un "adempimento prioritario". Il piano sanitario nazionale colloca la salute mentale tra le numerose tematiche ad elevata complessità per le quali si rendono necessari indirizzi programmatori specifici.

Il nuovo PON contiene obiettivi specifici di salute, di prevenzione, di cura e di riabilitazione. La necessità di una configurazione strutturale del Dipartimento di Salute Mentale e delle relative funzioni e standard (previsti nel precedente Progetto Obiettivo) viene ribadita nella nuova formulazione: Centro di Salute Mentale (CSM), Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), Day-Hospital, Centro Diurno e Strutture Residenziali.

Il Centro di Salute Mentale (CSM) coordina gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei pazienti nel territorio di competenza; esamina la domanda di accoglienza e l'attività diagnostico-terapeutica; definisce la modalità di approccio integrato, i sistemi di raccordi con i medici di base e le varie consulenze specialistiche.

Il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) garantisce trattamenti volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero. E' situato in contesto ospedaliero con area di emergenza attiva 24h/24h.

Il Day Hospital (DH) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a medio e breve termine. La sua collocazione può essere in strutture ospedaliere o in strutture esterne all'ospedale ma collegate con il CSM.

Il Centro Diurno (CD) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutiche e riabilitative legate alla sperimentazione di abilità nell'area della cura di sé e delle relazioni interpersonali. E' aperto per almeno 8 ore al giorno sei giorni la settimana.

Le strutture residenziali non rappresentano delle soluzioni abitative, ma costituiscono la sede dello svolgimento dei programmi terapeutico-riabilitativi per utenti di esclusiva competenza psichiatrica.

Al fine di escludere qualsiasi forma di isolamento, tali strutture sono da collocarsi in località urbanizzate e facilmente accessibili.

Le motivazioni che fondano la costruzione del nuovo Progetto Obiettivo non risiedono tanto nella necessità di ulteriori cambiamenti nell'organizzazione delle strutture, quanto negli aspetti problematici che, dopo il precedente progetto, rimangono ancora irrisolti (Marino, 1999).

I punti nodali ancora da affrontare sono così riassumibili:

1. scarsa attenzione ai problemi specifici dell'età evolutiva, necessaria invece per sviluppare strategie complessive, mirate alla tutela della salute mentale della popolazione nell'intero arco del ciclo vitale (infanzia, adolescenza, età adulta, età avanzata), e per garantire la continuità della presa in carico;
2. presenza di situazioni di istituzionalizzazione sulle quali non hanno avuto effetto gli interventi per il superamento degli Op, in particolare gli Opg e l'istituzionalizzazione di pazienti in età evolutiva;
3. carenza di valutazioni sistematiche di efficienza ed efficacia;
4. mancata attuazione del monitoraggio della spesa;
5. carenze nel coordinamento degli interventi.

"Il Progetto Obiettivo individua come prioritari gli interventi volti ad assicurare la presa in carico dei pazienti con disturbi mentali gravi, da cui possono derivare disabilità, tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza. Si tratta primariamente di pazienti psicotici, con elevato rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale, ai quali è necessario dare una risposta anche laddove non vi è una richiesta esplicita di intervento, ad esempio da parte di pazienti con scarsa o nulla consapevolezza di malattia."

In particolare:

- migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali.
- ridurre l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per problemi di salute mentale.

Altri obiettivi, a questi legati, hanno a che fare con la prevenzione del disagio psichico:

- prevenire i comportamenti a rischio in età preadolescenziale e adolescenziale con riferimento alle lesioni accidentali gravi, alle autolesioni e alla dipendenza;
- prevenire i casi di disagio psichico e sociale dovuto a problematiche scolastiche, familiari e relazionali, anche in riferimento ad abusi e maltrattamenti.

Quali strategie e risorse?

Nel nuovo Progetto Obiettivo le Regioni vengono sollecitate a destinare alle attività del DSM quote adeguate del Fondo Sanitario Regionale. "L'attribuzione delle risorse tiene necessariamente conto di specifiche esigenze documentate, quali ad esempio concentrazione di utenti gravi in particolari aree metropolitane, la dispersione territoriale o le difficoltà di trasporti [...]".

Dal momento che per dare reale efficacia agli interventi occorre una coordinazione strategica di tutti i soggetti coinvolti, è importante il concetto di "patto per la salute mentale" che, stipulato tra molteplici attori (sanitari/sociali, pubblici/privati, ecc.), implica la collaborazione interattiva, la messa a disposizione di diversi strumenti utili per l'emancipazione e la riabilitazione, nonché l'ottimizzazione dell'organizzazione e dell'assistenza.

Il problema della qualità è inteso nel senso di qualità percepita da parte dell'utenza e dei familiari degli utenti. Il PON prevede che il DSM attivi un nucleo di valutazione e miglioramento della qualità professionale degli operatori e della qualità percepita dagli utenti. Inoltre nell'ambito delle attività di valutazione sono previsti studi di *follow-up* su particolari fasce di utenze e sull'identificazione di studi sentinella (suicidi, atti di aggressività).

La realizzazione del nuovo Progetto Obiettivo prevede l'impegno, oltre che del Ministero della Sanità, anche delle Regioni, delle Province Autonome, dell'Università e degli altri enti di ricerca.

Il ruolo degli enti locali è quello di collaborare con proprie specifiche risorse alla realizzazione di quanto previsto dal PON, destinando quote adeguate dei propri bilanci. I Comuni in particolare garantiscono lo sviluppo degli interventi di prevenzione primaria, partecipano alla programmazione e verificano i risultati ottenuti dalle Aziende in campo di salute mentale, assicurano la fruizione dei servizi sociali, garantiscono il diritto alla casa, destinano strutture per garantire i servizi.

In conclusione, il percorso tracciato rende l'idea delle difficoltà incontrate nel settore psichiatrico per realizzare pienamente quel tipo di assistenza che fa del nostro paese uno dei più avanzati nella sperimentazione di nuove forme di assistenza al malato mentale. Nel "dopo 180" sono stati necessari numerosi anni di ricerca per giungere alla definizione di un nuovo modello di servizi in antitesi a quello custodialistico e capace di fornire un'assistenza "integrata" ai pazienti che la richiedono. Il modello dipartimentale sembra rispondere validamente a questo scopo. Esso coniuga la specificità dei diversi momenti della cura attraverso le sue diverse articolazioni (CD, DH, SPDC, SR, CSM) con una unitarietà di indirizzo. Fortunato Marino (1999) in "I Servizi psichiatrici nella sanità riformata" scrive: "Vi è ancora molta strada da fare: il processo di definitivo superamento degli ex ospedali psichiatrici è in fase avanzata, ma non ancora terminato, la riorganizzazione dei servizi non è ancora giunta a conclusione in molte realtà regionali, troppi utenti sono ancora disinformati, lontani dagli operatori, persi in una miriade di illusioni terapeutiche o relegate ad una esistenza ai margini della società. Alcuni non sono in grado di chiedere aiuto, altri si rivolgono a chi usa metodi di cura non basati su prove di efficacia. La società, alle soglie del terzo millennio, ha il dovere di basare l'assistenza su criteri scientifici, e di distribuirla sulla base dei principi di uguaglianza e solidarietà. Immaginiamo un futuro in cui il malato psichico, soprattutto se grave, preso in carico dal servizio, verrà seguito nel tempo attraverso tutti gli strumenti che la *evidence based medicine* ha posto e porrà a nostra disposizione."

Documentare il cambiamento

Fino agli anni '90 la diminuzione dei ricoveri ha rappresentato l'unico dato nazionale che documentasse il cambiamento dell'assistenza psichiatrica a partire dalla riforma. Negli anni successivi, sia in Italia che all'estero, diversi contributi di ricerca hanno cercato di descrivere in modo più approfondito e puntuale questi cambiamenti⁴. Il presente progetto si colloca all'interno di questo filone di studi.

⁴ Si vedano, tra gli altri: Barbato, et al., 1998; Bassi, et al., 2003; Bollini, et al. 1987; Bollini & Mollica, 1989; Bollini, 1994; Burti, 2001; de Girolamo & Cozza, 2000; de Girolamo, et al., 2002; de Girolamo, et al., 2007; Gruppo Nazionale Progres, 2001; Fioritti, et

La prima fase del Progetto si è posta dunque l'obiettivo di censire le strutture-chiave della community care italiane, non solo descrivendone le caratteristiche logistiche ed organizzative, ma analizzandone le funzioni essenziali (a partire dagli standard previsti dal PON e dalla necessaria integrazione con gli altri servizi del DSM). A partire da un'analisi delle indicazioni contenute nel PON, si è sintetizzato cinque funzioni principali dei servizi territoriali:

1. La continuità della cura
2. Il coordinamento con i servizi del territorio
3. L'accessibilità
4. La presa in carico della domanda
5. I programmi specifici e la prevenzione

Di seguito, la definizione generale delle cinque funzioni che verranno approfondite e discusse nel capitolo seguente.

Considerando le indicazioni del PON, la *continuità della cura* si traduce nell'offerta delle diverse tipologie di servizi su cui va articolato il percorso terapeutico all'interno del DSM (Centro Diurno, Day Hospital, Strutture Residenziali a supporto variabile, SPDC), ma anche la capacità del CSM di coordinare il ricorso ad ognuno di questi servizi (in termini di invio/ammissione, di monitoraggio e di dimissione).

Il *coordinamento con gli altri servizi del territorio* è una funzione chiave del buon funzionamento dei CSM, secondo il PON, in quanto consente di inserire nel percorso di trattamento a lungo termine, le iniziative che competono ad altri servizi, al di fuori del DSM. Sono state considerate particolarmente significative quattro aree specifiche: il lavoro, la casa, la rete sociale e le patologie somatiche. E' stata quindi valutata la capacità del singolo CSM di coordinarsi con i servizi deputati a questi bisogni.

L'*accessibilità*, sempre in corrispondenza agli standard previsti dal PON, è descritta da quelle caratteristiche strutturali/organizzative che possono facilitare/ostacolare l'accesso del paziente al servizio e che possono garantire l'equità dell'offerta di trattamento all'intera popolazione dell'area di riferimento. L'orario di apertura del CSM di 72 ore settimanali su 6 giorni alla settimana, la presenza di sedi decentrate sul territorio e l'esistenza di procedure per rispondere alla domanda di pazienti stranieri vengono considerate dal PON caratteristiche di grande importanza perchè rendono i Centri di Salute Mentale disponibili sull'intero territorio ed accessibili all'intera popolazione di competenza. Inoltre, sempre nell'area dell'accessibilità, viene data evidenza all'esistenza di barriere organizzative ed economiche, quali la necessità di un invio dal medico di base, il pagamento del ticket e la lunghezza della lista di attesa anch'esse caratteristiche dei CSM che possono facilitare/ostacolare l'accesso del paziente al servizio.

La *presa in carico* consiste nella capacità dei CSM di assicurare la risposta ai bisogni di salute mentale della popolazione in termini di utilizzo dei servizi. Il PON stabilisce come "obiettivo prioritario, in accordo con il piano sanitario nazionale, di assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni delle persone affette da disturbi mentali gravi, che presentano disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza e che sono ad alto rischio di cronicizzazione ed emarginazione".

La presa in carico è descritta dal numero di pazienti in trattamento attivo presso il servizio in una finestra temporale di 3 mesi, marzo-aprile-maggio 2005 (prevalenza trattata), il numero di pazienti "nuovi casi" nell'anno 2004 (incidenza) e la loro distribuzione diagnostica.

La funzione *programmi specifici e prevenzione* si riferisce alla capacità del CSM di attivare autonomamente o all'interno del Dipartimento cui appartiene progetti di cura e di prevenzione su specifiche aree di disagio o per specifici target della popolazione. La capacità cioè di attivare specifici progetti di informazione alla popolazione, di prevenzione, di intervento precoce all'esordio psicotico, di lavoro su specifiche aree come l'adolescenza, la doppia diagnosi, detenuti con problemi psichiatrici, i familiari dei pazienti o di integrazione con il territorio come la formazione su inserimenti lavorativi, la formazione a medici di base o programmi di liaison presso gli Ospedali Generali.

Capitolo 4

LE FUNZIONI

In questo capitolo vengono presentati i dati relativi alle cinque funzioni descritte in precedenza (continuità della cura, coordinamento con i servizi "confinanti" del territorio, accessibilità, presa in carico e progetti specifici legati a particolari aree problematiche). Ognuna di esse è stata misurata attraverso una serie di indicatori specifici presenti nella scheda CSM. Tali indicatori sono stati costruiti per consentire di misurare la soddisfazione (o meno) dei requisiti previsti dal PON.

Per ciascuna delle cinque funzioni (con la sola eccezione della presa in carico) si è inoltre provveduto a calcolare un indice sintetico, basato esclusivamente, sugli indicatori esplicitamente menzionati dal PON. Altri indicatori, che non sono rientrati nel calcolo dell'indice sintetico, sono presentati e analizzati singolarmente.

Funzione 1. Continuità della cura

Per continuità della cura si intende il grado di integrazione dei CSM con gli altri servizi che costituiscono il Dipartimento di Salute Mentale (Centro Diurno, Day Hospital, Strutture residenziali, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), vale a dire, la capacità di fornire un intervento integrato con particolare riguardo alla riabilitazione e alla gestione degli stati di crisi.

La continuità della cura è stata valutata grazie a 4 indicatori:

- (a) L'indice sintetico di continuità della cura, che comprende i parametri previsti dal PON (ammissione, monitoraggio e dimissioni concordate).
- (b) I programmi specifici nell'area della continuità della cura, in particolare, la prevenzione e il recupero dei casi di drop-out, gli interventi di supporto domiciliare intensivo, la continuità terapeutica.
- (c) Il livello di soddisfacimento delle attività semiresidenziali, residenziali e di ricovero (CD, DH, SR, SPDC) con il proprio personale.
- (d) Il coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche.

(a) Indice sintetico di continuità della cura

L'indice sintetico è la somma dei punteggi ottenuti per ciascuno dei tre seguenti parametri (a, b, c). Questo indice ha valori compresi tra 0 e 12 dove 12 è il livello massimo di continuità della cura.

a. Ammissione concordata

Si tratta di una variabile ottenuta con la somma delle risposte agli item 6.1.3, 6.2.3, 6.3.3, e 6.4.3 che hanno la seguente formulazione: "La maggior parte delle ammissioni che il CSM ha attivato sono state concordate con CD/DH/SR/SPDC?". Questi item prevedono una risposta dicotomica (risposta sì=1, no=0).

b. Monitoraggio concordato

Si tratta di una variabile ottenuta con la somma delle risposte agli item 6.1.4, 6.2.4, 6.3.4, 6.4.4 che hanno la seguente formulazione: "Nella maggior parte dei casi il CSM segue il paziente attraverso procedure di monitoraggio concordate con l'équipe del CD/DH/SR/SPDC?". Questi item prevedono una risposta dicotomica (risposta sì=1, no=0).

c. Dimissione concordata

Si tratta di una variabile ottenuta con la somma delle risposte agli item 6.1.5, 6.2.5, 6.3.5, 6.4.5 che hanno la seguente formulazione: "Nella maggior parte dei casi le dimissioni effettuate sono concordate con CD/DH/SR/SPDC?". Questi item prevedono una risposta dicotomica (risposta sì=1, no=0).

Di seguito, i dati relativi all'effettiva possibilità di ciascun CSM di usufruire di attività tipo Centro Diurno, Day Hospital, Strutture Residenziali, SPDC.

Tabella 1 - CSM che hanno la possibilità di usufruire di CD, DH, SR, SPDC

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	597	381	625	659
% su 707 CSM	84,4	53,9	88,4	93,2
Dati mancanti	46	46	46	48

Come si può vedere dalla tabella 1, mentre la maggior parte dei CSM italiani può disporre di attività tipo Centro Diurno e Strutture Residenziali, tutti possono disporre di attività tipo SPDC (il restante 6.8% è rappresentato dai CSM che non hanno risposto), mentre soltanto la metà circa dei CSM italiani può disporre di attività tipo Day Hospital.

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze CSM) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze CSM)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	351	2				1	2	6	2	10	22	27	40	239
SPDC+CD+SR	225	9			4	2	4	5	10	23	168			
SPDC+DH+CD	13							1	1	1	10			
SPDC+DH+SR	14			1				1	2	1	9			
SPDC+SR	33	2	1	2	1	3	4	20						
SPDC+CD	6	1						5						
SPDC+DH	2					1		1						
SPDC	15	5	2	1	7									
Dati mancanti	48													
Totale CSM	707													

Circa metà dei CSM italiani (351/707) possono disporre nel trattamento di pazienti gravi di attività semiresidenziali diurne e di day hospital, residenziali e di ricovero.

Solo un terzo dei CSM italiani (239/707) ha un livello di continuità della cura secondo gli standard previsti dal PON.

Laddove manca la possibilità di garantire attività tipo DH (225), 168 CSM, vale a dire il 75%, raggiungono il livello massimo possibile di continuità della cura rispetto alle strutture/attività di cui possono usufruire. Sono stati incrociati questi dati con la variabile relativa al DSM (presenza/assenza di strutture di DH): dei 225 CSM che non possono usufruire di attività tipo DH, il 50% fanno parte di Dipartimenti di Salute Mentale che non hanno attivato tra le loro strutture nessun Day Hospital. In altre parole, questi CSM presentano una carenza di tipo strutturale. Il 50% restante presentano invece una carenza di tipo funzionale (è presente una struttura di DH ma non è utilizzata).

Si potrebbe spiegare la carenza di strutture/attività tipo DH facendo riferimento al fatto che il Day Hospital è una struttura poco codificata (diagnosi e terapia) e dubbie sono le funzioni corrispondenti a tale tipo di struttura. Molti CSM considerano infatti come una funzione propria quella di somministrare terapie anche prolungate ai propri pazienti.

In sintesi, 459 CSM (su 659 che hanno fornito il dato) raggiungono il punteggio massimo di continuità della cura, a prescindere dal numero di servizi/attività disponibili o utilizzabili a livello di DSM.

(b) Programmi specifici: Prevenzione e recupero dei casi di drop-out; Interventi di supporto domiciliare intensivo; Continuità terapeutica.

Si tratta di una variabile che si ottiene dalle risposte ai seguenti 3 programmi specifici dell'item 6.10: Prevenzione e recupero dei casi di drop-out; Interventi di supporto domiciliare intensivo; Continuità terapeutica. Codifica 1 = non me ne occupo, 2 = solo in casi eccezionali, 3 = se ne occupa un sottogruppo di operatori, 4 = se ne occupa tutta la mia équipe.

Le singole risposte sono state ricodificate nel seguente modo:

Codice 1 = risposta 3 o 4, programma presente

Codice 0 = risposta 1 o 2, programma assente

L'indice di livello di sviluppo dei programmi specifici è stato costruito attraverso la somma delle ricodifiche su ciascuno dei programmi. Il punteggio varia da 0 a 3.

Tabella 3 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	66	96	218	264
% su 707 CSM	9,3	13,6	30,8	37,3
Dati mancanti	63			

Circa un terzo dei CSM italiani ha un livello ottimale di sviluppo dei programmi specifici relativi alla continuità della cura, se ne occupa perciò tutta l'équipe o parte di questa in maniera strutturata. Più di 2/3 dei CSM italiani ha comunque un buon livello di sviluppo dei programmi specifici legati alla continuità delle cure.

(c) Livello di soddisfacimento delle attività semiresidenziali, residenziali e di ricovero (CD, DH, SR, SPDC) con il proprio personale

Sempre nell'ambito della continuità della cura è stato individuato un altro aspetto che è stato considerato separatamente. La ragione di questa scelta è dovuta al fatto che questo indicatore non è previsto dal PON come una specifica caratteristica che il CSM deve possedere.

Il livello di soddisfacimento è una variabile calcolata con la somma delle risposte agli item 6.1.2, 6.2.2, 6.3.2, e 6.4.2. La domanda "Il CSM assolve a tutte o ad alcune delle funzioni corrispondenti con il proprio personale?" è stata ripetuta 4 volte: per il Centro Diurno, per il Day Hospital, per le Strutture Residenziali e per l'SPDC. Le risposte, codificate nel seguente modo

- "sì, a tutte" e "sì, ad alcune" = 1

- "no" = 0

sono state sommate per ottenere il livello di soddisfacimento delle attività con il proprio personale. Il punteggio può variare da 0 a 4, dove 4 indica il livello più ampio (relativo a più tipi di servizi) di soddisfacimento delle funzioni di cura con il proprio personale.

Tabella 4 – Frequenza e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	472	272	395	410
% su 707 CSM	66.8	38.5	55.9	58.0
Dati mancanti	119	328	94	62

Con una percentuale che varia intorno al 60% si ha il soddisfacimento delle funzioni di cura tipo Centro Diurno, residenziali e di ricovero con tutto o parte del proprio personale. La percentuale relativa al soddisfacimento delle funzioni di Day Hospital invece è più bassa (38,5%) perché risente del fatto che circa la metà dei CSM italiani non possono disporre di queste attività.

Tabella 5 - Livello di soddisfacimento per tipo di strutture utilizzate

Tipo struttura/attività	N	Livello di soddisfacimento con il proprio personale				
		0	1	2	3	4
SPDC+DH+CD+SR	351	22	40	58	91	140
SPDC+CD+SR	225	33	43	52	97	
SPDC+DH+CD	13			5	8	
SPDC+DH+SR	14		2	6	6	
SPDC+SR	33	10	9	14		
SPDC+CD	6		1	5		
SPDC+DH	2		2			
SPDC	15	11	4			
Dati mancanti	48					
Totale CSM	707					

140 CSM su 707 assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali, residenziali o di ricovero. Nei casi in cui non sia possibile usufruire di attività tipo DH, altri 97 CSM raggiungono il livello massimo, vale a dire, assolvono con tutto o parte del proprio personale alle funzioni di Centro Diurno, residenziali e di ricovero.

In sintesi, 274 (su 659) CSM co-gestiscono gli altri servizi del DSM, a prescindere dal numero di servizi disponibili.

Considerando solo le due configurazioni di strutture/attività più numerose, è stata eseguita una correlazione tra il livello di continuità della cura e il livello di soddisfacimento delle funzioni con il proprio personale.

Tabella 6 - Correlazione tra livello di continuità della cura e livello di soddisfacimento delle funzioni con il proprio personale per tipo di struttura/attività

Tipo struttura/attività	N	R
SPDC+DH+CD+SR	351	,320**
SPDC+CD+SR	225	,250**

* sign. ,005

** sign. ,001

La correlazione descritta può far pensare che il livello di continuità della cura migliora nei casi in cui: 1) gli stessi operatori svolgono funzioni di cura in strutture diverse; 2) all'interno di uno stesso servizio si svolgono funzioni di cura diverse.

Tale dato pare confermato dalla ricerca Progres sulle strutture residenziali psichiatriche italiane in cui la permanenza media degli ospiti delle strutture varia a seconda della gestione delle strutture stesse. Nelle strutture a gestione diretta del DSM la permanenza media degli ospiti è minore rispetto a quelle convenzionate a gestione "privata".

In conclusione, sembra che il coinvolgimento di operatori sanitari su più funzioni di cura permetta una maggiore mobilità e progettualità sul paziente.

I meccanismi di suddivisione del lavoro tra équipes autonome, sia all'interno del DSM, che tra servizi del DSM e servizi convenzionati, continuano quindi a rappresentare un "fattore di rischio" significativo rispetto alla continuità della cura con conseguenze quindi anche sul piano dell'integrazione dei bisogni/diritti di cittadinanza.

(d) Coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

Si tratta dell'item 6.9 della scheda CSM: "Se un paziente grave seguito dal CSM necessita di un ricovero prolungato in una casa di cura neuropsichiatrica accreditata o autorizzata, come intervieni?"

Questo item prevede 3 modalità di risposta: non me ne occupo, coordino l'invio, coordino l'invio e il monitoraggio.

Tabella 7 - Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	101	96	441
% su 707 CSM	14,3	13,6	62,4
Dati mancanti	69		

Due terzi circa dei CSM italiani coordina attivamente l'invio ed esegue il monitoraggio del paziente grave inserito in casa di cura neuropsichiatrica.

I dati relativi al progetto "Progres Acuti" del 2004 contano sul territorio nazionale 54 strutture private (case di cura neuropsichiatriche). La media di posti letto nelle case di cura è di 90.

Dei pazienti ammessi in strutture di ricovero per pazienti acuti (1577) il 16,1% è stato ammesso in case di cura neuropsichiatriche. L'età prevalente dei pazienti inseriti in case di cura è inferiore ai 35 anni (47,8%).

Il 18,4% dei pazienti ammessi in casa di cura neuropsichiatrica risulta essere al primo ricovero psichiatrico della vita, di questi, il 61,7% si trovava in cura nel mese precedente per problemi psicologici, psichiatrici o di dipendenza. Nel mese precedente il primo ricovero in casa di cura, oltre il 20% dei pazienti si è rivolto al CSM di competenza, quasi il 30% ad uno psichiatra/psicologo privato, quasi il 10% al medico di medicina generale.

L'80,4% dei pazienti ricoverati in casa di cura dichiara di avere già avuto precedenti ricoveri psichiatrici, di questi, l'87,5% si trovava in cura nel mese precedente per problemi psichiatrici, psicologi o di dipendenza.

Di questi pazienti poco più del 20% nel mese precedente si è rivolto al CSM di competenza, quasi il 30% ad uno psichiatra o psicologo privato, quasi il 10% al medico di medicina generale.

L'offerta di case di cura neuropsichiatriche non è omogenea su tutto il territorio nazionale. Alcune regioni come la Liguria, il Friuli Venezia Giulia, la PA Bolzano, la PA Trento, la Valle d'Aosta, il Molise, la Basilicata, l'Abruzzo e la Sardegna non hanno case di cura neuropsichiatriche.

Nel 58,8% dei ricoveri in casa di cura neuropsichiatrica il CSM è a conoscenza del ricovero.

Funzione 2. Coordinamento con altri servizi del territorio

Per coordinamento con i servizi del territorio si intende la capacità di attivare reti con i Servizi "confinanti" presenti sul territorio al fine di coordinare interventi relativi a problemi di lavoro, alloggio, patologia di natura organica, solitudine/povertà della rete sociale. Si tratta quindi di una funzione chiave del buon funzionamento dei CSM in quanto consente di inserire nel percorso di trattamento a lungo termine, le iniziative che competono ad altri servizi, al di fuori del DSM.

Tale funzione è stata valutata attraverso 4 indicatori specifici relativi al grado di coordinamento con i servizi del territorio previsti dal PON:

- Livello di coordinamento/lavoro
- Livello di coordinamento/alloggio
- Livello di coordinamento/patologia organica
- Livello di coordinamento/solitudine-povertà della rete sociale

Altri indicatori che concorrono a descrivere il coordinamento con i servizi del territorio sono i programmi specifici nell'area del coordinamento: programmi di liaison in ospedale generale, formazione inserimento lavorativo, interventi rivolti ad utenti con disturbo psichico e abuso di sostanze, sostegno a detenuti con disturbo mentale e OPG.

(a) Livello di coordinamento – indice sintetico

L'indice sintetico relativo al livello di coordinamento con i servizi del territorio è stato costruito attraverso la somma dei 4 indicatori che seguono.

Livello di coordinamento/lavoro

Si tratta di una variabile ottenuta considerando le risposte agli item 6.5 (problema del lavoro), con codifica 0 = abitualmente il CSM non se ne occupa, 1 = abitualmente il CSM coordina attivamente l'invio, 2 = abitualmente il CSM coordina attivamente l'invio e verifica nel tempo l'andamento.

Livello di coordinamento/alloggio

Si tratta di una variabile ottenuta considerando le risposte agli item 6.6 (problema dell'alloggio), con codifica 0 = abitualmente il CSM non se ne occupa, 1 = abitualmente il CSM coordina attivamente l'invio, 2 = abitualmente il CSM coordina attivamente l'invio e verifica nel tempo l'andamento.

Livello di coordinamento/patologia organica

Si tratta di una variabile ottenuta considerando le risposte agli item 6.7 (patologia di natura organica) con codifica 0 = abitualmente il CSM non se ne occupa, 1 = abitualmente il CSM coordina attivamente l'invio, 2 = abitualmente il CSM coordina attivamente l'invio e verifica nel tempo l'andamento.

Livello di coordinamento/solitudine-povertà della rete sociale

Si tratta di una variabile ottenuta considerando le risposte agli item 6.8 (problemi di solitudine e povertà) con codifica 0 = abitualmente il CSM non se ne occupa, 1 = abitualmente il CSM coordina attivamente l'invio, 2 = abitualmente il CSM coordina attivamente l'invio e verifica nel tempo l'andamento.

Tabella 8 - Indicatori di coordinamento (frequenze e percentuali su 707 CSM)

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	53	7,5	96	13,6	497	70,3	61
Alloggio	59	8,3	136	19,2	451	63,8	61
Patologie organiche	81	11,5	253	35,8	312	44,1	61
Solitudine/povertà della rete sociale	78	11,0	202	28,6	365	51,6	61

La maggior parte dei CSM italiani si coordina con i servizi presenti sul territorio per quanto riguarda problemi relativi al lavoro, all'alloggio, a patologie organiche e di solitudine/povertà della propria rete sociale. E' proprio il coordinamento con i Medici di Medicina Generale l'area più problematica dove per lo più manca un monitoraggio degli invii.

L'indice sintetico relativo al livello di coordinamento con i servizi del territorio è stato costruito attraverso la somma dei 4 indicatori precedenti. Il punteggio varia da un minimo di 0 a un massimo di 8 (il punteggio più elevato corrisponde al coordinamento di invio e monitoraggio per tutte e quattro le aree considerate).

Tabella 9 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 707 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	15	9	23	26	71	49	115	119	219
%	2,1	1,3	3,3	3,7	10,0	6,9	16,3	16,8	31,0
Dati mancanti	61								

Meno di un terzo dei CSM italiani ha livello di coordinamento ottimale (invio e monitoraggio) nel trattamento di pazienti gravi con tutti servizi "confinanti" presenti sul territorio.

Poco più del 10% dei CSM italiani ha invece uno scarso livello di coordinamento con i servizi "confinanti" presenti sul territorio.

(b) Programmi specifici nell'area del coordinamento con altri servizi del territorio

Si tratta di una variabile ottenuta dalle risposte ai seguenti 4 programmi specifici dell'item 6.10: programmi di liaison in ospedale generale, formazione inserimento lavorativo, interventi rivolti ad utenti con disturbo psichico e abuso di sostanze, sostegno a detenuti con disturbo mentale e OPG. Di seguito, le codifiche originali:

1 = non me ne occupo

2 = solo in casi eccezionali

3 = se ne occupa un sottogruppo di operatori

4 = se ne occupa tutta la mia equipe.

Le singole risposte sono state ricodificate nel seguente modo:

Codice 1 = risposta 3 o 4, programma presente

Codice 0 = risposta 1 o 2, programma assente

L'indice di livello di sviluppo dei programmi specifici è stato costruito facendo la somma delle ricodifiche su ciascuno dei programmi.

Tabella 10 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento (frequenze e percentuali su 707 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	49	143	183	172	96
%	6,9	20,2	25,9	24,3	13,6
Dati mancanti	64				

Il 27,1% dei CSM italiani ha sviluppato in misura minima i programmi specifici nell'area del coordinamento. Solo il 13,6% dei CSM ha sviluppato, con tutta o parte della propria equipe, tutti e quattro i programmi specifici che abbiamo considerato inerenti nell'area del coordinamento con i servizi confinanti sul territorio.

Non esiste alcuna correlazione tra il livello di coordinamento e il livello di sviluppo dei programmi specifici ($R = .009$, sign. .831).

Funzione 3. Accessibilità

Per accessibilità si intende la capacità del servizio di accogliere e di rispondere alla domanda in maniera pronta e adeguata. L'accessibilità è qui descritta da quelle caratteristiche strutturali/organizzative che possono facilitare/ostacolare l'accesso del paziente al servizio e che possono garantire l'equità dell'offerta di trattamento all'intera popolazione dell'area di riferimento. Si tratta di un indice costituito da più indicatori:

- (a) Orario di apertura
- (b) Procedure per stranieri
- (c) Sedi decentrate
- (d) Lista di attesa
- (e) Necessità invio
- (f) Pagamento ticket
- (g) Programmi specifici nell'area dell'accessibilità

L'indice sintetico è costruito sommando i punteggi degli indicatori (a), (b) e (c) previsti dal PON. Gli altri indicatori (d-h) concorrono a descrivere la funzione accessibilità. Sono stati analizzati singolarmente e separatamente dall'indice sintetico perché non presi in considerazione dal PON.

Indice sintetico Accessibilità

L'indice sintetico è la somma dei punteggi ottenuti per ciascuno dei tre seguenti indicatori (a, b, c). Questo indice ha valori compresi tra 0 e 3, dove 3 è il livello massimo di accessibilità.

(a) Orario di apertura (2.1)

Il PON prevede che "il CSM sia attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana".

È stato assegnato il codice 1 (= adeguamento al PON) a tutti quei CSM con almeno una sede⁵ aperta 6-7 giorni la settimana, per almeno 12 ore al giorno. È stato invece assegnato il codice 0 (= non adeguamento al PON) in tutti gli altri casi.

Tabella 11 - Orario di apertura

	Orario di apertura	
	Frequenza	Percentuale (su 707)
Adesione al PON	112	15,8
Non adesione al PON	531	75,1
Dati mancanti	64	

Gli standard previsti dal PON sono soddisfatti solo in una piccola parte dei CSM italiani. Sono infatti solo il 15% dei CSM che tengono aperti per almeno 72 ore su 6 giorni la settimana e molti di questi, come quelli friulani ed alcuni campani, sono aperti per 24 ore al giorno 7 giorni su 7.

La percentuale bassa di CSM "adeguati" rispetto agli standard orari previsti dal PON non è di per sé preoccupante: questa variabile presenta infatti alcune criticità legate all'eterogeneità del nostro campione. Molti DSM, soprattutto quelli collocati in aree urbane, hanno adottato come scelta quella di aprire sul territorio di competenza più Centri di Salute Mentale che coprono popolazioni ridotte e che spesso hanno orari di apertura inferiori alle 72 ore. In altri casi i CSM sono costituiti da una sede centrale e da diverse sedi decentrate (da 1 a 11 sedi) con orari più ridotti. Sommando le ore di apertura della sede centrale con tutte quelle decentrate la percentuale di adesione al PON sale al 43,3%. Va tenuto inoltre conto del fatto che l'organizzazione dei CSM non è omogenea in tutte le regioni italiane, in alcuni casi per CSM si intendono strutture che al loro interno svolgono funzioni non soltanto ambulatoriali, ma

⁵ Molti CSM in Italia hanno una sede principale e più sedi decentrate sul territorio.

anche semi-residenziali, residenziali e di ricovero. Siamo quindi di fronte a unità di censimento che possono variare grandemente per dimensioni e complessità organizzativa.

Per queste ragioni l'orario di apertura potrebbe non essere un indicatore sufficientemente forte per spiegare l'accessibilità al servizio⁶.

(b) Procedura per stranieri (4.4)

Con questo indicatore si intende la disponibilità di procedure per la valutazione diagnostica e la presa in carico di pazienti stranieri che non parlano l'italiano.

Il PON definisce il trattamento di pazienti extracomunitari come una delle responsabilità dei Dipartimenti di Salute Mentale.

La variabile è stata ricodificata nel seguente modo:

Risposta SI a entrambe le domande (valutazione e presa in carico) = codice 1

Risposta SI a 1 domanda = codice 0,5

Risposta NO a entrambe le domande = codice 0

Tabella 12 - Procedura per stranieri (frequenze e percentuali su 707 CSM)

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	223	31,5
Si effettua la valutazione diagnostica	78	11,0
Si effettua la presa in carico	11	1,6
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	333	47,1
Dati mancanti		62

Il 47,1% dei CSM italiani effettua la valutazione diagnostica e la presa in carico dei pazienti stranieri. Per quanto riguarda invece il 31,5% dei CSM non sono disponibili procedure di accesso per pazienti stranieri.

(c) Sedi decentrate del CSM (2.1)

Con questo indicatore si intende la presenza di sedi decentrate.

Soprattutto per quanto riguarda i Centri di Salute Mentale in area extra urbana che hanno un territorio di riferimento molto vasto, molti CSM hanno scelto, in ottemperanza al PON, di aprire sedi decentrate sul territorio. Inoltre, il PON prevede che l'attribuzione di risorse ai Dipartimenti di Salute Mentale dovrebbe variare anche in base alla dispersione territoriale.

La variabile è stata ricodificata nel seguente modo:

- per i CSM situati in territorio extraurbano:

Presenza di sedi decentrate = codice 1

Assenza di sedi decentrate = codice 0

- per i CSM situati in territorio urbano = codice 1 (i CSM in area urbana per loro natura soddisfano i criteri di decentramento).

⁶ Ore di apertura settimanali/unità di popolazione

In relazione alle criticità della variabile "orario" appena discusse si è cercato di ovviare a tale problema inserendo un indicatore che rappresenti il rapporto tra ore di apertura e popolazione di riferimento (x 1000), vale a dire le ore di apertura del servizio per ciascuna unità di popolazione.

	Orario di apertura su Popolazione
Minimo	0,16
Massimo	14,32
Media	1,22
Deviazione standard	1,02
Dati mancanti	73

In media i CSM italiani sono aperti circa 1 ora e 12 minuti ogni 1000 abitanti. L'orario (sempre in rapporto a 1000 abitanti) varia da un minimo di 8 minuti a un massimo di 14 ore e 15 minuti.

Tabella 13 - Sedi decentrate e collocazione CSM (frequenze e percentuali su 707 CSM)

	Sedi decentrate	
	Frequenza	Percentuale
CSM extraurbani con solo la sede principale	133	18,8
CSM urbani con solo la sede principale	170	24,0
CSM extraurbani con sede principale e sedi decentrate	203	28,7
CSM urbani con sede principale e sedi decentrate	157	22,2
Dati mancanti		44

Tabella 14 - Sedi decentrate e adesione al PON (frequenze e percentuali su 707 CSM)

	Sedi decentrate	
	Frequenza	Percentuale
Non adesione al PON	133	18,8
Adesione al PON	530	74,9
Dati mancanti		44

In base alla classificazione, il 74,9% dei CSM italiani soddisfa i criteri di decentramento stabiliti dal PON.

Di seguito, i dati relativi all'**indice sintetico di accessibilità** che, va ricordato, è stato calcolato sommando le seguenti variabili: orario di apertura, procedure per stranieri e presenza di sedi decentrate. La scelta di prendere in considerazione solo queste variabili perché citate nel PON implica inevitabilmente la costruzione di un indice parziale. L'indice sintetico ha valori che vanno da 0 a 3 (livello massimo).

Tabella 15 - Livello di accessibilità (indice sintetico)

Livello di accessibilità							
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	50	22	212	57	268	10	50
% su 707 CSM	7,1	3,1	30,0	8,1	37,9	1,4	7,1
Dati mancanti	38						

Solo il 7,1% dei CSM italiani raggiunge un livello ottimale di accessibilità. Questa percentuale molto bassa risente inevitabilmente della questione relativa all'orario di apertura e probabilmente anche dei limiti di tipo informativo con cui è stato costruito l'indice sintetico.

(d) Lista di attesa (4.3)

Il 59,3% dei CSM italiani ha una lista di attesa che regola l'accesso dei nuovi casi al servizio. Questa lista d'attesa non è ovviamente utilizzata per i casi urgenti.

Tabella 16 - Presenza lista di attesa (frequenze e percentuali su 707 CSM)

Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	419	59,3
No	228	32,2
Dati mancanti		60

Tenendo presente che nel PON non si trova alcuno standard di riferimento in merito alla lista d'attesa, è possibile vedere i dati relativi alla sua durata divisi in classi nella tabella che segue. Nella classe "da 0 giorni a 6 giorni" sono anche compresi i CSM che hanno risposto di non avere la lista di attesa, CSM che sono stati quindi considerati come aventi una lista d'attesa pari a 0 giorni.

Tabella 17 - Durata lista di attesa (frequenze e percentuali su 707 CSM)

Durata lista di attesa		
	Frequenza	Percentuale
Da 0 a 6 giorni	314	44,4
Da 7 a 15 giorni	249	35,2
Oltre 16 giorni	82	11,6
Dati mancanti		62

La durata media della lista di attesa è di 7,8 giorni (deviazione standard: 9,09); la durata va da un minimo di 0 giorni a un massimo di 75.

(e) Necessità di un invio

La necessità di un invio potrebbe essere una barriera all'accesso di tipo organizzativo.

In Italia il 13,2% dei CSM necessita dell'invio da parte di un medico per l'accesso al Servizio (93 su 707 CSM).

Per verificare se la presenza o meno della necessità dell'invio da parte di un medico possa essere una barriera di accesso al servizio, è stato effettuato un confronto tra le medie dei pazienti in trattamento attivo e le medie dei nuovi accessi dell'anno 2004 nei due gruppi di CSM (CSM che necessitano di un invio e CSM che non necessitano di un invio). La tabella che segue mostra che le differenze nei due gruppi non sono significative.

Tabella 18 – Confronto medie (Anova) tra gruppo di CSM con invio e gruppo di CSM senza invio per numero di pazienti in trattamento attivo e per numero di pazienti nuovi accessi dell'anno 2004.

	N.	Pazienti in Trattamento Attivo	
CSM con necessità di invio	87	706,57	F ,226 Sign. ,635
CSM senza necessità di invio	533	736,02	
		Pazienti nuovi accessi 2004	
CSM con necessità di invio	85	400,71	F ,169 Sign. ,681
CSM senza necessità di invio	517	386,26	

(f) Pagamento ticket

Il ticket potrebbe essere una barriera all'accesso di tipo economico.

In Italia per il 63,9% dei CSM l'accesso è regolato dal pagamento del ticket (esclusi gli esenti) (452 su 707 CSM).

Per verificare se il pagamento di un ticket possa essere una barriera di accesso al servizio di tipo economico, è stato effettuato un confronto tra le medie dei pazienti in trattamento attivo e le medie dei nuovi accessi dell'anno 2004 nei due gruppi di CSM (CSM che richiedono il pagamento del ticket e CSM che non lo richiedono). La tabella che segue mostra differenze significative solo per i pazienti in trattamento attivo.

Tabella 19 – Confronto medie (Anova) tra gruppo di CSM con ticket e gruppo di CSM senza ticket per numero di pazienti in trattamento attivo e per numero di pazienti nuovi accessi dell'anno 2004.

	N.	Pazienti in Trattamento Attivo	
CSM con pagamento ticket	429	694,61	F 7,542 Sign. ,006
CSM senza pagamento ticket	189	822,28	
		Pazienti nuovi accessi 2004	
CSM con pagamento ticket	424	380,48	F 1,077 Sign. ,300
CSM senza pagamento ticket	176	408,42	

(g) Programmi specifici nell'area dell'accessibilità

Si tratta di una variabile che si ottiene dalle risposte ai seguenti 4 programmi specifici dell'item 6.10: (a) Prevenzione (informazione, promozione salute, stigma); (b) Intervento precoce all'esordio psicotico; (c) Formazione ai medici di base; (d) Programmi di liaison in ospedale generale. Di seguito, le codifiche originali:

1 = non me ne occupo

2 = solo in casi eccezionali

3 = se ne occupa un sottogruppo di operatori

4 = se ne occupa tutta la mia équipe.

Le singole risposte sono state ricodificate nel seguente modo:

Codice 1 = risposta 3 o 4, programma presente

Codice 0 = risposta 1 o 2, programma assente

L'indice di livello di sviluppo dei programmi specifici è stato costruito facendo la somma delle ricodifiche su ciascuno dei programmi. Il punteggio va da 0 a 4, dove 4 significa livello massimo di sviluppo dei programmi specifici.

Tabella 20 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area dell'accessibilità (frequenze e percentuali su 707 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area dell'accessibilità				
	0	1	2	3	4
N	86	121	153	157	127
%	12,2	17,1	21,6	22,2	18,0
Dati mancanti	63				

Il 18% dei CSM italiani raggiunge il punteggio massimo di sviluppo dei programmi specifici nell'area dell'accessibilità. Il 43,8 dei CSM ha invece un livello di sviluppo medio, mentre il 29,3% presenta un livello di sviluppo basso o nullo.

Funzione 4. Presa in carico

Il PON stabilisce come "obiettivo prioritario, in accordo con il piano sanitario nazionale, di assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni delle persone affette da disturbi mentali gravi, che presentano disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza e che sono ad alto rischio di cronicizzazione ed emarginazione".

Per descrivere la capacità di presa in carico del CSM sono stati considerati i seguenti 4 indicatori:

- (a) Pazienti in trattamento attivo su popolazione (prevalenza trattata)
- (b) Percentuale di pazienti "gravi" in trattamento attivo sul totale dei pazienti in trattamento attivo (4.8/4.5)
- (c) Nuovi casi di schizofrenia sulla popolazione dell'area del CSM (4.10.1/1.5) (incidenza trattata)
- (d) Percentuale di pazienti in trattamento attivo con interventi esterni al CSM (es.domiciliari) sul totale dei pazienti in trattamento attivo (4.9/4.5)
- (e) Programmi specifici relativi alla presa in carico: (a) intervento precoce all'esordio psicotico; (b) gruppi auto-mutuo aiuto; (c) gruppi con familiari di pazienti.

In questo caso non è possibile costruire un indice sintetico pertanto vengono presentati i dati descrittivi dei singoli indicatori.

(a) Pazienti in trattamento attivo su popolazione (prevalenza trattata)

Per pazienti in trattamento attivo si intende il numero dei pazienti che hanno avuto almeno un contatto con il servizio nei mesi di marzo-aprile-maggio 2005, inclusi i nuovi casi. Il totale dei pazienti in trattamento attivo in Italia è di 457.146. Questi dati generali sono relativi ai 626 CSM che hanno fornito queste informazioni (su un totale di 707 CSM).

In figura 1 e 2 è possibile vedere la distribuzione dei dati relativi alla prevalenza trattata: il tasso di pazienti in trattamento attivo su popolazione ($\times 100.000$).

La prevalenza trattata è di 908 pazienti su 100.000 abitanti (0,9%). La variabilità dei dati è molto ampia: si va da un minimo di 66 pazienti a un massimo di 8939. La prevalenza trattata è stata calcolata su 617 CSM validi e rispetto ad una popolazione totale di 49.610.943 abitanti.

Figura 1 – Prevalenza trattata

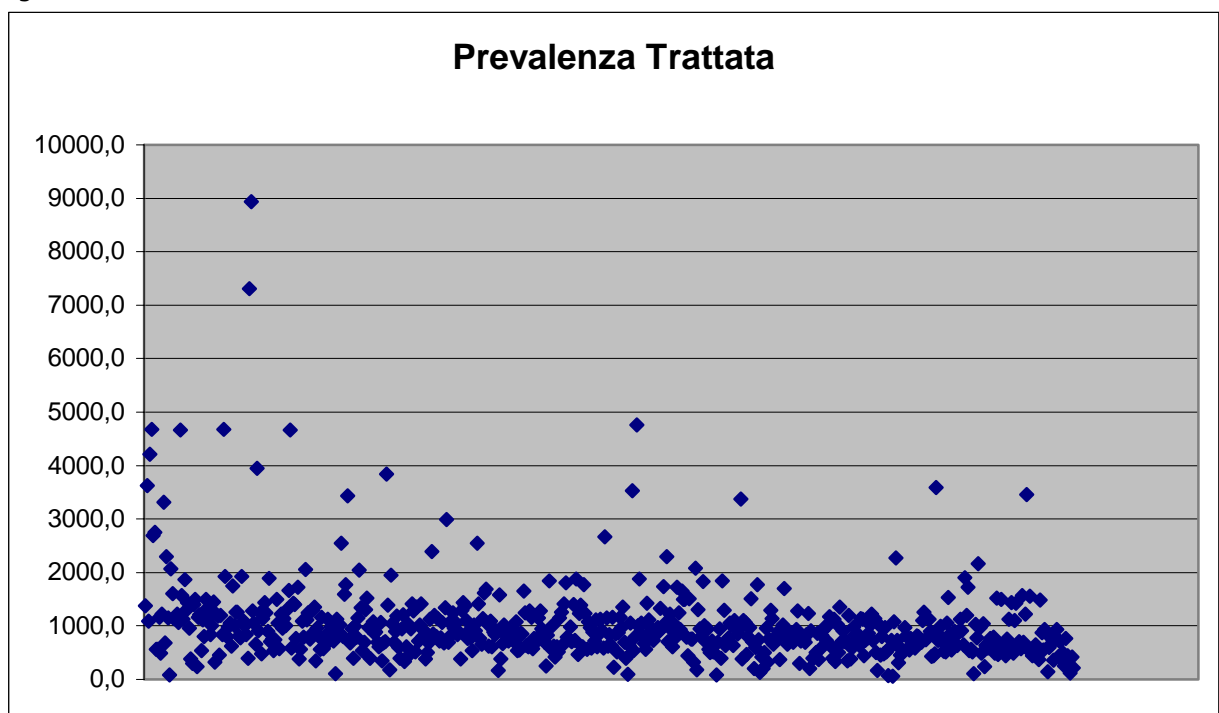
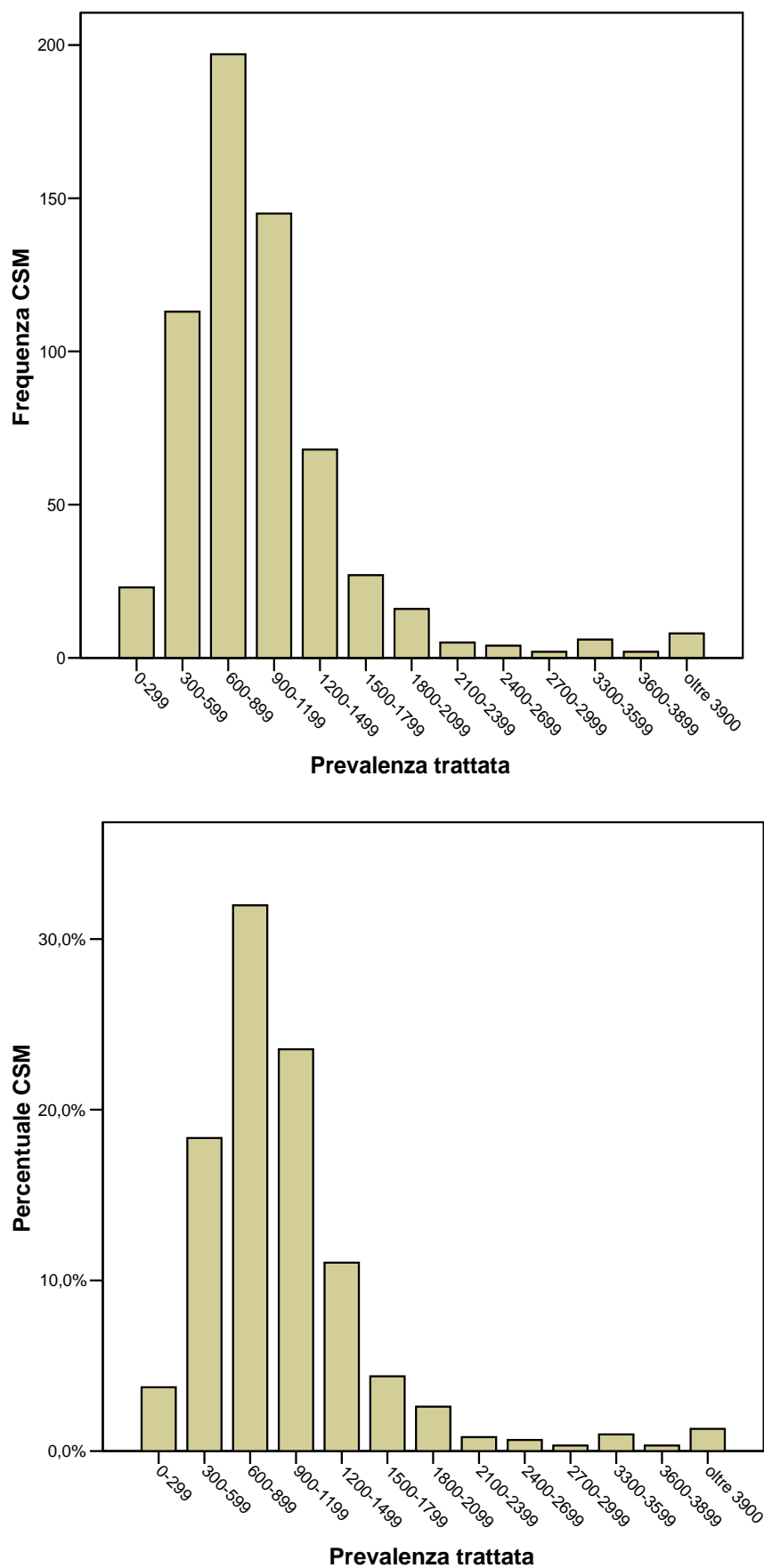


Figura 2 – Distribuzione dei CSM per prevalenza trattata (frequenze e percentuali)



Prevalenza del disturbo schizofrenico

In questo caso sono stati considerati solamente i pazienti classificati nella scheda di rilevazione come pazienti di "area psicotica": questa area comprende i pazienti con diagnosi di schizofrenia, stati paranoici e altre psicosi non organiche.

Sono 115.448 i pazienti in trattamento attivo nel periodo di aprile-maggio-giugno 2005 con diagnosi classificata in area psicotica presso i CSM italiani. Questi dati sono relativi a 573 CSM e si riferiscono ad una popolazione complessiva di 46.070.662 abitanti.

La prevalenza del disturbo schizofrenico nei CSM italiani risulta pertanto essere di 251 pazienti ogni 100.000 abitanti pari allo 0,25% della popolazione.

Dati della O.M.S. informano che la prevalenza dei disturbi schizofrenici (per citare una delle psicosi gravi più frequenti) è, in ogni paese, intorno al 0,75 %.

Figura 3 – Prevalenza del disturbo schizofrenico (percentuale su popolazione)

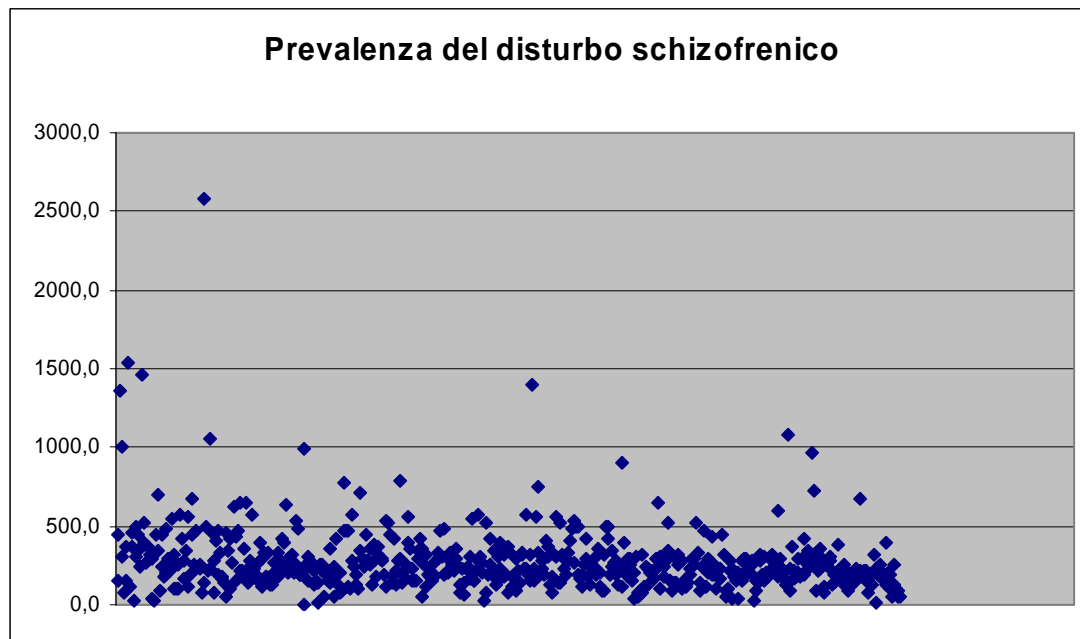


Figura 4 – Prevalenza trattata e prevalenza del disturbo schizofrenico

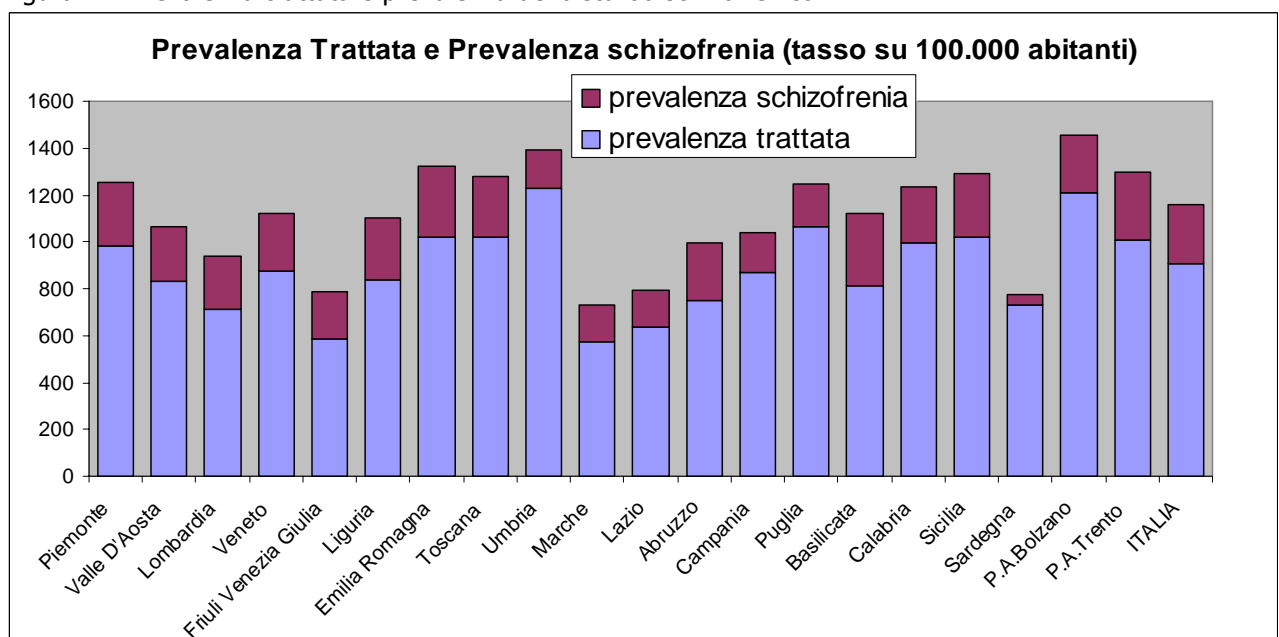
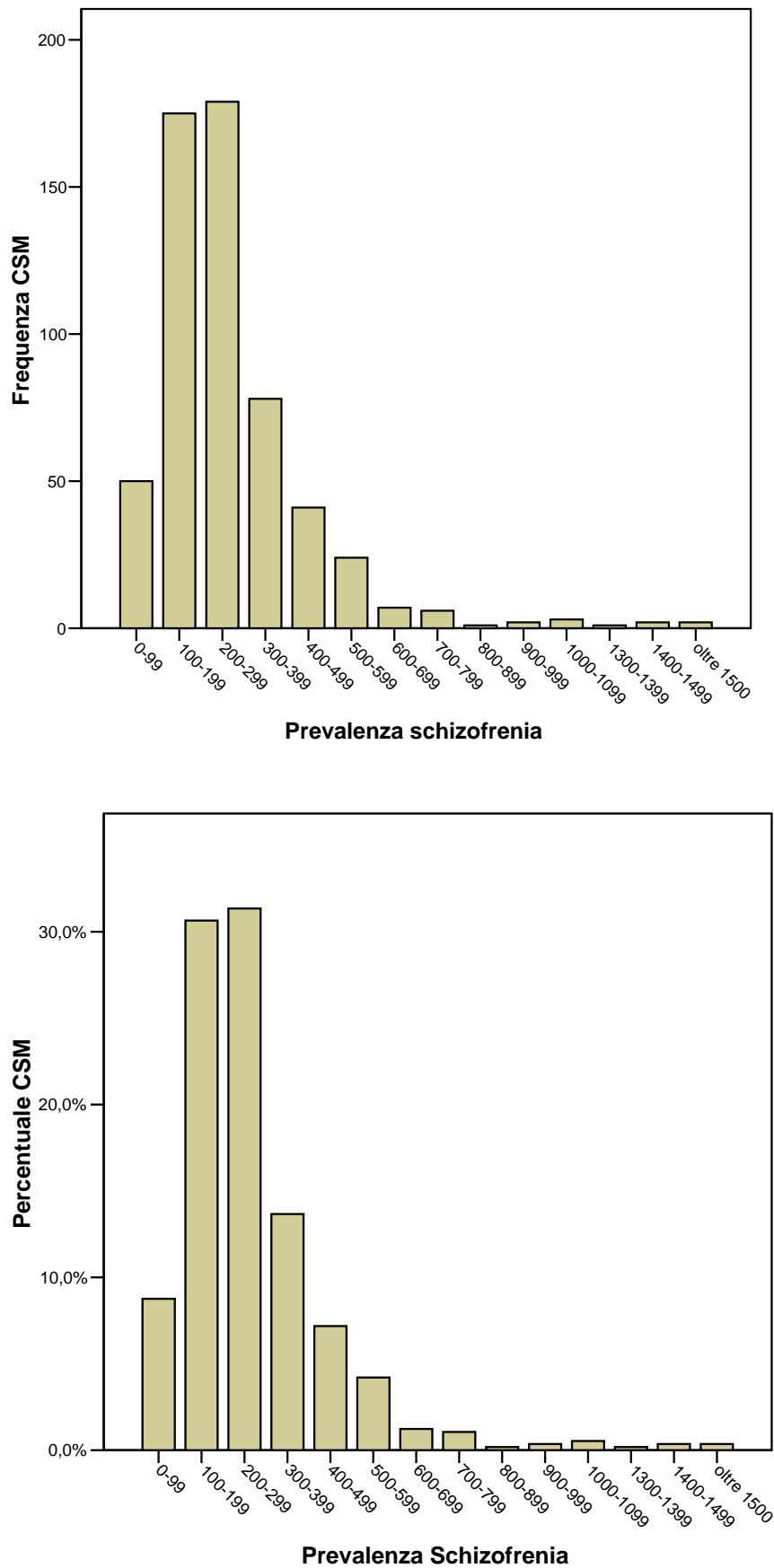


Figura 5- Distribuzione dei CSM per prevalenza del disturbo schizofrenico (frequenze e percentuali)



(b) Percentuale di pazienti "gravi" in trattamento attivo sul totale dei pazienti in trattamento attivo (4.8/4.5)

Il totale dei pazienti "gravi" comprende sia i pazienti descritti sulla scheda di rilevazione come pazienti di "area psicotica", sia i pazienti diagnosticati nell'area "disturbi dell'umore" che include la depressione maggiore e il disturbo bipolare. Si tratta quindi di una classificazione che tiene conto della gravità della patologia e della complessità del trattamento. I pazienti classificati nell'area dei disturbi psicotici e quelli con depressione maggiore o disturbo bipolare necessitano, per un buon esito del percorso di cura, di trattamenti integrati e prolungati nel tempo.

In Italia il 54,11 % dei pazienti in trattamento attivo è costituito da pazienti "gravi" diagnosticati cioè nell'area dei disturbi psicotici e in quella dei disturbi dell'umore. Questo dato è relativo a 582 CSM. La situazione dei CSM italiani è molto eterogenea: questa percentuale varia da un minimo di 4,53% ad un massimo di 98%.

Figura 6 – Distribuzione dei CSM italiani rispetto alla percentuale di pazienti gravi in trattamento attivo sul totale dei pazienti in trattamento attivo.

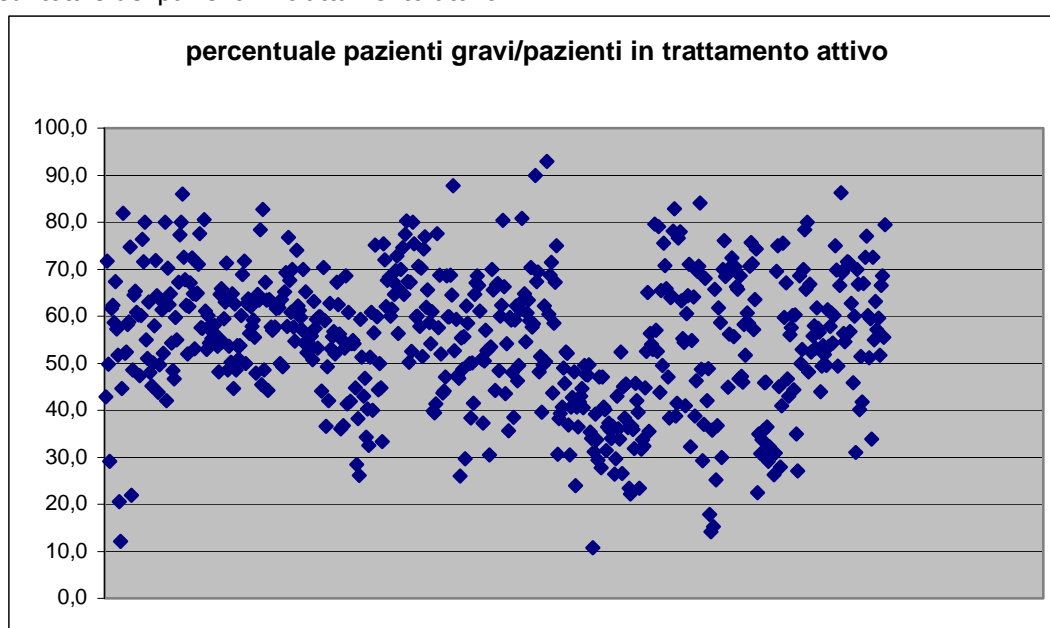


Figura 7 – Frequenze regionali di pazienti in trattamento attivo e pazienti "gravi" in trattamento attivo.

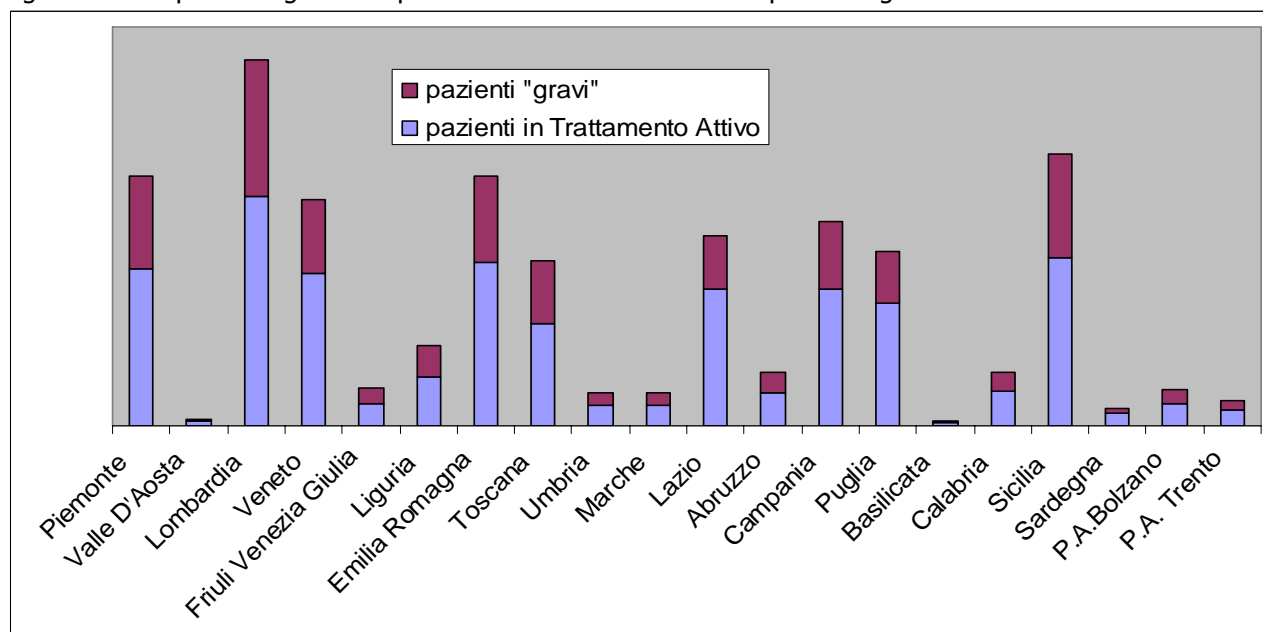


Figura 8– Distribuzione regionale delle percentuali di pazienti “gravi” sui pazienti in trattamento attivo.

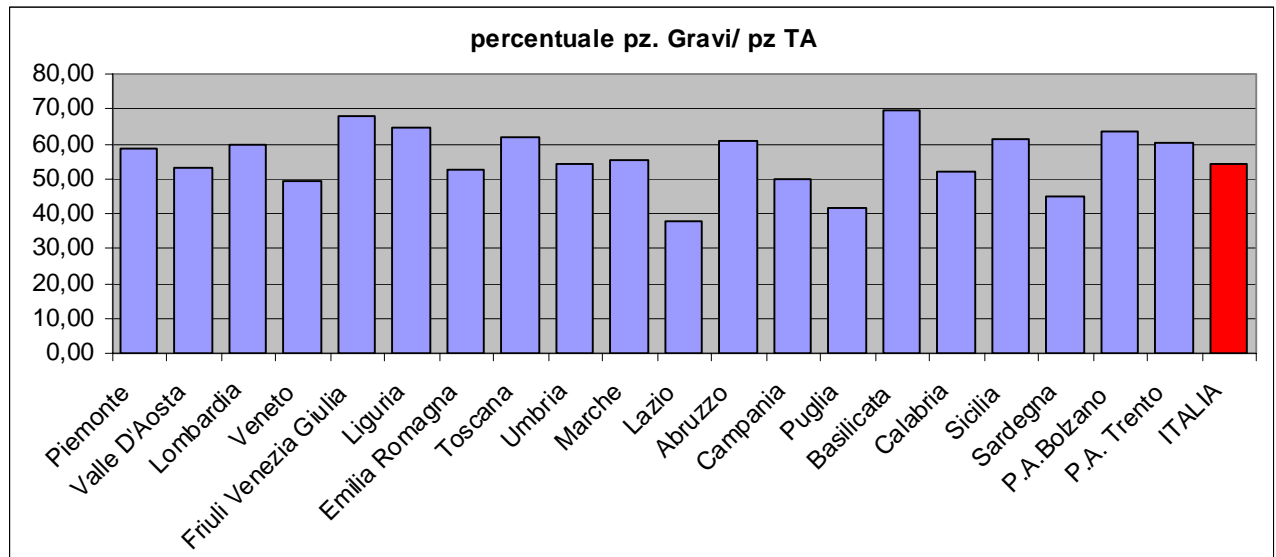
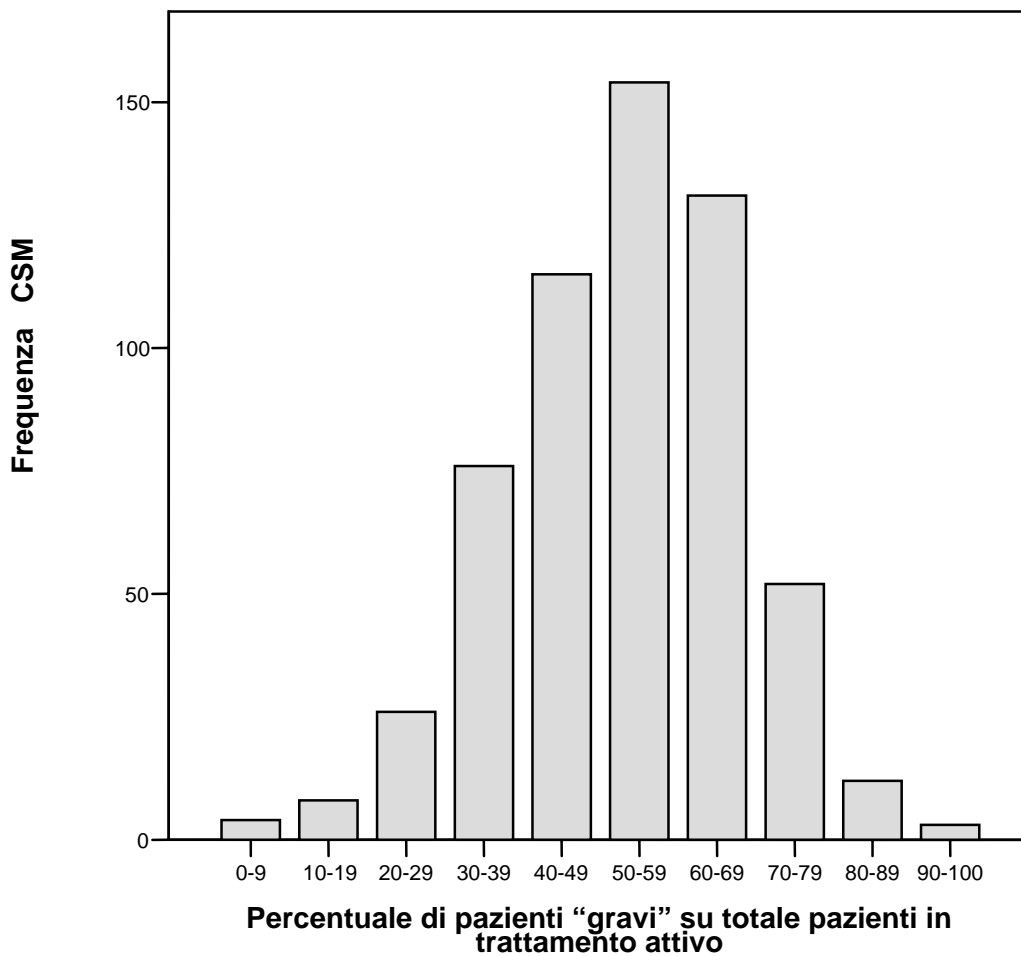


Figura 9 - Distribuzione dei CSM (frequenze) per percentuale di pazienti “gravi” sul totale pazienti in trattamento attivo



(c) Nuovi casi di schizofrenia sulla popolazione dell'area del CSM (4.10.1/1.5)

Per nuovi casi si intendono i nuovi accessi registrati nell'anno 2004 (esclusi i pazienti precedentemente dimessi ritornati al servizio nell'anno considerato).

Si tratta di un tasso calcolato per 100.000 abitanti.

La popolazione di competenza dei CSM italiani varia da un minimo di 11.735 abitanti a un massimo di 304.356 abitanti. Il totale dei nuovi casi di schizofrenia in Italia è di 32071. Questo dato è calcolato su 541 CSM e rispetto ad una popolazione di 43.539.857 abitanti.

L'incidenza del disturbo schizofrenico, nell'anno 2004, è di 73,6 (0,073%) nuovi casi su 100.000 abitanti. Questo dato è in linea con i recenti studi epidemiologici che stimano l'incidenza annua della schizofrenia tra lo 0,009 e lo 0,09% (Fassino, Daga e Leonbruni, 2007).

Figura 10: Incidenza schizofrenia anno 2004.

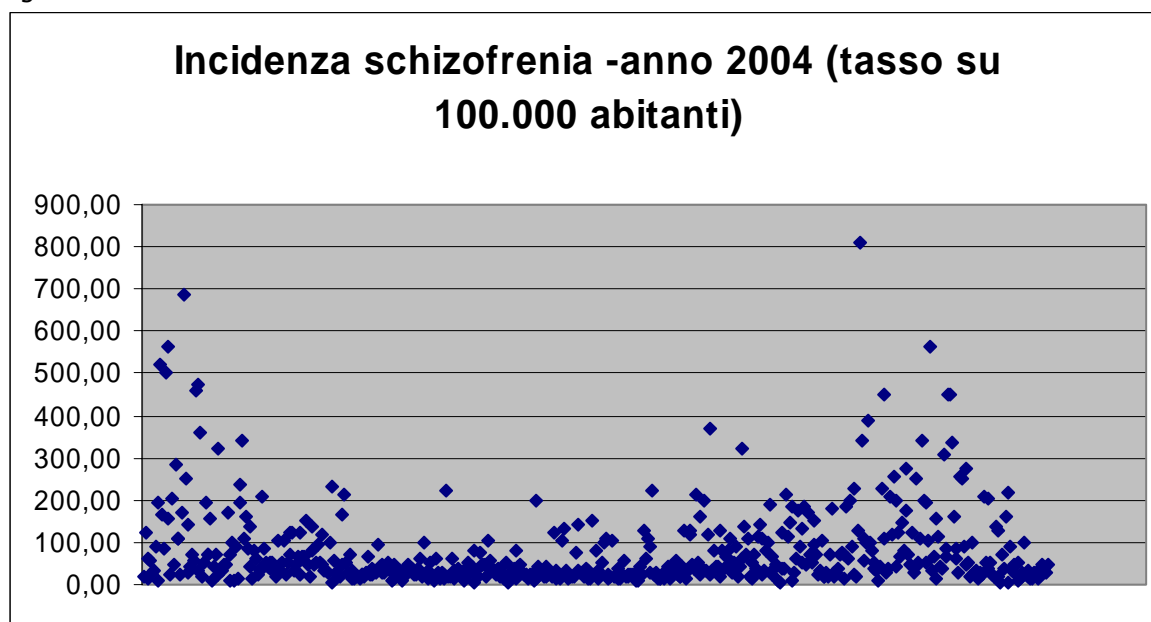


Figura 11- Distribuzione dei CSM per numero di nuovi casi di schizofrenia.

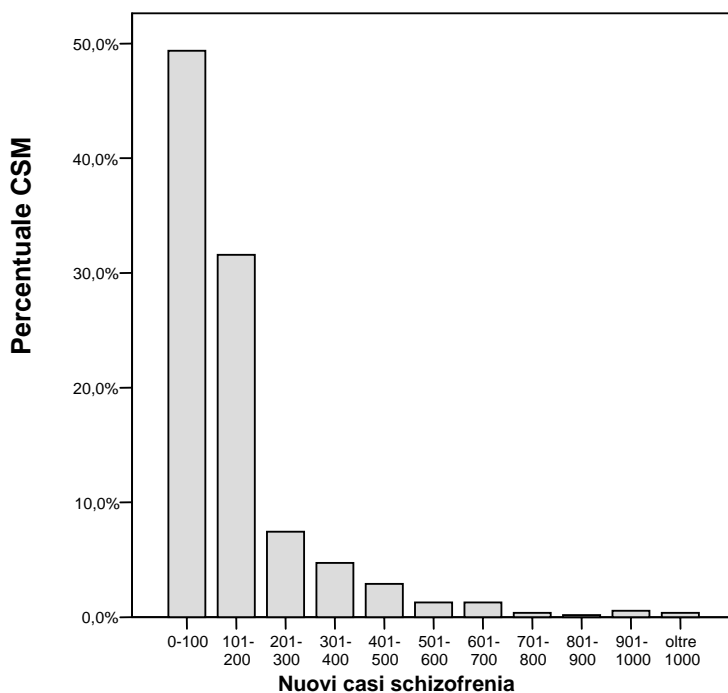
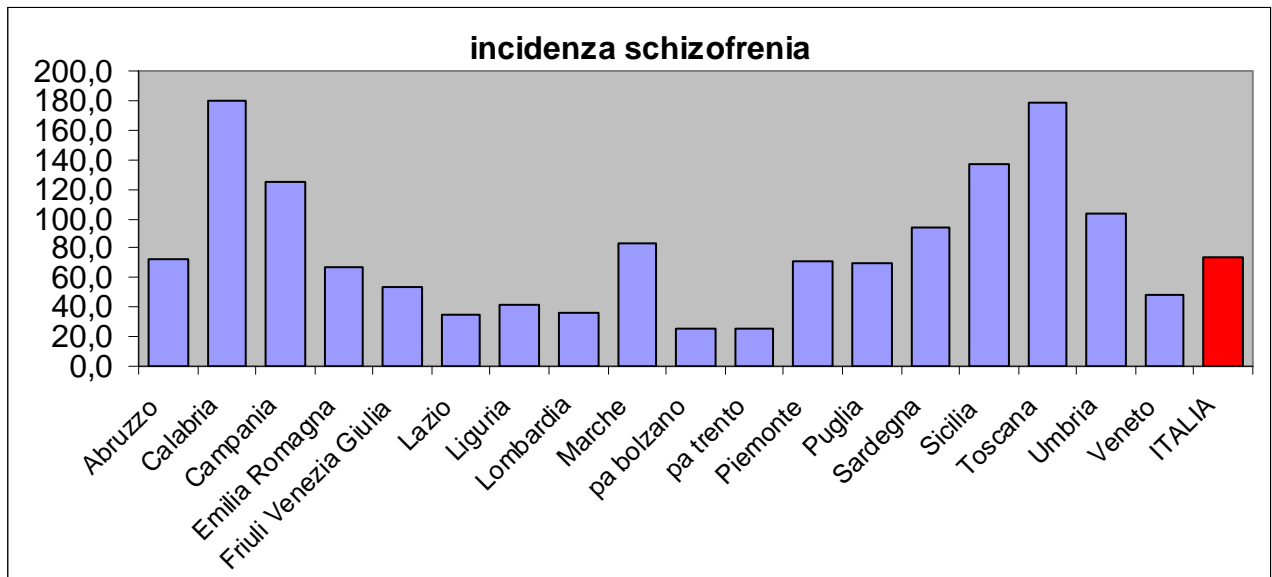


Figura 12 – Distribuzione regionale dei dati di incidenza del disturbo schizofrenico.

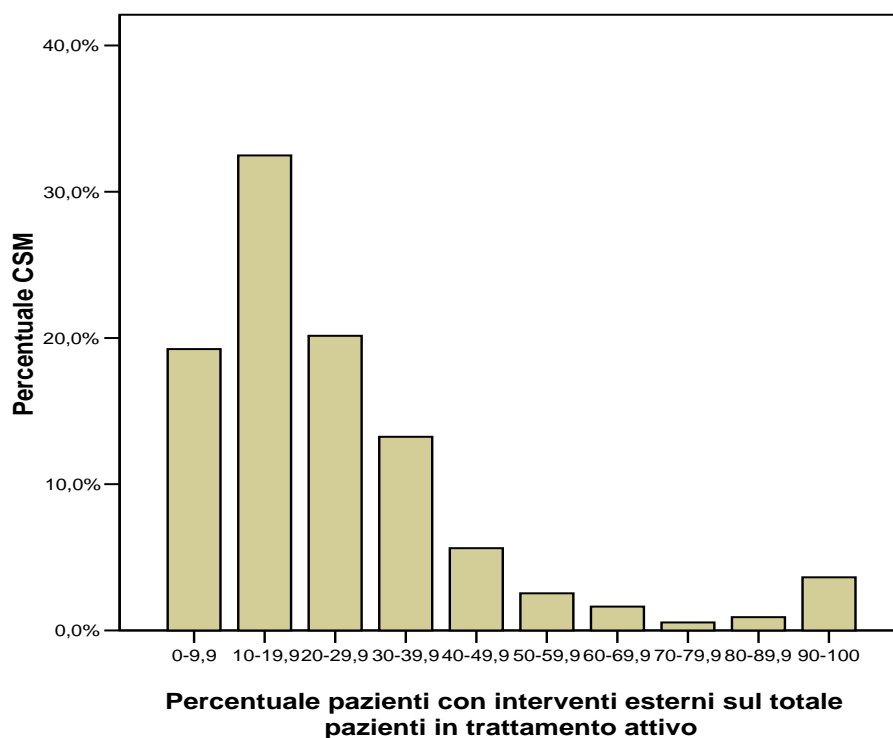
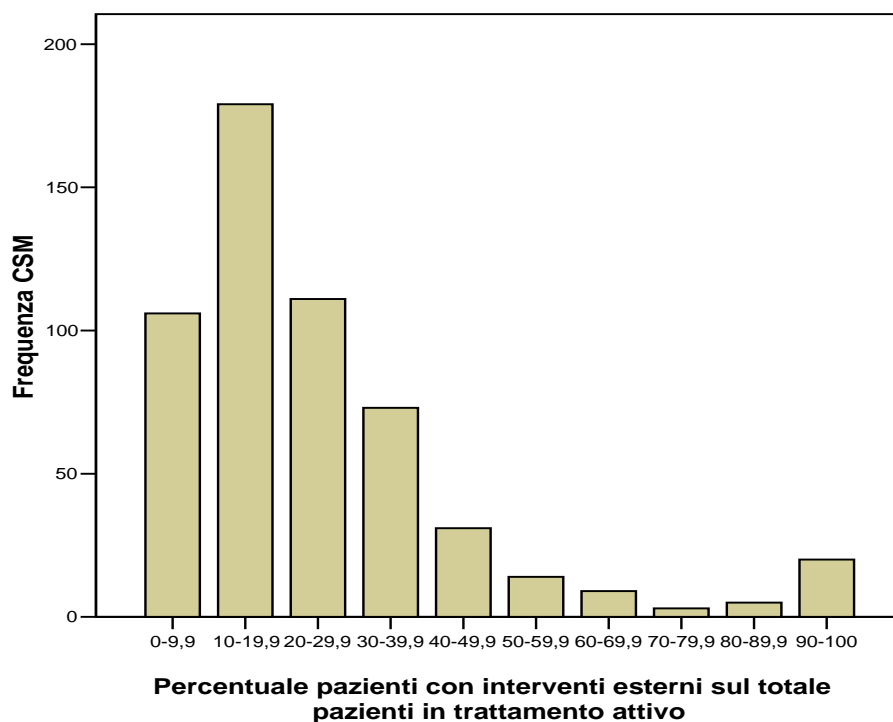


In media ogni CSM italiano nel 2004 ha registrato 59 nuovi casi di schizofrenia. L'incidenza regionale della schizofrenia non è omogenea su tutto il territorio nazionale. Regioni come la Calabria e la Toscana registrano un'incidenza molto superiore a quella nazionale mentre Lazio, Liguria, Lombardia, PA Trento e PA Bolzano hanno un'incidenza della schizofrenia inferiore al dato nazionale.

(d) Percentuale di pazienti in trattamento attivo con interventi esterni al CSM sul totale pazienti in trattamento attivo (4.9/4.5)

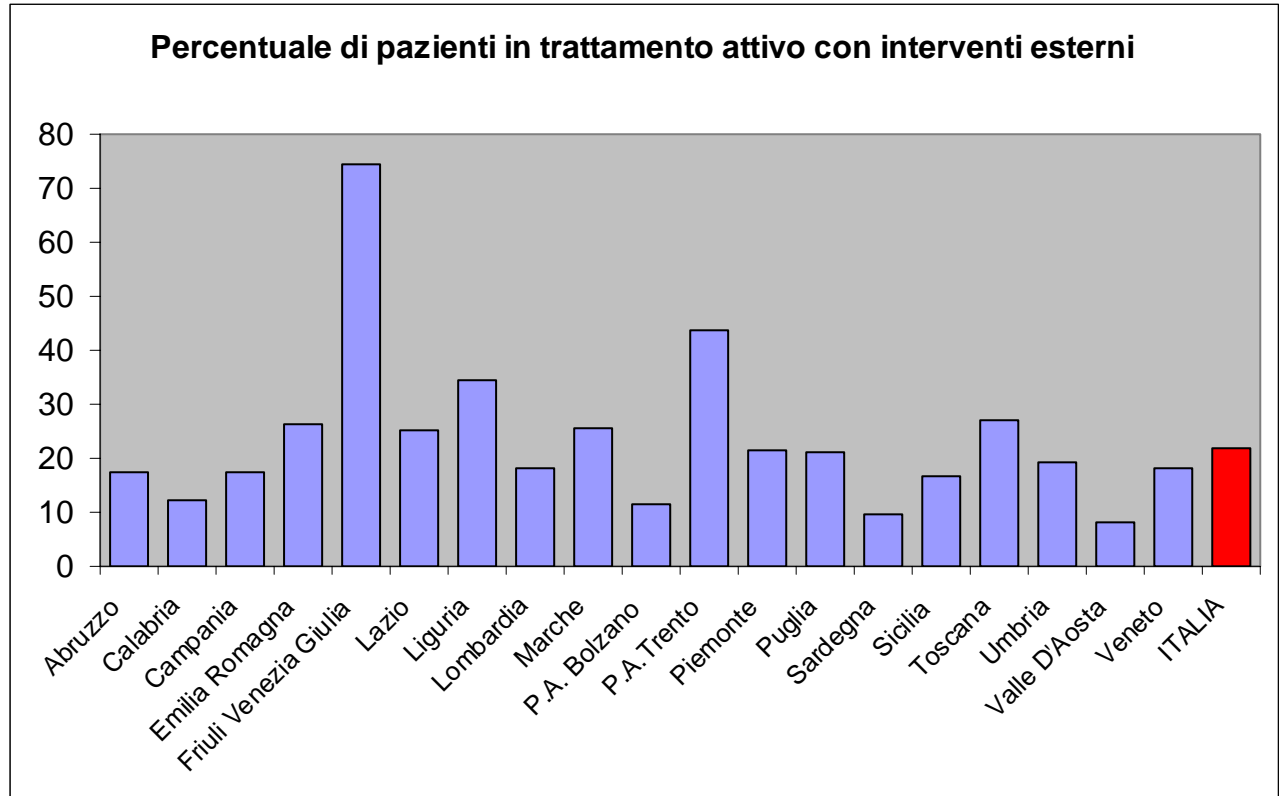
Per "pazienti in trattamento con interventi esterni" intendiamo i pazienti che nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 hanno ricevuto almeno un intervento esterno. Per "interventi esterni" al CSM si intendono gli interventi effettuati all'esterno della sede del CSM come le visite domiciliari, gli interventi presso altri servizi non psichiatrici o presso luoghi di lavoro.

Figura 13- Distribuzione dei CSM per percentuale di pazienti in trattamento attivo con almeno un intervento esterno



Il 21,7% dei pazienti in trattamento attivo ha ricevuto almeno un intervento esterno alla sede del CSM. Il dato è relativo a 553 CSM.

Figura 14– Distribuzione regionale delle percentuali di pazienti in trattamento attivo che hanno ricevuto interventi esterni.



(e) Programmi specifici relativi alla presa in carico

Si tratta di una variabile che si ottiene dalle risposte ai seguenti 3 programmi specifici dell'item 6.10: intervento precoce all'esordio psicotico, gruppi auto-mutuo aiuto, gruppi con familiari di pazienti. Di seguito le codifiche originali:

1 = non me ne occupo

2 = solo in casi eccezionali

3 = se ne occupa un sottogruppo di operatori

4 = se ne occupa tutta la mia equipe

Le singole risposte sono state ricodificate nel seguente modo:

Codice 1 = risposta 3 o 4, programma presente

Codice 0 = risposta 1 o 2, programma assente

L'indice di livello di sviluppo dei programmi specifici è stato costruito facendo la somma delle ricodifiche su ciascuno dei programmi.

Tabella 21 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della presa in carico

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della presa in carico			
	0	1	2	3
Frequenze	86	145	197	212
% su 707 CSM	13,4	22,7	30,8	33,1
Dati mancanti	67			

Un terzo dei CSM italiani raggiunge un livello ottimale di sviluppo dei programmi specifici nell'area della presa in carico.

Funzione 5. Programmi specifici e prevenzione

La funzione *programmi specifici e prevenzione* si riferisce alla capacità del CSM di attivare autonomamente o all'interno del Dipartimento cui appartiene progetti di cura e di prevenzione su specifiche aree di disagio o per specifici target della popolazione.

Questa funzione si riferisce alla domanda 6.10 "Il servizio, nell'ultimo anno, ha svolto attività legate a programmi specifici?"

Come descritto precedentemente, i 16 programmi specifici sono stati attribuiti, per contenuto, alle 5 funzioni. Presentiamo la tabella riassuntiva che mostra l'elenco dei programmi specifici e le relative funzioni.

Tabella 22 - Elenco dei programmi e le funzioni a cui appartengono

	F1 Continuità terapeutica	F2 Coordinamento	F3 Accessibilità	F4 Presa in carico	F5 Prevenzione	F5 Programmi specifici
Prevenzione (informazione, promozione salute, stigma)			F3		F6	F5
Intervento precoce all'esordio psicotico			F3	F4		F5
Intervento su adolescenti a rischio					F6	F5
Prevenzione e recupero dei casi di drop-out	F1					F5
Continuità terapeutica	F1					F5
Interventi di supporto domiciliare intensivo	F1					F5
Formazione ai medici di base			F3			F5
Programmi di liaison in ospedale generale		F2	F3			F5
Formazione ed inserimento lavorativo		F2				F5
Interventi rivolti ad utenti con comorbidità		F2				F5
Sostegno a detenuti con disturbo mentale e OPG		F2				F5
Gruppi di auto mutuo aiuto				F4		F5
Gruppi con familiari di pazienti				F4		F5
Prevenzione del suicidio					F6	F5
Interventi rivolti a persone con DCA						F5
Salute mentale di genere						F5

Di seguito i dati relativi allo sviluppo dei singoli programmi specifici.

Tabella 23 - Programmi specifici (frequenze e percentuali su 707 CSM)

	Se ne occupa un sottogruppo di operatori/l'intera équipe		Non me ne occupo/me ne occupo solo in casi eccezionali		Dati mancanti
	Frequenze	Percentuali	Frequenze	Percentuali	
Continuità terapeutica	538	76,1	106	15,0	63
Formazione ed inserimento lavorativo	517	73,1	127	18,0	63
Gruppi con familiari di pazienti	458	64,8	185	26,2	64
Interventi di supporto domiciliare intensivo	447	63,2	197	27,9	63
Interventi rivolti ad utenti con comorbidità	418	59,1	225	31,8	64
Prevenzione (informazione, promozione salute, stigma)	389	55,0	254	35,9	64
Intervento precoce all'esordio psicotico	373	52,8	269	38,0	65
Gruppi di auto mutuo aiuto	350	49,5	293	41,4	64
Formazione ai medici di base	340	48,1	303	42,9	64
Prevenzione e recupero dei casi di drop-out	339	47,9	302	42,7	66
Programmi di liaison in ospedale generale	304	43,0	340	48,1	63
Interventi rivolti a persone con DCA	290	41,0	354	50,1	63
Salute mentale di genere	273	38,6	367	51,9	67
Prevenzione del suicidio	271	38,3	369	52,2	67
Intervento su adolescenti a rischio	246	34,8	397	56,2	64
Sostegno a detenuti con disturbo mentale e OPG	172	24,3	471	66,6	64

I programmi specifici che vengono attivati più frequentemente dai CSM italiani riguardano: la continuità terapeutica (76,1%), la formazione e l'inserimento lavorativo (73,1%), i gruppi con familiari di pazienti (64,8%) e gli interventi di supporto domiciliare intensivo (63,2%).

Programmi specifici – prevenzione

Tre item della batteria 6.10 (Prevenzione - informazione, promozione salute, stigma; Intervento su adolescenti a rischio; Prevenzione del suicidio) sono stati ricodificati nel seguente modo:

- risposta 3 o 4 (se ne occupa un sottogruppo di operatori o l'intera equipe del CSM) = programma presente = codice 1
- risposta 1 o 2 (non me ne occupo o me ne occupo solo in casi eccezionali) = programma assente = codice 0

Abbiamo costruito quindi un indice di livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della prevenzione facendo la somma delle ricodifiche su ciascuno dei programmi.

Questa variabile ha un punteggio che va da 0 a 3.

Tabella 24 - Livello di sviluppo dei programmi specifici – area prevenzione (percentuali su 707 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici – area prevenzione			
	0	1	2	3
% su 707 CSM	21,1	27,7	25,3	16,3
Dati mancanti				68

In media i CSM italiani raggiungono un punteggio di sviluppo dei programmi specifici nell'area della prevenzione pari a 1,41. Il 16,3% dei CSM italiani ha sviluppato programmi specifici di prevenzione sul proprio territorio con il proprio personale o con equipe multidisciplinari del Dipartimento di Salute Mentale.

Indice complessivo di sviluppo dei programmi specifici

L'indice complessivo di sviluppo dei programmi specifici è stato costruito con tutte le voci della batteria 6.10 (tutti e 16 i programmi specifici) sono state ricodificate nel seguente modo:

- risposta 3 o 4 (se ne occupa un sottogruppo di operatori o l'intera equipe del CSM) = programma presente = codice 1
- risposta 1 o 2 (non me ne occupo o me ne occupo solo in casi eccezionali) = programma assente = codice 0

Abbiamo costruito quindi un indice di livello di sviluppo dei programmi specifici facendo la somma delle ricodifiche su ciascuno dei programmi.

Questa variabile ha un punteggio che va da 0 a 16.

Tabella 25 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 707 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 707 CSM	5,9	9,0	11,0	14,5	16,3	14,7	11,4	7,2
Dati mancanti								71

In media i CSM italiani raggiungono un punteggio di sviluppo dei programmi specifici pari a 8,90. Il 18,6% dei CSM italiani raggiunge un punteggio elevato di sviluppo dei programmi specifici.

Conclusioni

Di seguito la sintesi dei risultati sulle cinque funzioni di cura previste dal PON, vale a dire, il posizionamento dei CSM italiani in relazione agli standard previsti dal documento programmatico.

Per **continuità della cura** si intende il grado di integrazione dei CSM con gli altri servizi che costituiscono il Dipartimento di Salute Mentale (Centro Diurno, Day Hospital, Strutture residenziali, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), vale a dire, la capacità di fornire un intervento integrato con particolare riguardo alla riabilitazione e alla gestione degli stati di crisi. In Italia la maggior parte dei CSM può disporre, nel processo di cura, di attività tipo Centro Diurno e Strutture Residenziali, tutti i CSM possono disporre di SPDC, mentre solamente la metà circa dei CSM può disporre di attività tipo Day-Hospital. I CSM che possono disporre di tutte le attività sono 351 (su 707 censiti), di questi, 229 hanno un livello di continuità della cura secondo gli standard previsti dal PON (pari a circa 1/3 dei CSM italiani). Laddove manca la possibilità di garantire attività tipo DH (in totale 225 CSM), il 75% di questi raggiunge il livello massimo possibile di continuità della cura.

Dei 225 CSM che non possono usufruire di attività tipo DH, il 50% fa parte di Dipartimenti di Salute Mentale che non hanno attivato tra le loro strutture nessun Day Hospital. In altre parole, questi CSM presentano una carenza di tipo strutturale. Il 50% restante presenta invece una carenza di tipo funzionale (è presente una struttura di DH ma non è utilizzata).

Si potrebbe spiegare la carenza di strutture/attività tipo DH facendo riferimento al fatto che il Day Hospital è una struttura poco codificata (diagnosi e terapia) e dubbie sono le funzioni corrispondenti a tale tipo di struttura. Molti CSM considerano infatti come una funzione propria quella di somministrare terapie anche prolungate ai propri pazienti.

140 CSM su 707 assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali, residenziali o di ricovero. La correlazione rilevata tra questo indicatore e il livello di continuità della cura può far pensare che il livello di continuità della cura migliori nei casi in cui: 1) gli stessi operatori svolgono funzioni di cura in strutture diverse; 2) all'interno di uno stesso servizio si svolgono funzioni di cura diverse.

Tale dato pare confermato dalla ricerca Progres sulle strutture residenziali psichiatriche italiane in cui la permanenza media degli ospiti delle strutture variava a seconda della gestione delle strutture stesse. Nelle strutture a gestione diretta del DSM la permanenza media degli ospiti è minore rispetto a quelle convenzionate a gestione "privata". Riassumendo, sembra che il coinvolgimento di operatori sanitari su più funzioni di cura permetta una maggiore mobilità e progettualità sul paziente.

Oltre alle agenzie che costituiscono il DSM è stata inoltre presa in considerazione l'interazione tra il CSM e le Case di Cura Neuropsichiatriche nella gestione di pazienti gravi che necessitano di un ricovero prolungato. Va tenuto presente che le case di cura non sorgono in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale, regioni come la Liguria, il Friuli Venezia Giulia, la PA Bolzano, la PA Trento, la Valle d'Aosta, il Molise, la Basilicata, l'Abruzzo e la Sardegna non ne hanno sul proprio territorio e per scelta, in alcuni casi, non effettuano ricoveri prolungati. In generale, due terzi dei CSM italiani coordina attivamente gli invii nelle case di cura ed effettua il monitoraggio, mentre poco meno del 15% dei CSM italiani non se ne occupa.

Un terzo circa dei CSM italiani ha un livello ottimale di sviluppo dei programmi specifici legati alla continuità della cura, programmi attuati dall'intera équipe o parte di essa. Per programmi specifici legati alla continuità della cura si intendono quei progetti attivati a livello dipartimentale oppure ambulatoriale volti all'incremento ed al miglioramento dell'interazione tra le varie agenzie che costituiscono il Dipartimento di Salute Mentale, tali progetti riguardano il recupero e la prevenzione dei casi di drop-out, gli interventi di supporto domiciliare intensivo e la continuità terapeutica (tabella 26).

Tabella 26 – Funzione 1 – Continuità della cura

Funzione 1 – Continuità della cura			
	Livello basso	Livello medio	Livello alto (adeguamento al PON)
Livello di continuità della cura	5,37%	15%	72,84%
Livello di soddisfacimento con il proprio personale	25,03%	48,37%	19,8%
Livello di coordinamento con le Case di Cura Neuropsichiatriche	14,29%	13,58%	62,38%

Per **coordinamento con i servizi del territorio** si intende la capacità di attivare reti con i servizi "confinanti" presenti sul territorio al fine di coordinare interventi relativi a problemi di lavoro, alloggio, patologia di natura organica e di solitudine o povertà della rete sociale. Rispetto a questo tipo di interventi, la maggior parte dei CSM italiani si coordina con i servizi presenti sul territorio. Per quanto riguarda la qualità del coordinamento però (che riguarda sia l'invio, sia il monitoraggio degli interventi) solo un terzo circa dei CSM italiani ha livello di coordinamento ottimale con tutti i servizi "confinanti" presenti sul territorio, mentre poco più del 10% mostra invece uno scarso livello di coordinamento.

Il coordinamento con i Medici di Medicina Generale rappresenta l'area più problematica, situazione in cui per lo più manca un monitoraggio degli invii.

I programmi specifici legati al miglioramento del coordinamento con i servizi del territorio, per quei pazienti gravi che necessitano di un intervento il più possibile integrato, sono i programmi di liaison in ospedale generale, quelli di formazione ed inserimento lavorativo, quelli rivolti ad utenti con disturbo psichico ed abuso di sostanze e quelli legati al sostegno di detenuti con disturbo mentale ed OPG: il 27% dei CSM italiani ha sviluppato in misura minima questi programmi; solo il 14% dei CSM ha sviluppato, con tutta o parte della propria équipe, tutti i programmi specifici che abbiamo considerato inerenti all'area del coordinamento con i servizi confinanti sul territorio (tabella 27).

Tabella 27 – Funzione 2 – Coordinamento con i servizi "confinanti" del territorio

Funzione 2 – Coordinamento con gli altri servizi del territorio			
	Livello Basso	Livello medio	Livello alto (adeguamento al PON)
Livello di coordinamento	6,65%	36,92%	47,81%
Livello di coordinamento/lavoro	7,5%	13,6%	70,3%
Livello di coordinamento/alloggio	8,3%	19,2%	63,8%
Livello di coordinamento/patologie organiche	11,5%	35,8%	44,1%
Livello di coordinamento/solitudine-povertà della rete sociale	11,0%	28,6%	51,6%

Per **accessibilità** si intende la capacità del servizio di accogliere e di rispondere alla domanda di cura in maniera pronta e adeguata. Gli indicatori che concorrono a descriverla sono: l'orario di apertura del servizio, la presenza di procedure di presa in carico per pazienti stranieri che non parlano la lingua italiana, la presenza di sedi ambulatoriali decentrate sul territorio di competenza, la lunghezza della lista di attesa, la presenza di "barriere organizzative" o "barriere economiche" intendendo come tali la necessità di un invio da parte di altro medico per accedere al CSM, oppure l'obbligo di pagamento del ticket.

Solo il 15% dei CSM tiene aperto per almeno 72 ore su 6 giorni la settimana e molti di questi, come quelli friulani ed alcuni campani, sono aperti per 24 ore al giorno 7 giorni su 7. La percentuale bassa di CSM "adeguati" rispetto agli standard orari previsti dal PON non è di per sé preoccupante: questa variabile presenta infatti alcune criticità legate all'eterogeneità del nostro campione. Molti CSM, soprattutto quelli collocati in aree urbane, hanno adottato come scelta quella di aprire sul territorio di competenza più Centri di Salute Mentale che coprono popolazioni ridotte e che spesso hanno orari di apertura inferiori alle 72 ore. In altri casi i CSM sono costituiti da una sede centrale e da diverse sedi decentrate (da 1 a 11 sedi) con orari più ridotti. Sommando le ore di apertura della sede centrale con tutte quelle decentrate, la percentuale di adesione al PON sale al 43%. Va tenuto inoltre conto del fatto che l'organizzazione dei CSM non è omogenea in tutte le regioni italiane, in alcuni casi per CSM si intendono strutture che al loro interno svolgono funzioni non soltanto ambulatoriali, ma anche semi-residenziali, residenziali e di ricovero. Siamo quindi di fronte a unità di censimento che possono variare grandemente per dimensioni e complessità organizzativa.

Il 47% dei CSM italiani effettua la valutazione diagnostica e la presa in carico di pazienti stranieri. Per il 31% dei CSM italiani non sono invece disponibili procedure di accesso per pazienti stranieri. C'è una notevole differenza, rispetto a questo dato, tra Nord, Centro e Sud, la concentrazione di stranieri in Italia è infatti in prevalenza nelle regioni del Nord e del Centro mentre è relativamente bassa nelle regioni del Sud (dati ISTAT). Esiste quindi una relazione tra l'effettiva presenza di stranieri e l'attivazione di procedure per la presa in carico di pazienti stranieri nei CSM.

In base alla classificazione adottata nella presente ricerca, il 75% dei CSM italiani soddisfa i criteri di decentramento (presenza di sedi decentrate). Soprattutto per quanto riguarda i Centri di Salute Mentale in area extra urbana che hanno un territorio di riferimento molto vasto, molti CSM hanno scelto, in ottemperanza al PON, di aprire sedi decentrate sul territorio (203/336).

Solo il 7% dei CSM italiani raggiunge un livello ottimale di accessibilità (indice che comprende solo tre indicatori: orario di apertura, procedure per stranieri e sedi decentrate).

Gli altri indicatori presi in considerazione per descrivere l'accessibilità dei CSM riguardano la lista di attesa, l'invio da parte del medico di base e il ticket.

Il 59% dei CSM italiani ha una lista di attesa che regola l'accesso dei nuovi casi al servizio (lista non utilizzata nel caso delle urgenze). La durata media della lista di attesa è di 7,8 giorni e va da un minimo di 0 ad un massimo di 75 giorni.

In Italia il 13% dei CSM necessita dell'invio da parte di un medico per l'accesso al Servizio (93 su 707 CSM). Per verificare se la presenza o meno della necessità dell'invio da parte di un medico possa essere una barriera di accesso al servizio, è stato operato un confronto tra le medie dei pazienti in trattamento attivo e le medie dei nuovi accessi dell'anno 2004 nei due gruppi di CSM (CSM che necessitano di un invio e CSM che non necessitano di un invio): le differenze nei due gruppi non sono significative.

In Italia per il 64% dei CSM l'accesso è regolato dal pagamento del ticket (esclusi gli esenti) (452 su 707 CSM). Per verificare se il pagamento di un ticket possa essere una barriera di accesso al servizio di tipo economico, è stato effettuato un confronto tra le medie dei pazienti in trattamento attivo e le medie dei nuovi accessi dell'anno 2004 nei due gruppi di CSM (CSM che richiedono il pagamento del ticket e CSM che non lo richiedono): ci sono differenze significative solo per i pazienti in trattamento attivo.

Tra i programmi dipartimentali volti a migliorare l'accessibilità ai CSM rientrano quelli di prevenzione, di intervento precoce all'esordio psicotico, di formazione ai medici di base e di liaison in ospedale generale: il 18% dei CSM italiani raggiunge il punteggio massimo di sviluppo dei programmi specifici nell'area dell'accessibilità, il 44% ha invece un livello di sviluppo medio, mentre il 29% presenta un livello di sviluppo basso o nullo (tabella 28).

Tabella 28 – Funzione 3 – Accessibilità

Funzione 3 – Accessibilità			
	Livello basso	Livello medio	livello alto (adeguamento al PON)
Livello di accessibilità	10,18%	67,8%	8,49%
Livello di accessibilità/ lunghezza lista di attesa	11,60% (<i>>16 giorni</i>)	35,22% (<i>7-15 giorni</i>)	44,41% (<i>0-6 giorni</i>)

Il PON stabilisce come "obiettivo prioritario, in accordo con il Piano Sanitario Nazionale, di assicurare la **presa in carico** e la risposta ai bisogni delle persone affette da disturbi mentali gravi, che presentano disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza e che sono ad alto rischio di cronicizzazione ed emarginazione".

Nei CSM italiani la prevalenza trattata è di 908 casi su 100000 abitanti (0,9%) in un periodo indice di rilevazione di 3 mesi. La prevalenza del disturbo schizofrenico è di 251 pazienti ogni 100000 abitanti pari allo 0,25% della popolazione. Dati dell'OMS rilevano la prevalenza dei disturbi schizofrenici in ogni paese intorno al 0,75%.

Per pazienti "gravi" intendiamo le diagnosi di area psicotica, ma anche quelle appartenenti all'area "disturbi dell'umore", area che comprende la depressione maggiore e il disturbo bipolare (classificazione che tiene conto della gravosità della malattia). Il 54% dei pazienti in trattamento attivo ai servizi sono pazienti "gravi", pazienti che perciò secondo la nostra definizione necessitano di interventi integrati e complessi su diverse aree problematiche.

L'incidenza del disturbo schizofrenico nell'anno 2004 è di 73,6 nuovi casi su 100000 abitanti (0,07%). Questo dato è in linea con i recenti studi epidemiologici che stimano l'incidenza annua della schizofrenia tra lo 0,009 e lo 0,09%. In media ci sono 59 nuovi casi di schizofrenia per anno nei CSM italiani.

Il 21,7% dei pazienti in trattamento attivo ha ricevuto, nel corso dell'ultimo anno di trattamento, almeno un intervento esterno al CSM (domiciliare, in luogo di ricovero). Considerando che più della metà dei pazienti in carico ai CSM presenta una patologia grave, si può affermare che gli interventi esterni sembrano essere limitati.

Un terzo dei CSM italiani raggiunge un livello ottimale di sviluppo dei programmi specifici legati al miglioramento della presa in carico. Nei programmi di questa area rientrano i progetti di intervento precoce all'esordio psicotico, quelli di gruppi di auto mutuo aiuto e gruppi con familiari di pazienti (tabella 29).

Tabella 29 – Funzione 4 – Presa in carico

Funzione 4 – Presa in carico	
	Valore nazionale
Pazienti in trattamento attivo/popolazione (prevalenza trattata)	908/100000; 0,9%
Pazienti schizofrenici in trattamento attivo/popolazione (prevalenza schizofrenica)	251/100000; 0,25%
Percentuale di pazienti "gravi" sul totale dei pazienti (in trattamento attivo)	54%
Nuovi casi di schizofrenia sulla popolazione dell'area del CSM (incidenza trattata)	73,6/100000; 0,07%
Percentuale di pazienti in trattamento attivo con interventi esterni al CSM	21,7%

I **programmi specifici** che vengono attivati più frequentemente dai CSM italiani riguardano: la continuità terapeutica (76,1%), la formazione e l'inserimento lavorativo (73,1%), i gruppi con familiari di pazienti (64,8%) e gli interventi di supporto domiciliare intensivo (63,2%).

Per quanto riguarda il livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della prevenzione (Informazione, promozione salute, stigma; Intervento su adolescenti a rischio; Prevenzione del suicidio) solo il 16% dei CSM italiani ha ottenuto il punteggio massimo.

Considerando tutti i programmi specifici (16), in media i CSM italiani raggiungono un punteggio di sviluppo dei programmi specifici pari a 9; il 18,6% dei CSM italiani raggiunge un punteggio elevato di sviluppo dei programmi specifici. L'attivazione di programmi specifici pare quindi essere una modalità di lavoro abbastanza diffusa (tabella 30).

Tabella 30 – Funzione 5 – Programmi specifici

Funzione 5 – Programmi specifici			
	Livello basso	Livello medio	livello alto (adeguamento al PON)
Livello di sviluppo dei programmi specifici	14,9%	56,5%	18,6%
Livello di sviluppo programmi specifici/prevenzione	21,1%	53,0%	16,3%
Livello di sviluppo programmi specifici/continuità della cura	22,9%	30,8%	37,3%
Livello di sviluppo programmi specifici/coordinamento	27,1%	50,2%	13,6%
Livello di sviluppo programmi specifici/accessibilità	29,3%	43,8%	18,0%

Capitolo 5

I DATI REGIONALI

- Abruzzo -

Numero DSM: 7
Numero CSM: 16

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	15	11	13	16
% su 16 CSM	95,7 (84,4)	51,4 (53,9)	98,6 (88,4)	98,6 (93,2)
Dati mancanti	0	0	0	0

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	10							1					3	6
SPDC+CD+SR	3									1	2			
SPDC+DH+CD	1										1			
SPDC+DH+SR														
SPDC+SR														
SPDC+CD	1							1						
SPDC+DH														
SPDC	1				1									
Dati mancanti														
Totale CSM	16													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	15	11	6	8
% su 16 CSM	93,8 (66,8)	68,8 (38,5)	37,5 (55,9)	50,1 (58,0)
Dati mancanti	1	5	3	0

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	2	1	13
% su 16 CSM	12,5 (14,3)	6,3 (13,6)	81,3 (62,4)
Dati mancanti		0	

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area delle continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	4	2	2	8
% su 16 CSM	25,0 (9,3)	12,5 (13,6)	12,5 (30,8)	50,0 (37,3)
Dati mancanti			0	

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi “confinanti” sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	2	12,5 (7,5)	3	18,8 (13,6)	11	68,8 (70,3)	0
Alloggio	2	12,5 (8,3)	3	18,8 (19,2)	11	68,8 (63,8)	0
Patologie organiche	3	18,8 (11,5)	5	31,3 (35,8)	8	50,0 (44,1)	0
Solitudine/povertà della rete sociale	3	18,8 (11,0)	3	18,8 (28,6)	10	62,5 (51,6)	0

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 16 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	2	0	0	1	2	0	0	5	6
%	12,5 (2,1)	0 (1,3)	0 (3,3)	6,3 (3,7)	12,5 (10,0)	0 (6,9)	0 (16,3)	31,3 (16,8)	37,5 (31,0)
Dati mancanti	0								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	3	4	1	6	2
%	18,8 (6,9)	25,0 (20,2)	6,3 (25,9)	37,5 (24,3)	12,5 (13,6)
Dati mancanti	0				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	7	43,8 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	5	31,3 (11,0)
Si effettua la presa in carico	1	6,3 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	3	18,8 (47,1)
Dati mancanti	0	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	0	0	5	4	5	2	0
% su 16 CSM	0 (7,1)	0 (3,1)	31,3 (30,0)	25 (8,1)	31,3 (37,9)	12,5 (1,4)	0 (7,1)
Dati mancanti	0						

Tabella 11 – Lista di attesa

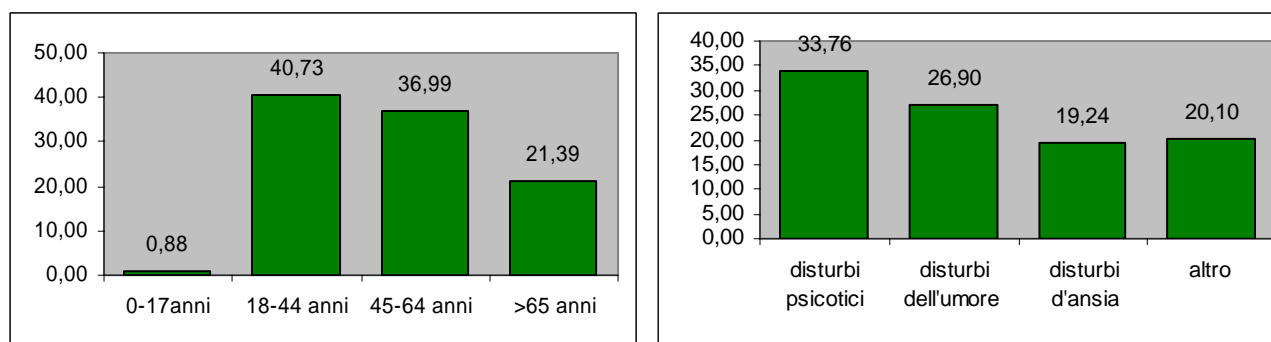
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	8	50,0 (59,3)
No	8	50,0 (32,2)
Dati mancanti	0	

La lunghezza media della lista di attesa è di 2 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 8531

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 17,31% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM.

Prevalenza trattata: 646,48/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 246,9/100.000 abitanti

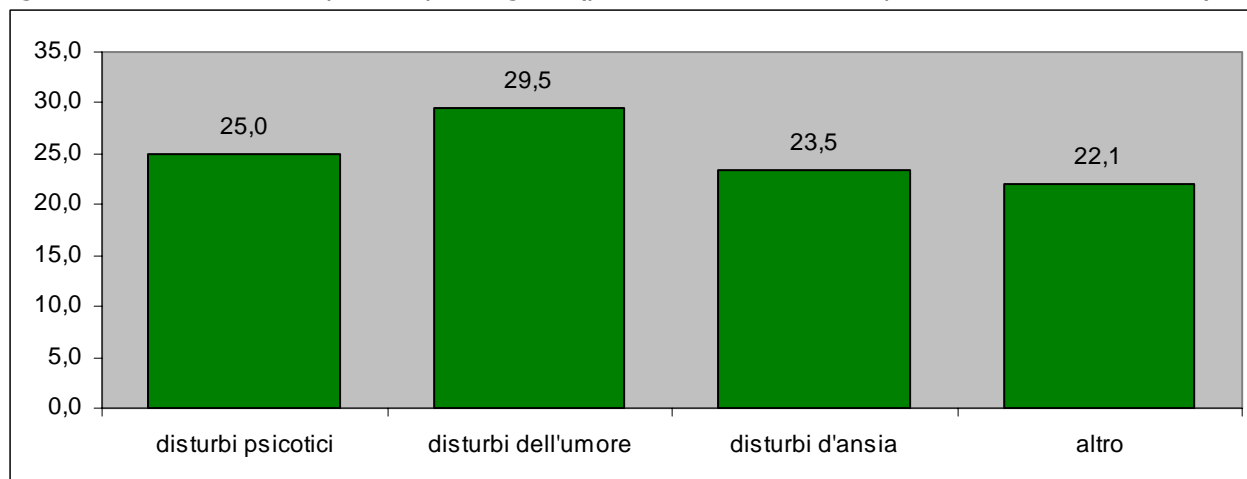
Pazienti nuovi accessi: 6498

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 801,2

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 1439

Incidenza schizofrenia: 187,0/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI E PREVENZIONE PRIMARIA

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 16 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 16 CSM	25,0 (5,9)	6,3 (9,0)	12,5 (11,0)	12,5 (14,5)	12,5 (16,3)	6,3 (14,7)	12,5 (11,4)	12,5 (7,2)
Dati mancanti	0							

- Basilicata -

Numero DSM: 5

Numero CSM: 5

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	0	1	1	1
% su 5 CSM	0 (84,4)	20,0 (53,9)	20,0 (88,4)	20,0 (93,2)
Dati mancanti	4	4	4	4

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR														
SPDC+CD+SR	1										1			
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR														
SPDC+SR														
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC														
Dati mancanti	4													
Totale CSM	5													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	0	0	1	1
% su 5 CSM	0 (66.8)	0 (38.5)	20,0 (55.9)	20,0 (58.0)
Dati mancanti	5	4	4	4

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	1	0	0
% su 5 CSM	20,0 (14,3)	0 (13,6)	0 (62,4)
Dati mancanti		4	

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area delle continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	0	0	0	1
% su 5 CSM	0 (9,3)	0 (13,6)	0 (30,8)	20,0 (37,3)
Dati mancanti			4	

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi “confinanti” sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	1	20,0 (7,5)	0	0 (13,6)	0	0 (70,3)	4
Alloggio	1	20,0 (8,3)	0	0 (19,2)	0	0 (63,8)	4
Patologie organiche	1	20,0 (11,5)	0	0 (35,8)	0	0 (44,1)	4
Solitudine/povertà della rete sociale	1	20,0 (11,0)	0	0 (28,6)	0	0 (51,6)	4

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 5 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	1	0	0	0	0	0	0	0	0
%	20,0 (2,1)	0 (1,3)	0 (3,3)	0 (3,7)	0 (10,0)	0 (6,9)	0 (16,3)	0 (16,8)	0 (31,0)
Dati mancanti	4								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio-

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	0	0	1	0	0
%	0 (6,9)	0 (20,2)	20,0 (25,9)	0 (24,3)	0 (13,6)
Dati mancanti	4				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	1	20,0 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	0	0 (11,0)
Si effettua la presa in carico	0	0 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	0	0 (47,1)
Dati mancanti	4	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	0	0	0	0	1	0	0
% su 5 CSM	0 (7,1)	0 (3,1)	0 (30,0)	0 (8,1)	20,0 (37,9)	0 (1,4)	0 (7,1)
Dati mancanti	4						

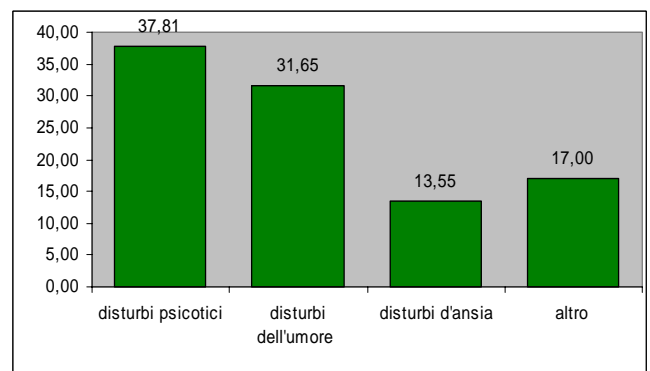
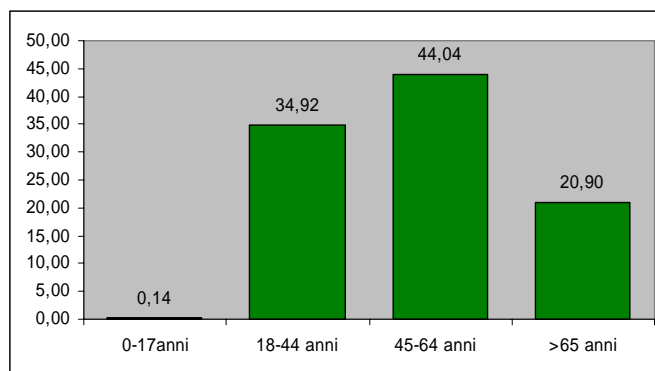
Tabella 11 – Lista di attesa

Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	0	0 (59,3)
No	1	20,0 (32,2)
Dati mancanti	4	

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 812

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Prevalenza trattata: 814,44/100.000 abitanti
 Prevalenza disturbo schizofrenico: 307,9/100.000 abitanti
 Nuovi accessi disturbo schizofrenico: dato non pervenuto
 Pazienti nuovi accessi: 270
 Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 270,8

5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 5 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 5 CSM	0 (5,9)	0 (9,0)	0 (11,0)	0 (14,5)	0 (16,3)	20,0 (14,7)	0 (11,4)	0 (7,2)
Dati mancanti	4							

- Calabria -

Numero DSM: 11

Numero CSM: 33

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	4	7	6	16
% su 33 CSM	12,1 (84,4)	21,2 (53,9)	18,2 (88,4)	48,5 (93,2)
Dati mancanti	17	17	17	17

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	2													2
SPDC+CD+SR														
SPDC+DH+CD	2										2			
SPDC+DH+SR	2							1	1					
SPDC+SR	2			1			1							
SPDC+CD														
SPDC+DH	1					1								
SPDC	7	1	2	1	3									
Dati mancanti	17													
Totale CSM	33													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	4	5	2	5
% su 33 CSM	12,1 (66.8)	15,2 (38.5)	6,1 (55.9)	15,2 (58.0)
Dati mancanti	29	26	27	17

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	0	5	11
% su 33 CSM	0 (14,3)	15,2 (13,6)	33,3 (62,4)
Dati mancanti		17	

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area delle continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	3	3	4	6
% su 33 CSM	9,1 (9,3)	9,1 (13,6)	12,1 (30,8)	18,2 (37,3)
Dati mancanti			17	

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi "confinanti" sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	8	24,2 (7,5)	4	12,1 (13,6)	4	12,1 (70,3)	17
Alloggio	8	24,2 (8,3)	4	12,1 (19,2)	4	12,1 (63,8)	17
Patologie organiche	2	6,1 (11,5)	8	24,2 (35,8)	6	18,2 (44,1)	17
Solitudine/povertà della rete sociale	5	15,2 (11,0)	4	12,1 (28,6)	7	21,2 (51,6)	17

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 33 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	2	3	2	0	3	1	1	0	4
%	6,1 (2,1)	9,1 (1,3)	6,1 (3,3)	0 (3,7)	9,1 (10,0)	3,0 (6,9)	3,0 (16,3)	0 (16,8)	12,1 (31,0)
Dati mancanti	17								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	4	7	2	2	1
%	12,1 (6,9)	21,2 (20,2)	6,1 (25,9)	6,1 (24,3)	3,0 (13,6)
Dati mancanti	17				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	13	39,4 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	0	0 (11,0)
Si effettua la presa in carico	0	0 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	3	9,1 (47,1)
Dati mancanti	17	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	8	0	3	0	4	0	1
% su 33 CSM	24,2 (7,1)	0 (3,1)	9,1 (30,0)	0 (8,1)	12,1 (37,9)	0 (1,4)	3,0 (7,1)
Dati mancanti	17						

Tabella 11 – Lista di attesa

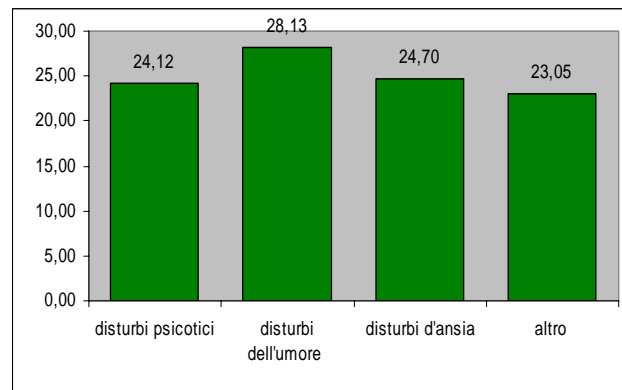
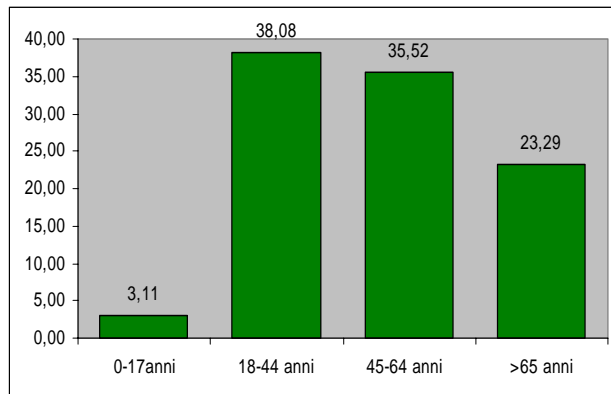
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	7	21,2 (59,3)
No	9	27,3 (32,2)
Dati mancanti	17	

La lunghezza media della lista di attesa è di 3 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 8735

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 12,20% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 995,20/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 240,6/100.000 abitanti

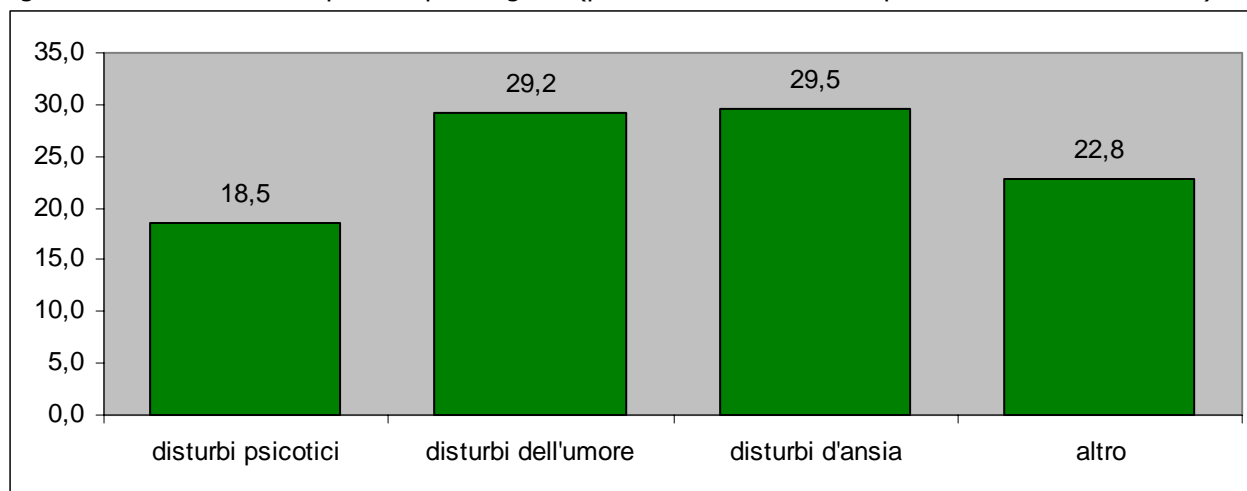
Pazienti nuovi accessi: 10078

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 1463,9

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 1808

Incidenza schizofrenia: 322,0/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 33 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 33 CSM	9,1 (5,9)	0 (9,0)	18,2 (11,0)	3,0 (14,5)	6,1 (16,3)	6,1 (14,7)	3,0 (11,4)	3,0 (7,2)
Dati mancanti	17							

- Campania -

Numero DSM: 13

Numero CSM: 66

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	55	46	47	59
% su 66 CSM	83,3 (84,4)	69,7 (53,9)	71,2 (88,4)	89,4 (93,2)
Dati mancanti	6	6	6	7

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	38	1								1	3	4	4	25
SPDC+CD+SR	6									1	5			
SPDC+DH+CD	7							1	1	5				
SPDC+DH+SR	1			1										
SPDC+SR	1							1						
SPDC+CD	3							3						
SPDC+DH														
SPDC	3	1			2									
Dati mancanti	7													
Totale CSM	66													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	54	44	42	40
% su 66 CSM	81,8 (66,8)	66,7 (38,5)	63,7 (55,9)	60,6 (58,0)
Dati mancanti	11	20	19	7

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	3	4	51
% su 66 CSM	4,5 (14,3)	6,1 (13,6)	77,3 (62,4)
Dati mancanti		8	

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area delle continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	1	4	15	38
% su 66 CSM	1,5 (9,3)	6,1 (13,6)	22,7 (30,8)	57,6 (37,3)
Dati mancanti			8	

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi "confinanti" sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	11	16,7 (7,5)	20	30,3 (13,6)	28	42,4 (70,3)	7
Alloggio	7	10,6 (8,3)	19	28,8 (19,2)	33	50,0 (63,8)	7
Patologie organiche	5	7,6 (11,5)	20	30,3 (35,8)	34	51,5 (44,1)	7
Solitudine/povertà della rete sociale	4	6,1 (11,0)	21	31,8 (28,6)	33	50,0 (51,6)	8

Tabella 7- Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 66 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	0	2	2	3	12	7	10	6	17
%	0 (2,1)	3,0 (1,3)	3,0 (3,3)	4,5 (3,7)	18,2 (10,0)	10,6 (6,9)	15,2 (16,3)	9,1 (16,8)	25,8 (31,0)
Dati mancanti	7								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	1	12	20	11	14
%	1,5 (6,9)	18,2 (20,2)	30,3 (25,9)	16,7 (24,3)	21,2 (13,6)
Dati mancanti	8				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	24	36,4 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	6	9,1 (11,0)
Si effettua la presa in carico	1	1,5 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	29	43,9 (47,1)
Dati mancanti	6	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	5	1	15	3	19	3	16
% su 66 CSM	7,6 (7,1)	1,5 (3,1)	22,7 (30,0)	4,5 (8,1)	28,8 (37,9)	4,5 (1,4)	24,2 (7,1)
Dati mancanti	4						

Tabella 11 – Lista di attesa

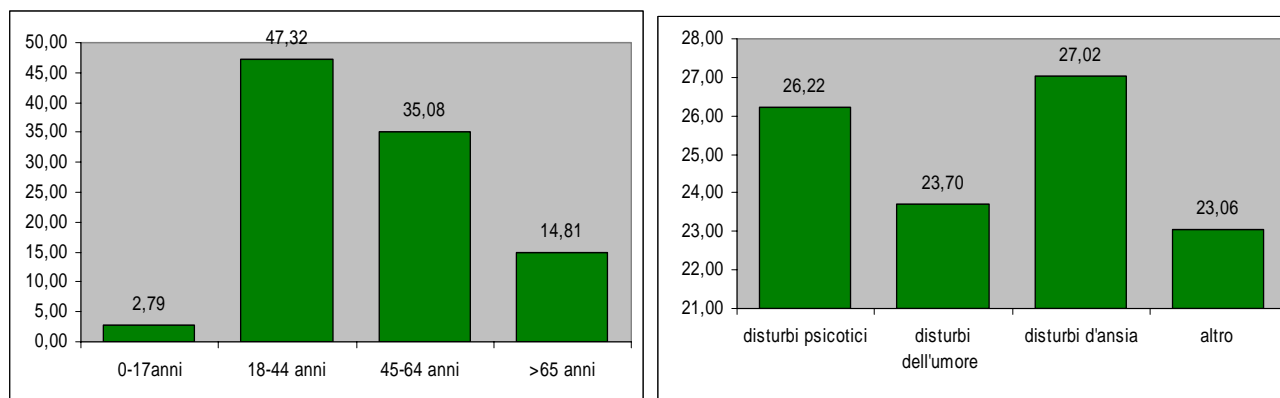
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	34	51,5 (59,3)
No	26	39,4 (32,2)
Dati mancanti	6	

La lunghezza media della lista di attesa è di 4 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 45028

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 17,35% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 867,74/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 172,8/100.000 abitanti

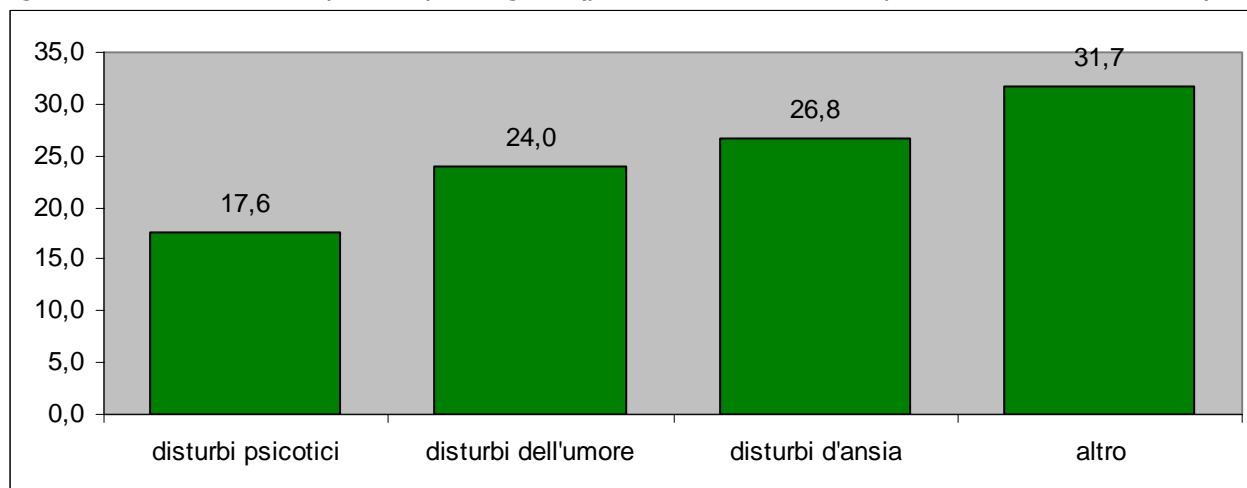
Pazienti nuovi accessi: 31607

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 981,1

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 4491

Incidenza schizofrenia: 162,2/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12- Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 66 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 66 CSM	0 (5,9)	3,0 (9,0)	12,1 (11,0)	9,1 (14,5)	12,1 (16,3)	12,1 (14,7)	22,7 (11,4)	13,6 (7,2)
Dati mancanti	10							

- Emilia Romagna -

Numero DSM: 13

Numero CSM: 47

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	46	33	47	47
% su 47 CSM	97,9 (84,4)	70,2 (53,9)	100 (88,4)	100 (93,2)
Dati mancanti	0	0	0	0

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	32					1							1	30
SPDC+CD+SR	14							1		1	12			
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR	1										1			
SPDC+SR														
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC														
Dati mancanti														
Totale CSM	47													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	39	27	38	37
% su 47 CSM	82,9 (66,8)	57,4 (38,5)	80,9 (55,9)	78,7 (58,0)
Dati mancanti	1	14	0	0

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	2	2	43
% su 47 CSM	4,3 (14,3)	4,3 (13,6)	91,5 (62,4)
Dati mancanti		0	

Tabella 5- Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	0	8	19	20
% su 47 CSM	0(9,3)	17,00 (13,6)	40,4 (30,8)	42,6 (37,3)
Dati mancanti			0	

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi "confinanti" sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	0	0 (7,5)	3	6,4 (13,6)	44	93,6 (70,3)	0
Alloggio	2	4,3 (8,3)	6	12,8 (19,2)	39	83,0 (63,8)	0
Patologie organiche	5	10,6 (11,5)	12	25,5 (35,8)	30	63,8 (44,1)	0
Solitudine/povertà della rete sociale	5	10,6 (11,0)	15	31,9 (28,6)	27	57,4 (51,6)	0

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 47 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	0	0	1	1	4	4	8	5	24
%	0 (2,1)	0 (1,3)	2,1 (3,3)	2,1 (3,7)	8,5 (10,0)	8,5 (6,9)	17,0 (16,3)	10,6 (16,8)	51,1 (31,0)
Dati mancanti	0								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	0	4	15	21	7
%	0 (6,9)	8,5 (20,2)	31,9 (25,9)	44,7 (24,3)	14,9 (13,6)
Dati mancanti	0				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	5	10,6 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	1	2,1 (11,0)
Si effettua la presa in carico	1	2,1 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	40	85,1 (47,1)
Dati mancanti	0	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	1	0	5	2	36	0	3
% su 47 CSM	2,1 (7,1)	0 (3,1)	10,6 (30,0)	4,3 (8,1)	76,6 (37,9)	0 (1,4)	6,4 (7,1)
Dati mancanti	0						

Tabella 11 – Lista di attesa

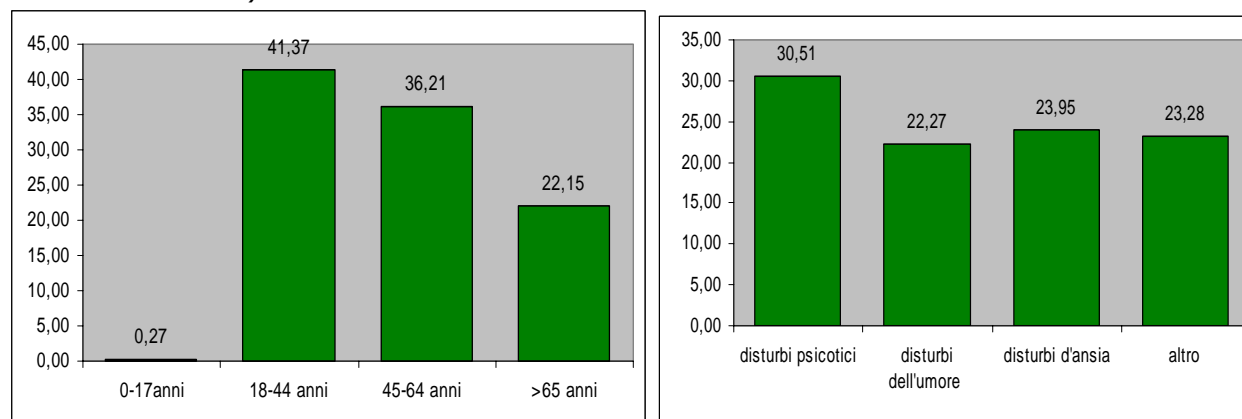
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	38	80,9 (59,3)
No	9	19,1 (32,2)
Dati mancanti	0	

La lunghezza media della lista di attesa è di 12 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005) 42100

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 26,20% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM.

Prevalenza trattata: 1019,57/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 302,2/100.000 abitanti

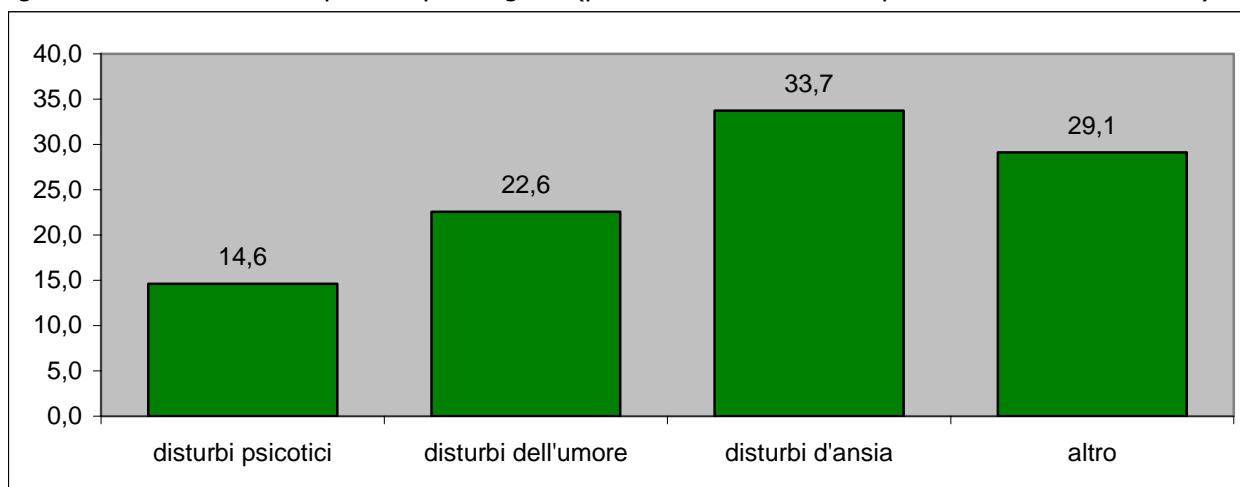
Pazienti nuovi accessi: 19144

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 451,2

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 2746

Incidenza schizofrenia: 64,8/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12- Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 47 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 47 CSM	2,4 (5,9)	7,1 (9,0)	11,9 (11,0)	4,8 (14,5)	19,0 (16,3)	11,9 (14,7)	16,7 (11,4)	11,9 (7,2)
Dati mancanti	1							

- Friuli Venezia Giulia -

Numero DSM: 6
Numero CSM: 22

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	22	22	22	22
% su 22 CSM	100 (84,4)	100 (53,9)	100 (88,4)	100 (93,2)
Dati mancanti	0	0	0	0

Tabella 2- Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	22										3		1	18
SPDC+CD+SR														
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR														
SPDC+SR														
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC														
Dati mancanti														
Totale CSM	22													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	22	22	19	10
% su 22 CSM	100 (66.8)	100 (38.5)	86,4 (55.9)	45,5 (58.0)
Dati mancanti	0	0	0	0

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	9	2	6
% su 22 CSM	40,9 (14,3)	9,1 (13,6)	27,3 (62,4)
Dati mancanti	5		

Tabella 5- Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	0	1	5	16
% su 22 CSM	0 (9,3)	4,5 (13,6)	22,7 (30,8)	72,7 (37,3)
Dati mancanti	0			

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi “confinanti” sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	0	0 (7,5)	0	0 (13,6)	22	100 (70,3)	0
Alloggio	0	0 (8,3)	0	0 (19,2)	22	100 (63,8)	0
Patologie organiche	0	0 (11,5)	4	18,2 (35,8)	18	81,8 (44,1)	0
Solitudine/povertà della rete sociale	1	4,5 (11,0)	1	4,5 (28,6)	20	90,9 (51,6)	0

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 22 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	0	0	0	0	0	1	1	2	18
%	0 (2,1)	0 (1,3)	0 (3,3)	0 (3,7)	0 (10,0)	4,5 (6,9)	4,5 (16,3)	9,1 (16,8)	81,8 (31,0)
Dati mancanti	0								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	0	1	3	5	13
%	0 (6,9)	4,5 (20,2)	13,6 (25,9)	22,7 (24,3)	59,1 (13,6)
Dati mancanti	0				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	1	4,5 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	0	0 (11,0)
Si effettua la presa in carico	0	0 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	21	95,5 (47,1)
Dati mancanti	0	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	0	0	2	0	9	0	11
% su 22 CSM	0 (7,1)	0 (3,1)	9,1 (30,0)	0 (8,1)	40,9 (37,9)	0 (1,4)	50,0 (7,1)
Dati mancanti	0						

Tabella 11 – Lista di attesa

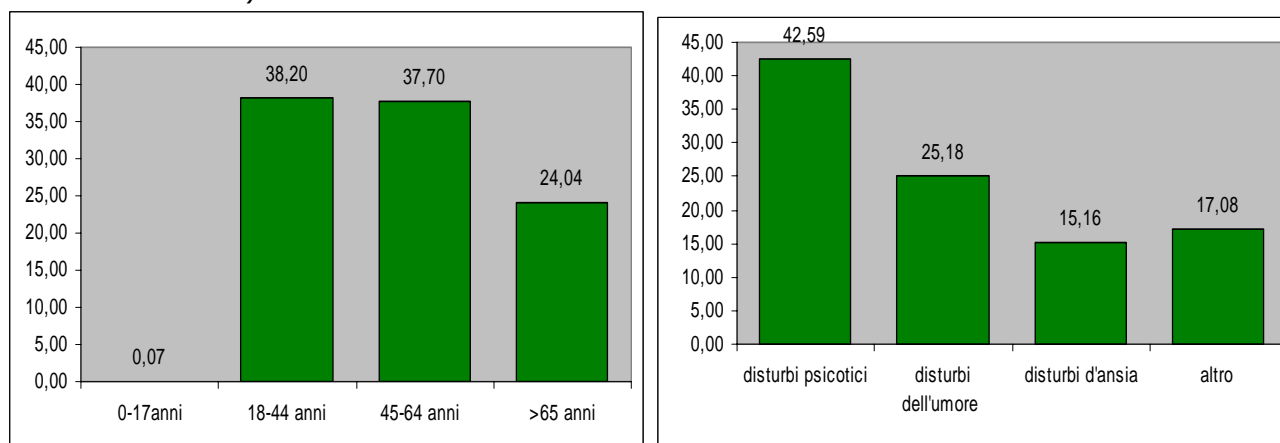
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	8	36,4 (59,3)
No	14	63,6 (32,2)
Dati mancanti	0	

La lunghezza media della lista di attesa è di 2 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 7181

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 74,42% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 588,57/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 198,3/100.000 abitanti

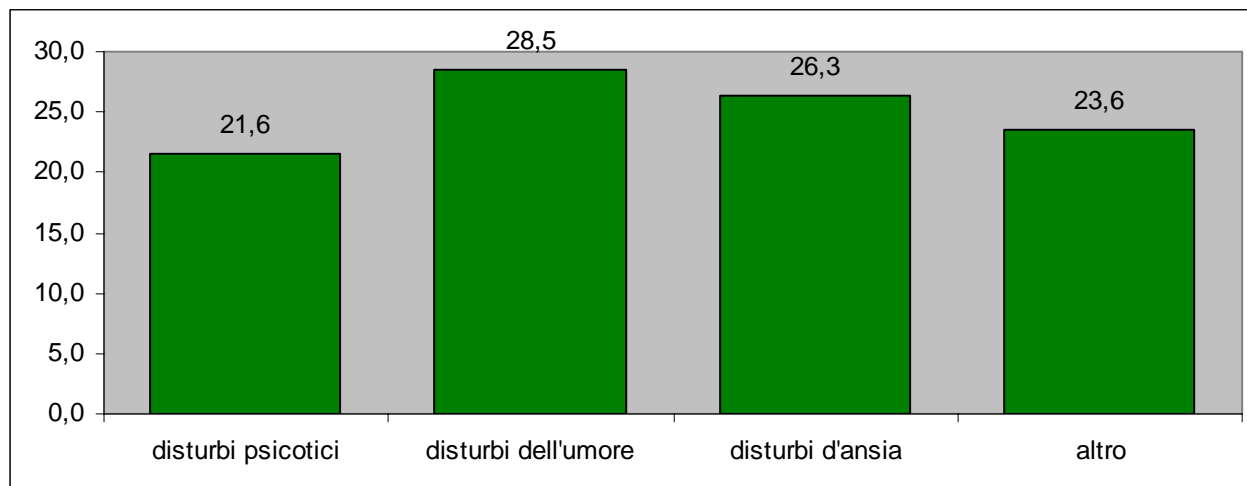
Pazienti nuovi accessi: 4781

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 424,1

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 630

Incidenza schizofrenia: 57,8/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 22 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 22 CSM	0 (5,9)	4,5 (9,0)	0 (11,0)	13,6 (14,5)	0 (16,3)	22,7 (14,7)	27,3 (11,4)	31,8 (7,2)
Dati mancanti	0							

- Lazio -

Numero DSM: 12

Numero CSM: 70

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	67	36	69	69
% su 70 CSM	95,7 (84,4)	51,4 (53,9)	98,6 (88,4)	98,6 (93,2)
Dati mancanti	1	1	1	1

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	36						1			4	2	2	3	24
SPDC+CD+SR	31								1	7	23			
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR														
SPDC+SR	2							2						
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC														
Dati mancanti	1													
Totale CSM	70													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	47	17	34	29
% su 70 CSM	67,1 (66.8)	24,3 (38.5)	48,6 (55.9)	41,4 (58.0)
Dati mancanti	3	34	1	1

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	0	8	61
% su 70 CSM	0 (14,3)	11,4 (13,6)	87,1 (62,4)
Dati mancanti		1	

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area delle continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	3	6	33	27
% su 70 CSM	4,3 (9,3)	8,6 (13,6)	47,1 (30,8)	38,6 (37,3)
Dati mancanti			1	

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi “confinanti” sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	1	1,4 (7,5)	12	17,1 (13,6)	56	80,0 (70,3)	1
Alloggio	5	7,1 (8,3)	13	18,6 (19,2)	51	72,9 (63,8)	1
Patologie organiche	6	8,6 (11,5)	31	44,3 (35,8)	32	45,7 (44,1)	1
Solitudine/povertà della rete sociale	6	8,6 (11,0)	21	30,0 (28,6)	42	60,0 (51,6)	1

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 70 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	0	1	3	3	6	3	12	16	25
%	0 (2,1)	1,4 (1,3)	4,3 (3,3)	4,3 (3,7)	8,6 (10,0)	4,3 (6,9)	17,1 (16,3)	22,9 (16,8)	35,7 (31,0)
Dati mancanti	1								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	7	20	19	17	6
%	10,0 (6,9)	28,6 (20,2)	27,1 (25,9)	24,3 (24,3)	8,6 (13,6)
Dati mancanti	1				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	32	45,7 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	9	12,9 (11,0)
Si effettua la presa in carico	1	1,4 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	27	38,6 (47,1)
Dati mancanti	1	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	6	1	32	9	20	0	2
% su 70 CSM	8,6 (7,1)	1,4 (3,1)	45,7 (30,0)	12,9 (8,1)	28,6 (37,9)	0 (1,4)	2,9 (7,1)
Dati mancanti	0						

Tabella 11 – Lista di attesa

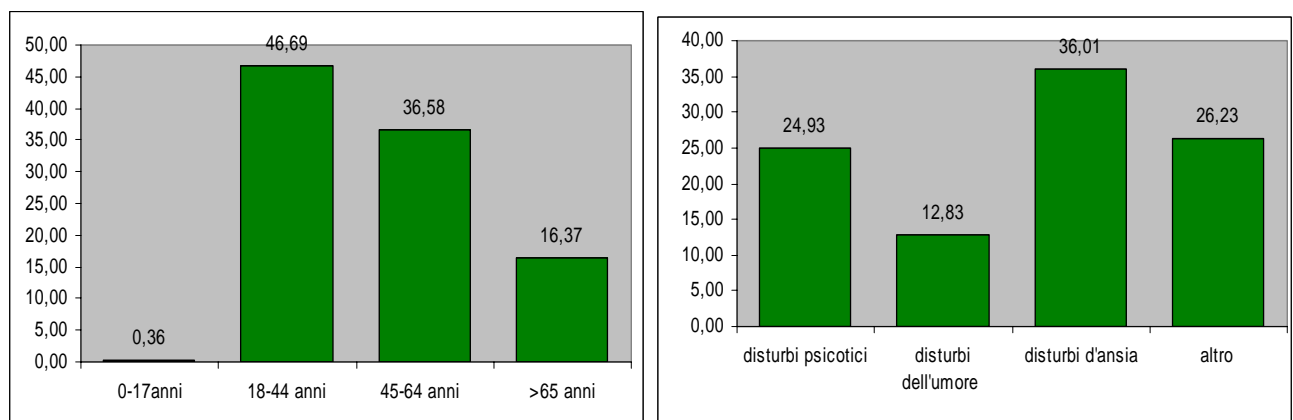
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	42	60,0 (59,3)
No	27	38,6 (32,2)
Dati mancanti	1	

La lunghezza media della lista di attesa è di 8 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 35051

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 25,23% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 637,19/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 156,1/100.000 abitanti

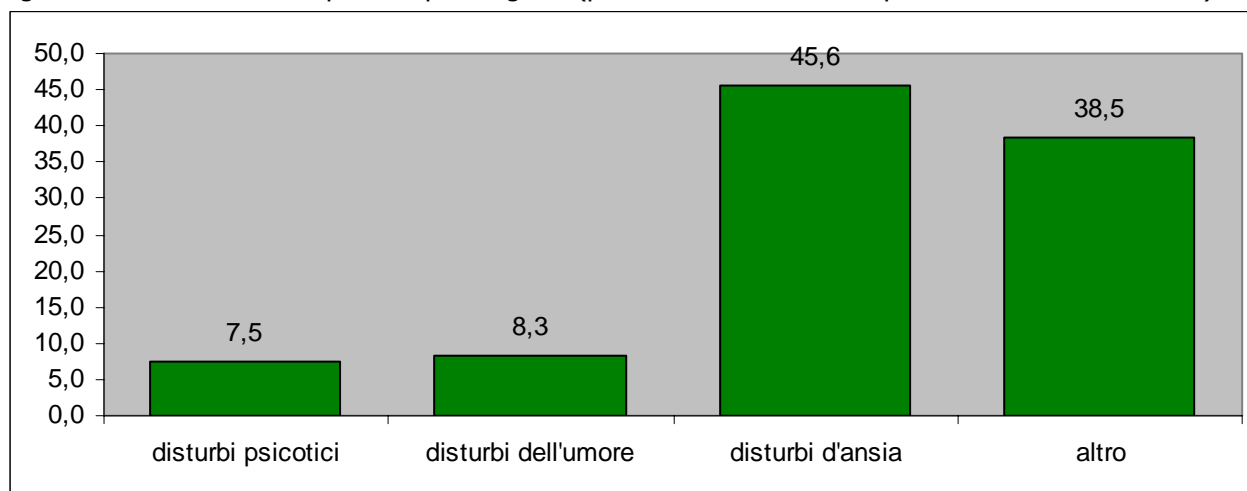
Pazienti nuovi accessi: 24084

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 498,1

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 1749

Incidenza schizofrenia: 35,4/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12- Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 70 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 70 CSM	7,1 (5,9)	8,6 (9,0)	10,0 (11,0)	17,1 (14,5)	21,4 (16,3)	20,0 (14,7)	11,4 (11,4)	1,4 (7,2)
Dati mancanti	2							

- Liguria -

Numero DSM: 5
Numero CSM: 17

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	17	9	17	17
% su 17 CSM	100 (84,4)	52,9 (53,9)	100 (88,4)	100 (93,2)
Dati mancanti	0	0	0	0

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	9												2	7
SPDC+CD+SR	8								1	1	6			
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR														
SPDC+SR														
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC														
Dati mancanti														
Totale CSM	17													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	14	3	13	9
% su 17 CSM	82,3 (66.8)	17,7 (38.5)	76,5 (55.9)	53,00 (58.0)
Dati mancanti	0	8	0	0

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	5	1	11
% su 17 CSM	29,4 (14,3)	5,9 (13,6)	64,7 (62,4)
Dati mancanti	0		

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	1	2	6	8
% su 17 CSM	5,9 (9,3)	11,8 (13,6)	35,3 (30,8)	47,1 (37,3)
Dati mancanti	0			

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi "confinanti" sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	0	0 (7,5)	4	23,5 (13,6)	13	76,5 (70,3)	0
Alloggio	0	0 (8,3)	3	17,6 (19,2)	14	82,4 (63,8)	0
Patologie organiche	1	5,9 (11,5)	7	41,2 (35,8)	9	52,9 (44,1)	0
Solitudine/povertà della rete sociale	1	5,9 (11,0)	5	29,4 (28,6)	11	64,7 (51,6)	0

Tabella 7- Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 17 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	0	0	0	0	4	0	2	3	8
%	0 (2,1)	0 (1,3)	0 (3,3)	0 (3,7)	23,5 (10,0)	0 (6,9)	11,8 (16,3)	17,6 (16,8)	47,1 (31,0)
Dati mancanti	0								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	0	4	6	4	3
%	0 (6,9)	23,5 (20,2)	35,3 (25,9)	23,5 (24,3)	17,6 (13,6)
Dati mancanti	0				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	6	35,3 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	0	0 (11,0)
Si effettua la presa in carico	0	0 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	11	64,7 (47,1)
Dati mancanti	0	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	0	0	7	0	10	0	0
% su 17 CSM	0 (7,1)	0 (3,1)	41,2 (30,0)	0 (8,1)	58,8 (37,9)	0 (1,4)	0 (7,1)
Dati mancanti	0						

Tabella 11 – Lista di attesa

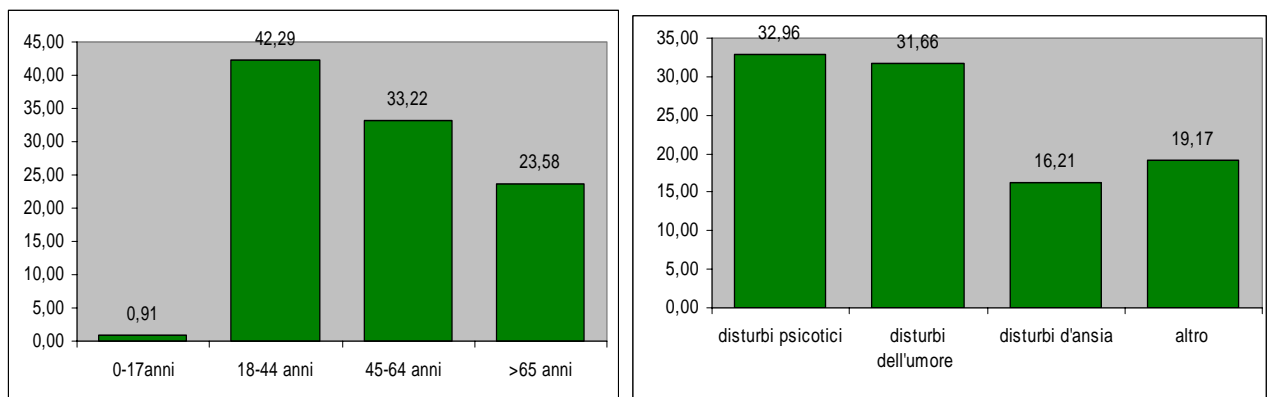
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	11	64,7 (59,3)
No	6	35,3 (32,2)
Dati mancanti	0	

La lunghezza media della lista di attesa è di 9 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 12842

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 34,46% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 840,77/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 261,3/100.000 abitanti

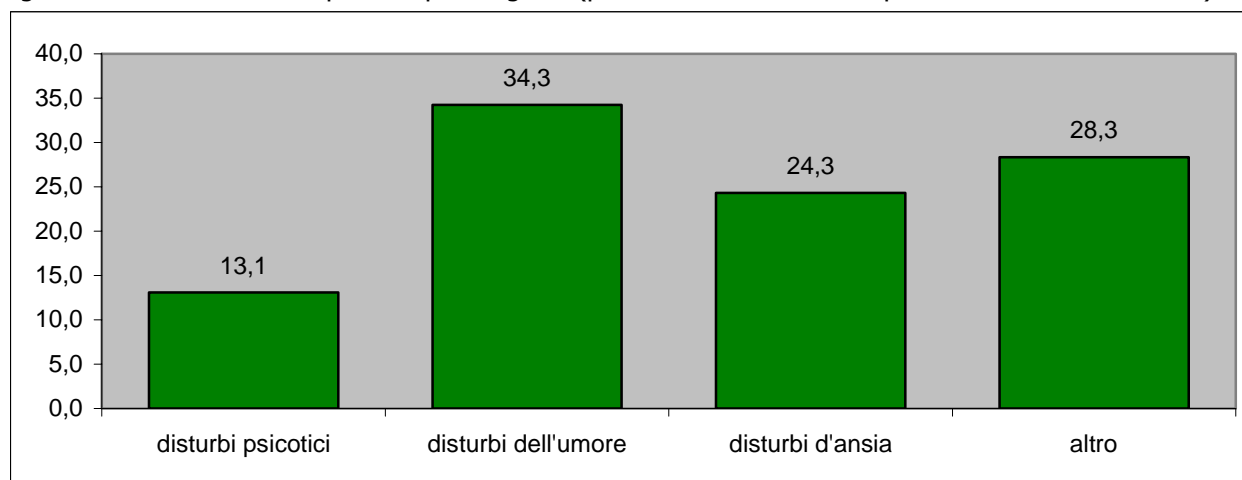
Pazienti nuovi accessi: 6864

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 500,8

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 523

Incidenza schizofrenia: 39,7/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 17 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 17 CSM	0 (5,9)	0 (9,0)	5,9 (11,0)	29,4 (14,5)	11,8 (16,3)	29,4 (14,7)	23,5 (11,4)	0 (7,2)
Dati mancanti	0							

- Lombardia -

Numero DSM: 29
Numero CSM: 100

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	93	51	98	100
% su 100 CSM	93 (84,4)	51 (53,9)	98 (88,4)	100 (93,2)
Dati mancanti	0	0	0	0

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	50						1	3			2	4	9	31
SPDC+CD+SR	42							1	2	5	34			
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR														
SPDC+SR	6					1	3	2						
SPDC+CD	1							1						
SPDC+DH	1							1						
SPDC														
Dati mancanti														
Totale CSM	100													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	71	20	51	65
% su 100 CSM	71 (66.8)	20 (38.5)	51 (55.9)	65 (58.0)
Dati mancanti	7	49	2	0

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	7	21	72
% su 100 CSM	7 (14,3)	21 (13,6)	72 (62,4)
Dati mancanti	0		

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	25	17	34	24
% su 100 CSM	25 (9,3)	17 (13,6)	34 (30,8)	24 (37,3)
Dati mancanti	0			

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi "confinanti" sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	2	2,0 (7,5)	11	11,0 (13,6)	87	87,0 (70,3)	0
Alloggio	6	6,0 (8,3)	20	20,0 (19,2)	74	74,0 (63,8)	0
Patologie organiche	18	18,0 (11,5)	41	41,0 (35,8)	41	41,0 (44,1)	0
Solitudine/povertà della rete sociale	15	15,0 (11,0)	28	28,0 (28,6)	57	57,0 (51,6)	0

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 100 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	1	0	5	3	6	10	25	25	25
%	1,0 (2,1)	0 (1,3)	5,0 (3,3)	3,0 (3,7)	6,0 (10,0)	10,0 (6,9)	25,0 (16,3)	25,0 (16,8)	25,0 (31,0)
Dati mancanti	0								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	14	29	37	18	2
%	14,0 (6,9)	29,0 (20,2)	37,0 (25,9)	18,0 (24,3)	2,0 (13,6)
Dati mancanti	0				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	25	25,0 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	16	16,0 (11,0)
Si effettua la presa in carico	1	1,0 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	58	58,0 (47,1)
Dati mancanti	0	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	9	11	29	6	45	0	0
% su 100 CSM	9,0 (7,1)	11,0 (3,1)	29,0 (30,0)	6,0 (8,1)	45,0 (37,9)	0 (1,4)	0 (7,1)
Dati mancanti	0						

Tabella 11 – Lista di attesa

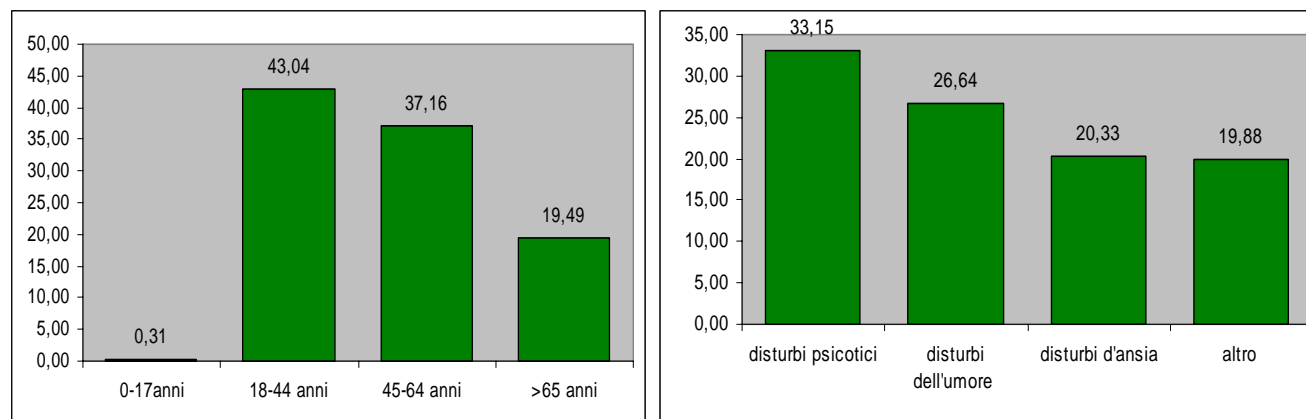
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	71	71,0 (59,3)
No	29	29,0 (32,2)
Dati mancanti	0	

La lunghezza media della lista di attesa è di 11 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 59526

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 18,03% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 711,80/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 227,7/100.000 abitanti

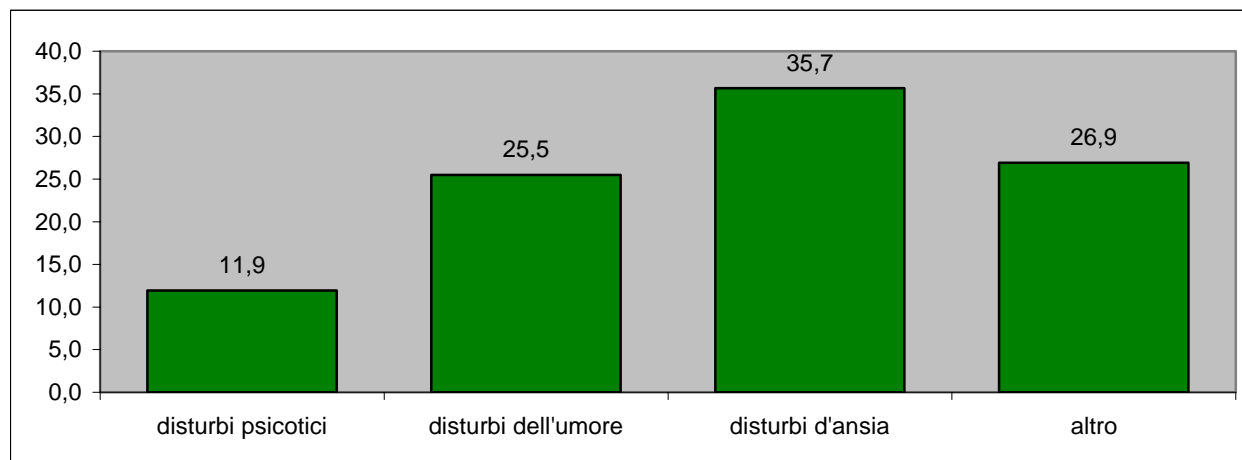
Pazienti nuovi accessi: 25103

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 361,2

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 2746

Incidenza schizofrenia: 38,3/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 100 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 100 CSM	18,0 (5,9)	16,0 (9,0)	16,0 (11,0)	17,0 (14,5)	17,0 (16,3)	11,0 (14,7)	3,0 (11,4)	2,0 (7,2)
Dati mancanti	0							

- Marche -

Numero DSM: 13

Numero CSM: 15

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLE CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	9	2	10	10
% su 15 CSM	60,0 (84,4)	13,3 (53,9)	66,7 (88,4)	66,7 (93,2)
Dati mancanti	5	5	5	5

Tabella 2- Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	2									1	1			
SPDC+CD+SR	7	1							2		4			
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR														
SPDC+SR	1			1										
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC														
Dati mancanti	5													
Totale CSM	15													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	5	1	7	7
% su 15 CSM	33,3 (66,8)	6,7 (38,5)	46,6 (55,9)	46,6 (58,0)
Dati mancanti	7	13	6	6

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	1	3	6
% su 15 CSM	6,7 (14,3)	20,0 (13,6)	40,0 (62,4)
Dati mancanti	5		

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area delle continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	0	0	2	8
% su 15 CSM	0 (9,3)	0 (13,6)	13,3 (30,8)	53,3 (37,3)
Dati mancanti	5			

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi “confinanti” sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	0	0 (7,5)	1	6,7 (13,6)	9	60,0 (70,3)	5
Alloggio	0	0 (8,3)	2	13,3 (19,2)	8	53,3 (63,8)	5
Patologie organiche	1	6,7 (11,5)	5	33,3 (35,8)	4	26,7 (44,1)	5
Solitudine/povertà della rete sociale	2	13,3 (11,0)	4	26,7 (28,6)	4	26,7 (51,6)	5

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 15 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	0	0	1	0	1	0	3	2	3
%	0 (2,1)	0 (1,3)	6,7 (3,3)	0 (3,7)	6,7 (10,0)	0 (6,9)	20,0 (16,3)	13,3 (16,8)	20,0 (31,0)
Dati mancanti	5								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	0	1	2	3	4
%	0 (6,9)	6,7 (20,2)	13,3 (25,9)	20,0 (24,3)	40,0 (13,6)
Dati mancanti	5				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	2	13,3 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	2	13,3 (11,0)
Si effettua la presa in carico	1	6,7 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	5	33,3 (47,1)
Dati mancanti	5	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	0	0	2	3	5	0	0
% su 15 CSM	0 (7,1)	0 (3,1)	13,3 (30,0)	20,0 (8,1)	33,3 (37,9)	0 (1,4)	0 (7,1)
Dati mancanti	5						

Tabella 11 – Lista di attesa

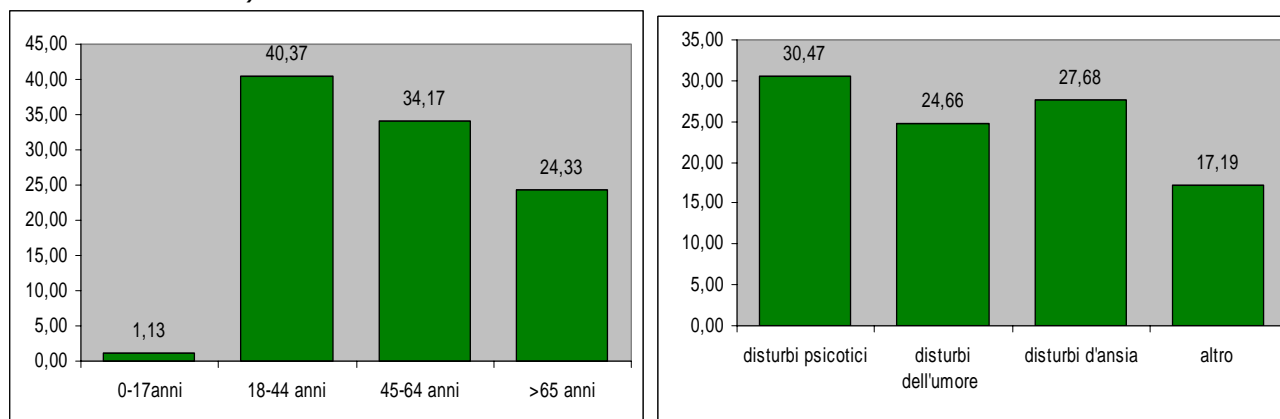
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	9	60,0 (59,3)
No	1	6,7 (32,2)
Dati mancanti	5	

La lunghezza media della lista di attesa è di 9 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 5755

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 25,59% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 574,07/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 158,8/100.000 abitanti

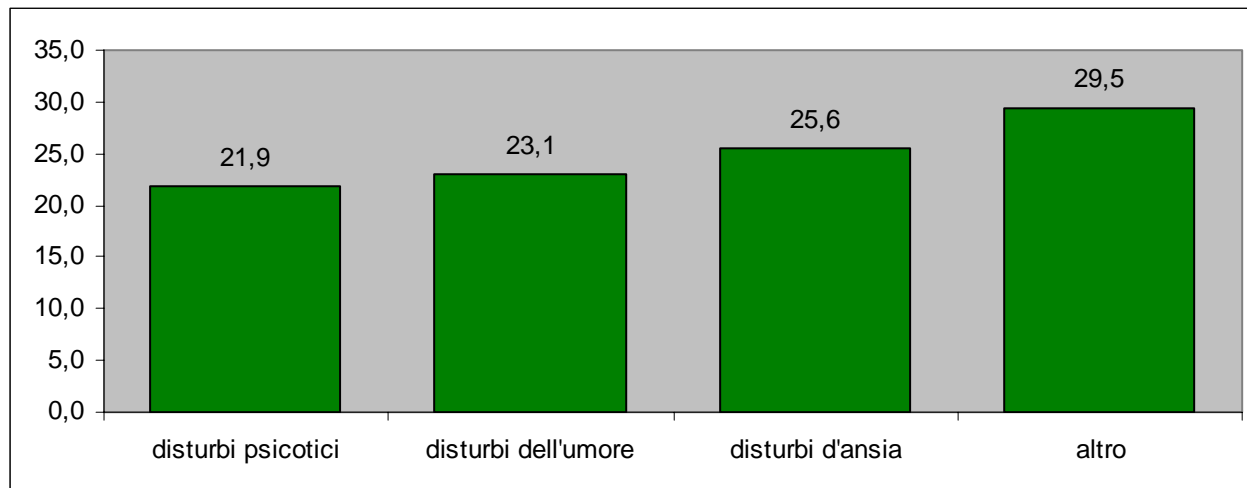
Pazienti nuovi accessi: 3737

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 401,8

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 768

Incidenza schizofrenia: 80,1/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 15 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 15 CSM	0 (5,9)	0 (9,0)	0 (11,0)	13,3 (14,5)	6,7 (16,3)	0 (14,7)	13,3 (11,4)	33,3 (7,2)
Dati mancanti	5							

- Provincia Autonoma Bolzano -

Numero DSM: 4

Numero CSM: 8

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	6	6	8	8
% su 8 CSM	75,0 (84,4)	75,0 (53,9)	100 (88,4)	100 (93,2)
Dati mancanti	0	0	0	0

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	5													5
SPDC+CD+SR	1										1			
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR	1									1				
SPDC+SR	1							1						
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC														
Dati mancanti														
Totale CSM	8													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	0	1	3	8
% su 8 CSM	0 (66.8)	12,5 (38.5)	37,59 (55.9)	100 (58.0)
Dati mancanti	2	2	0	0

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	0	0	8
% su 8 CSM	0 (14,3)	0(13,6)	100 (62,4)
Dati mancanti		0	

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area delle continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	0	0	3	5
% su 8 CSM	0 (9,3)	0 (13,6)	37,5 (30,8)	62,5 (37,3)
Dati mancanti			0	

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi "confinanti" sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	0	0 (7,5)	0	0 (13,6)	8	100 (70,3)	0
Alloggio	0	0 (8,3)	0	0 (19,2)	8	100 (63,8)	0
Patologie organiche	0	0 (11,5)	5	62,5 (35,8)	3	37,5 (44,1)	0
Solitudine/povertà della rete sociale	1	12,5 (11,0)	1	12,5 (28,6)	6	75,0 (51,6)	0

Tabella 7- Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 8 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	0	0	0	0	0	1	1	3	3
%	0 (2,1)	0 (1,3)	0 (3,3)	0 (3,7)	0 (10,0)	12,5 (6,9)	12,5 (16,3)	37,5 (16,8)	37,5 (31,0)
Dati mancanti	0								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	0	1	2	3	2
%	0 (6,9)	12,5 (20,2)	25,0 (25,9)	37,5 (24,3)	25,0 (13,6)
Dati mancanti	0				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	4	50,0 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	0	0 (11,0)
Si effettua la presa in carico	0	0 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	4	50,0 (47,1)
Dati mancanti	0	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	1	0	4	0	3	0	0
% su 8 CSM	12,5 (7,1)	0 (3,1)	50,0 (30,0)	0 (8,1)	37,5 (37,9)	0 (1,4)	0 (7,1)
Dati mancanti	0						

Tabella 11 – Lista di attesa

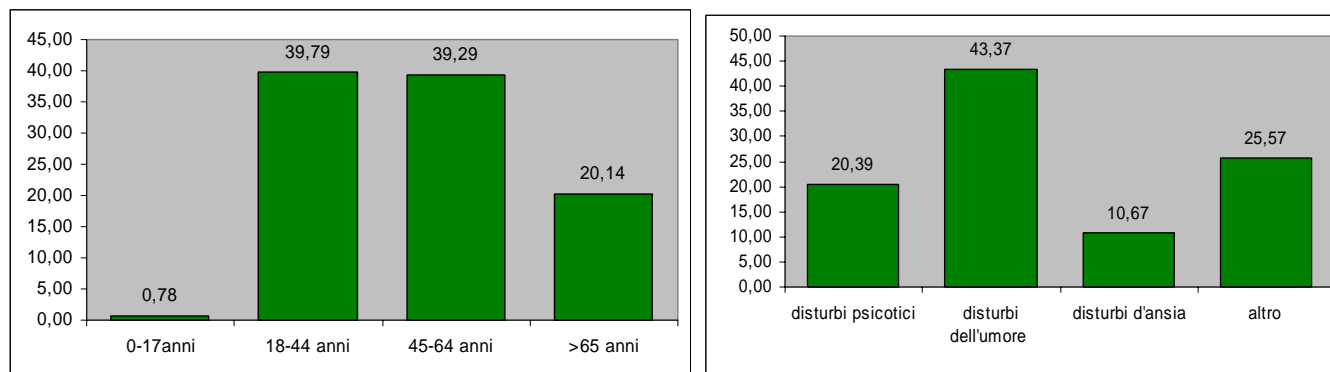
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	5	62,5 (59,3)
No	3	37,5 (32,2)
Dati mancanti	0	

La lunghezza media della lista di attesa è di 9 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 5635

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 11,57% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 1207,4/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 246,2/100.000 abitanti

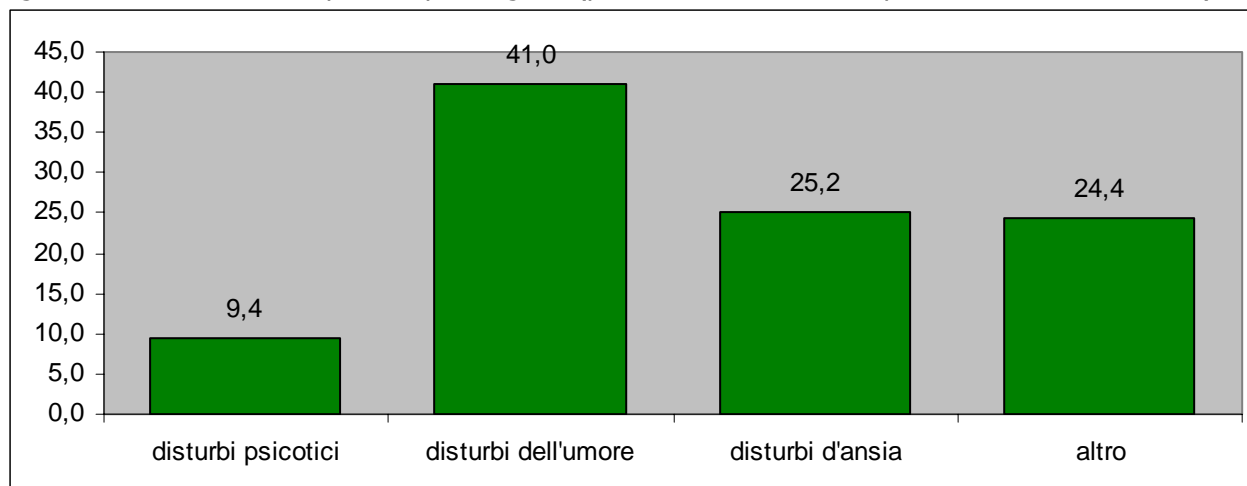
Pazienti nuovi accessi: 1227

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 258,8

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 118

Incidenza schizofrenia: 22,2/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 8 SM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 8 SM	0 (5,9)	0 (9,0)	0 (11,0)	12,5 (14,5)	25,0 (16,3)	25,0 (14,7)	25,0 (11,4)	12,5 (7,2)
Dati mancanti	0							

- Provincia Autonoma Trento -

Numero DSM: 1

Numero CSM: 9

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	8	7	9	9
% su 9 CSM	88,9 (84,4)	77,8 (53,9)	100 (88,4)	100 (93,2)
Dati mancanti	0	0	0	0

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	7													7
SPDC+CD+SR	1										1			
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR														
SPDC+SR	1							1						
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC														
Dati mancanti														
Totale CSM	9													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	8	7	4	5
% su 9 CSM	88,9 (66,8)	77,8 (38,5)	44,4 (55,9)	55,6 (58,0)
Dati mancanti	1	2	0	0

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	6	1	2
% su 9 CSM	66,7 (14,3)	11,1 (13,6)	22,2 (62,4)
Dati mancanti		0	

Tabella 5- Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	0	2	3	4
% su 9 CSM	0 (9,3)	22,2 (13,6)	33,3 (30,8)	44,4 (37,3)
Dati mancanti			0	

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi "confinanti" sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	0	0 (7,5)	0	07 (13,6)	9	100 (70,3)	0
Alloggio	2	22,2 (8,3)	2	22,2 (19,2)	5	55,6 (63,8)	0
Patologie organiche	1	11,1 (11,5)	4	44,4 (35,8)	4	44,4 (44,1)	0
Solitudine/povertà della rete sociale	2	22,2 (11,0)	4	44,4 (28,6)	3	33,3 (51,6)	0

Tabella 7- Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 9 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	0	0	1	0	1	1	2	3	1
%	0 (2,1)	0 (1,3)	11,1 (3,3)	0 (3,7)	11,1 (10,0)	11,1 (6,9)	22,2 (16,3)	33,3 (16,8)	11,1 (31,0)
Dati mancanti	0								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	1	0	2	4	2
%	11,1 (6,9)	0 (20,2)	22,2 (25,9)	44,4 (24,3)	22,2 (13,6)
Dati mancanti	0				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	0	0 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	0	0 (11,0)
Si effettua la presa in carico	0	0 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	9	100,0 (47,1)
Dati mancanti	0	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	0	0	2	0	7	0	0
% su 9 CSM	0 (7,1)	0 (3,1)	22,2 (30,0)	0 (8,1)	77,8 (37,9)	0 (1,4)	0 (7,1)
Dati mancanti	0						

Tabella 11 – Lista di attesa

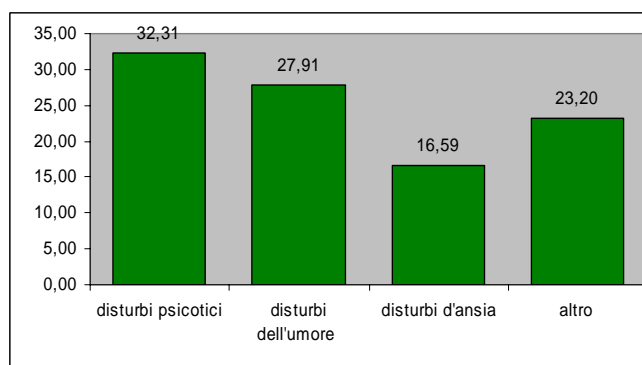
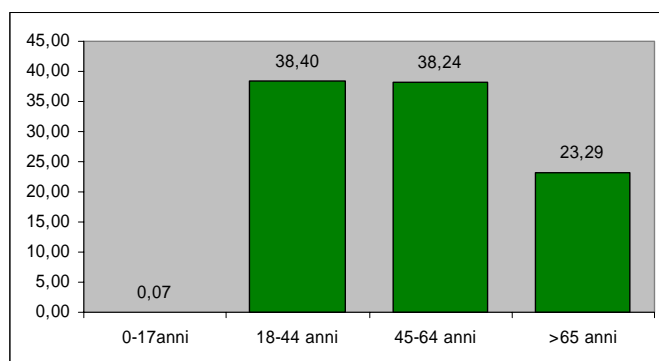
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	7	77,8 (59,3)
No	2	22,2 (32,2)
Dati mancanti	0	

La lunghezza media della lista di attesa è di 9 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 4349

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 43,55% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 1006,37/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 293,9/100.000 abitanti

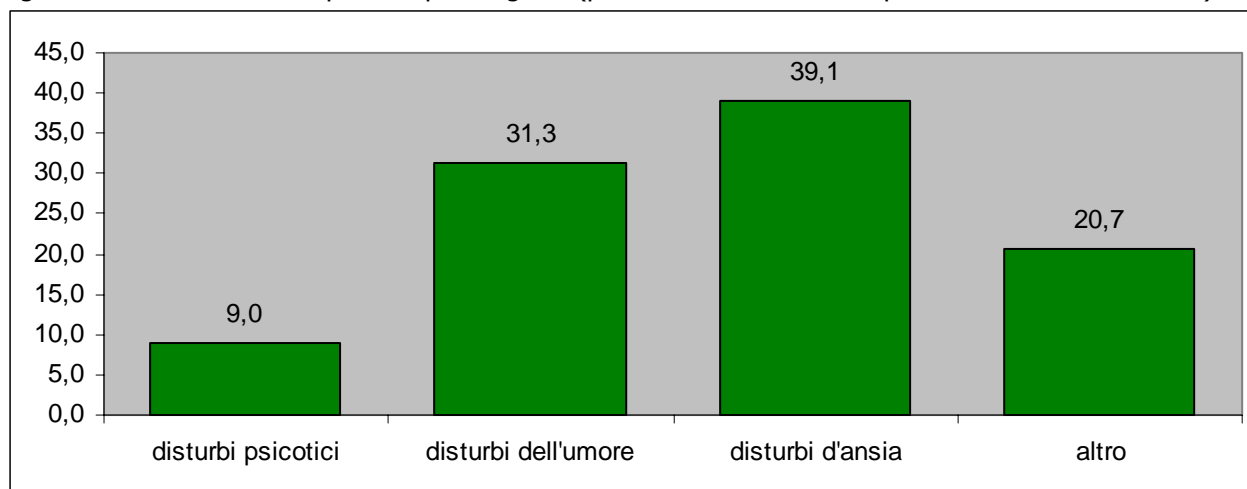
Pazienti nuovi accessi: 1755

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 409,4

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 120

Incidenza schizofrenia: 28,7/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12- Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 9 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 9 CSM	0 (5,9)	0 (9,0)	22,2 (11,0)	0 (14,5)	44,4 (16,3)	11,1 (14,7)	11,1 (11,4)	11,1 (7,2)
Dati mancanti	0							

- Piemonte -

Numero DSM: 25

Numero CSM: 68

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	64	37	68	68
% su 68 CSM	94,1 (84,4)	54,5 (53,9)	100 (88,4)	100 (93,2)
Dati mancanti	0	0	0	0

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	37											4	6	27
SPDC+CD+SR	27				2			1		2	22			
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR														
SPDC+SR	4					1		3						
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC														
Dati mancanti	0													
Totale CSM	68													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	53	26	49	52
% su 707 CSM	78,0 (66,8)	38,3 (38,5)	72,0 (55,9)	76,4 (58,0)
Dati mancanti	4	31	1	1

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	0	5	63
% su 68 CSM	0 (14,3)	7,4 (13,6)	92,6 (62,4)
Dati mancanti	0		

Tabella 5- Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	11	7	22	28
% su 68 CSM	16,2 (9,3)	10,3 (13,6)	32,4 (30,8)	41,2 (37,3)
Dati mancanti	0			

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi “confinanti” sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	3	4,4 (7,5)	10	14,7 (13,6)	55	80,9 (70,3)	0
Alloggio	4	5,9 (8,3)	15	22,1 (19,2)	49	72,1 (63,8)	0
Patologie organiche	1	1,5 (11,5)	37	54,4 (35,8)	30	44,1 (44,1)	0
Solitudine/povertà della rete sociale	6	8,8 (11,0)	27	39,7 (28,6)	35	51,5 (51,6)	0

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 68 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	0	0	3	1	5	5	21	17	16
%	0 (2,1)	0 (1,3)	4,4 (3,3)	1,5 (3,7)	7,4 (10,0)	7,4 (6,9)	30,9 (16,3)	25,0 (16,8)	23,5 (31,0)
Dati mancanti	0								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	3	12	19	25	9
%	4,4 (6,9)	17,6 (20,2)	27,9 (25,9)	36,8 (24,3)	13,2 (13,6)
Dati mancanti	0				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	21	30,9 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	3	4,4 (11,0)
Si effettua la presa in carico	4	5,9 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	39	57,4 (47,1)
Dati mancanti	1	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	5	3	29	4	27	0	0
% su 68 CSM	7,4 (7,1)	4,4 (3,1)	42,6 (30,0)	5,9 (8,1)	39,7 (37,9)	0 (1,4)	0 (7,1)
Dati mancanti	0						

Tabella 11 – Lista di attesa

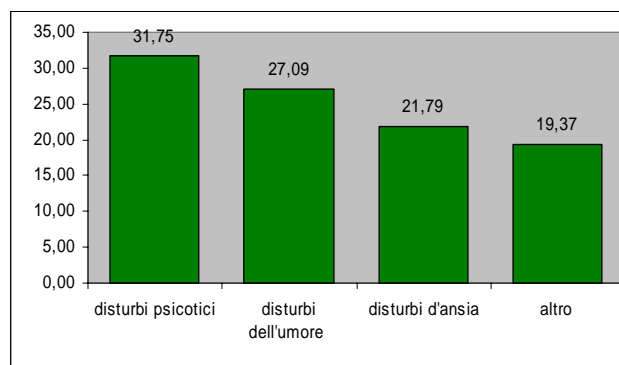
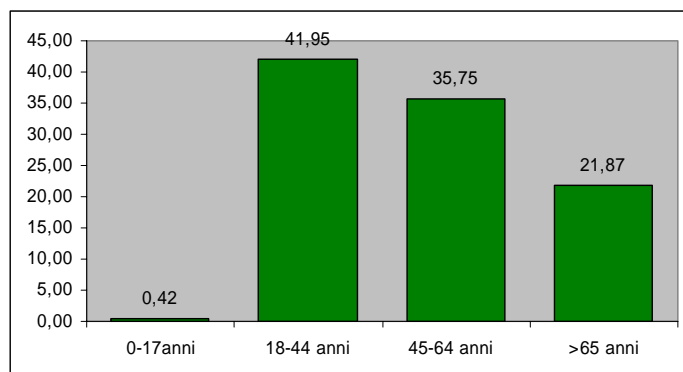
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	42	61,8 (59,3)
No	26	38,2 (32,2)
Dati mancanti	60	

La lunghezza media della lista di attesa è di 7 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 45956

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 21,59% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM.

Prevalenza trattata: 983,77/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 267,4/100.000 abitanti

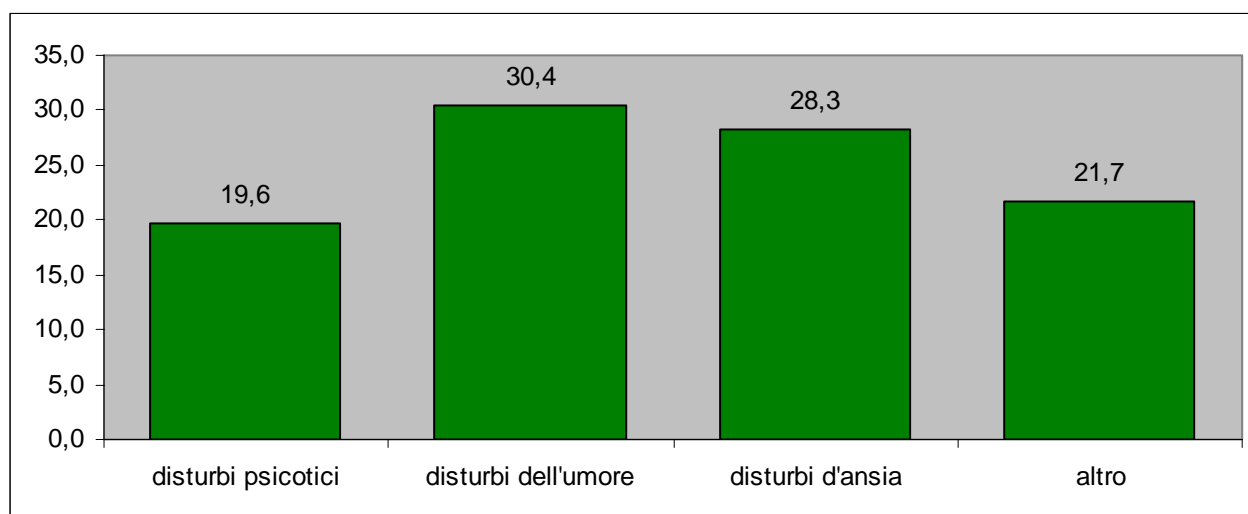
Pazienti nuovi accessi: 16966

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 442,5

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 2838

Incidenza schizofrenia: 78,8/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 68 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 68 CSM	5,9 (5,9)	11,8 (9,0)	8,8 (11,0)	8,8 (14,5)	16,2 (16,3)	26,5 (14,7)	10,3 (11,4)	8,8 (7,2)
Dati mancanti	2							

- Puglia -

Numero DSM: 12

Numero CSM: 53

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	40	5	47	47
% su 53 CSM	75,5 (84,4)	9,4 (53,9)	88,7 (88,4)	88,7 (93,2)
Dati mancanti	6	6	6	6

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	4											1		3
SPDC+CD+SR	36									3	33			
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR	1										1			
SPDC+SR	6					1		5						
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC														
Dati mancanti	6													
Totale CSM	53													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	18	5	18	24
% su 53 CSM	33,9 (66,8)	9,4 (38,5)	34,0 (55,9)	45,3 (58,0)
Dati mancanti	13	48	6	6

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	11	13	22
% su 53 CSM	20,8 (14,3)	24,5 (13,6)	41,5 (62,4)
Dati mancanti	7		

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area delle continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	4	13	19	11
% su 53 CSM	7,5 (9,3)	24,5 (13,6)	35,8 (30,8)	20,8 (37,3)
Dati mancanti	6			

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi "confinanti" sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	8	15,1 (7,5)	9	17,0 (13,6)	30	56,6 (70,3)	6
Alloggio	7	13,2 (8,3)	7	13,2 (19,2)	33	62,3 (63,8)	6
Patologie organiche	5	9,4 (11,5)	17	32,1 (35,8)	25	47,2 (44,1)	6
Solitudine/povertà della rete sociale	8	15,1 (11,0)	11	20,8 (28,6)	28	52,8 (51,6)	6

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 53 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	5	1	0	1	4	5	5	7	19
%	9,4 (2,1)	1,9 (1,3)	0 (3,3)	1,9 (3,7)	7,5 (10,0)	9,4 (6,9)	9,4 (16,3)	13,2 (16,8)	35,8 (31,0)
Dati mancanti	6								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	6	12	14	9	6
%	11,3 (6,9)	22,6 (20,2)	26,4 (25,9)	17,0 (24,3)	11,3 (13,6)
Dati mancanti	6				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	22	41,5 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	9	17,0 (11,0)
Si effettua la presa in carico	0	0 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	16	30,2 (47,1)
Dati mancanti	6	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	8	1	15	8	12	0	3
% su 53 CSM	15,1 (7,1)	1,9 (3,1)	28,3 (30,0)	15,1 (8,1)	22,6 (37,9)	0 (1,4)	5,7 (7,1)
Dati mancanti	6						

Tabella 11 – Lista di attesa

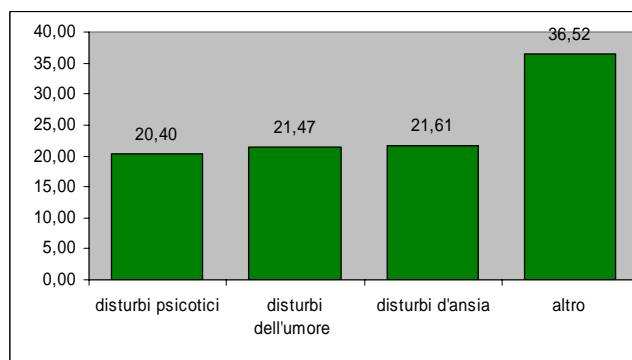
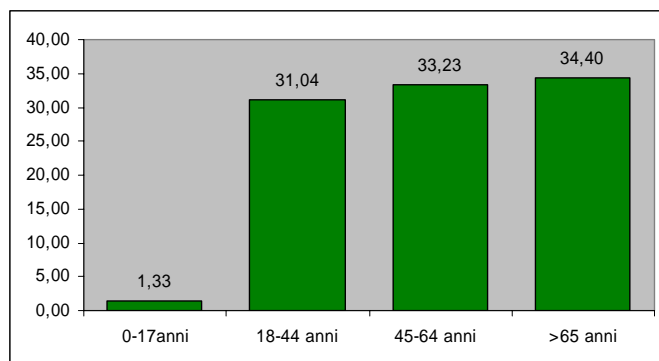
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	27	50,9 (59,3)
No	20	37,7 (32,2)
Dati mancanti	6	

La lunghezza media della lista di attesa è di 5 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 36428

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 21,20% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 1063,63/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 183,9/100.000 abitanti

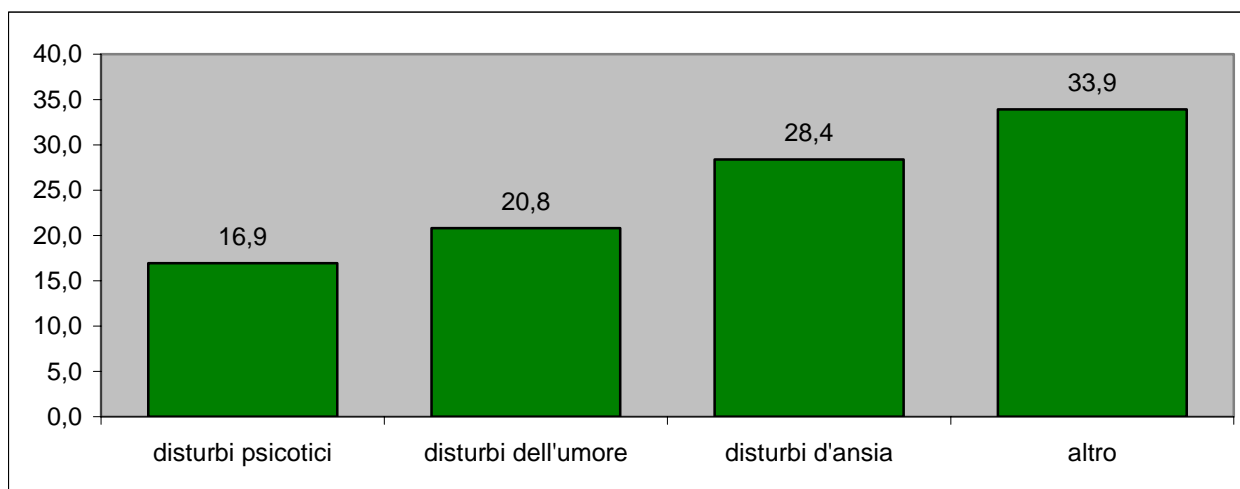
Pazienti nuovi accessi: 13468

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 458,6

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 1973

Incidenza schizofrenia: 79,5/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 53 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 53 CSM	5,7 (5,9)	20,8 (9,0)	7,5 (11,0)	22,6 (14,5)	15,1 (16,3)	9,4 (14,7)	7,5 (11,4)	0 (7,2)
Dati mancanti	6							

- Sardegna -

Numero DSM: 8
Numero CSM: 24

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	15	4	18	20
% su 24 CSM	62,5 (84,4)	16,7 (53,9)	75,0 (88,4)	83,3 (93,2)
Dati mancanti	3	3	3	4

Tabella 2- Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	3	1									2			
SPDC+CD+SR	10	8					1		1					
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR														
SPDC+SR	4	2	1					1						
SPDC+CD	1	1												
SPDC+DH														
SPDC	2	2												
Dati mancanti	4													
Totale CSM	24													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	5	2	6	7
% su 24 CSM	20,8 (66,8)	8,3 (38,5)	24,9 (55,9)	29,1 (58,0)
Dati mancanti	16	21	151	14

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	1	5	1
% su 24 CSM	4,2 (14,3)	20,8 (13,6)	4,2 (62,4)
Dati mancanti	17		

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area delle continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	1	2	1	3
% su 24 CSM	4,2 (9,3)	8,3 (13,6)	4,2 (30,8)	12,5 (37,3)
Dati mancanti	17			

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi “confinanti” sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	1	4,2 (7,5)	3	12,5 (13,6)	3	12,5 (70,3)	17
Alloggio	0	0 (8,3)	5	20,8 (19,2)	2	8,3 (63,8)	17
Patologie organiche	0	0 (11,5)	6	25,0 (35,8)	1	4,2 (44,1)	17
Solitudine/povertà della rete sociale	0	0 (11,0)	6	25,0 (28,6)	1	4,2 (51,6)	17

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 24 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	0	0	0	1	3	1	1	0	1
%	0 (2,1)	0 (1,3)	0 (3,3)	4,2 (3,7)	12,5 (10,0)	4,2 (6,9)	4,2 (16,3)	0 (16,8)	4,2 (31,0)
Dati mancanti	17								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	0	4	2	0	1
%	0 (6,9)	16,7 (20,2)	8,3 (25,9)	0 (24,3)	4,2 (13,6)
Dati mancanti	17				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	3	12,5 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	1	4,2 (11,0)
Si effettua la presa in carico	0	0 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	3	12,5 (47,1)
Dati mancanti	17	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	1	0	16	1	4	0	0
% su 24 CSM	4,2 (7,1)	0 (3,1)	66,7 (30,0)	4,2 (8,1)	16,7 (37,9)	0 (1,4)	0 (7,1)
Dati mancanti	0						

Tabella 11 – Lista di attesa

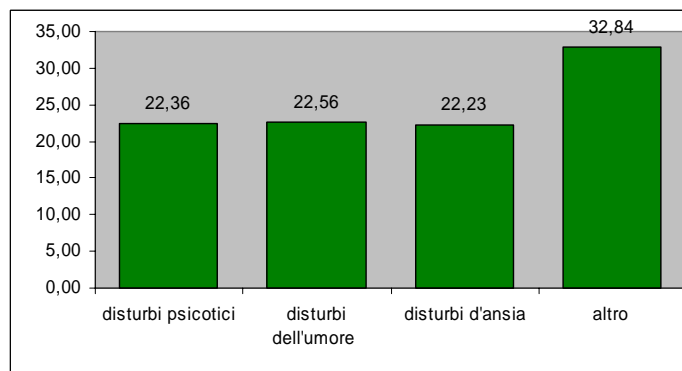
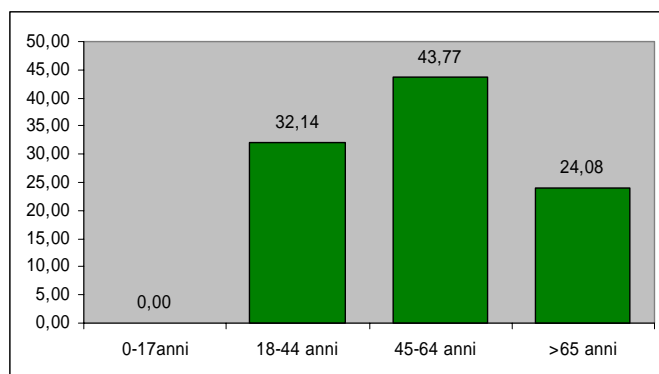
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	6	25,0 (59,3)
No	1	4,2 (32,2)
Dati mancanti	17	

La lunghezza media della lista di attesa è di 9 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 11414

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 9,75% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 730,79/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 42,9/100.000 abitanti

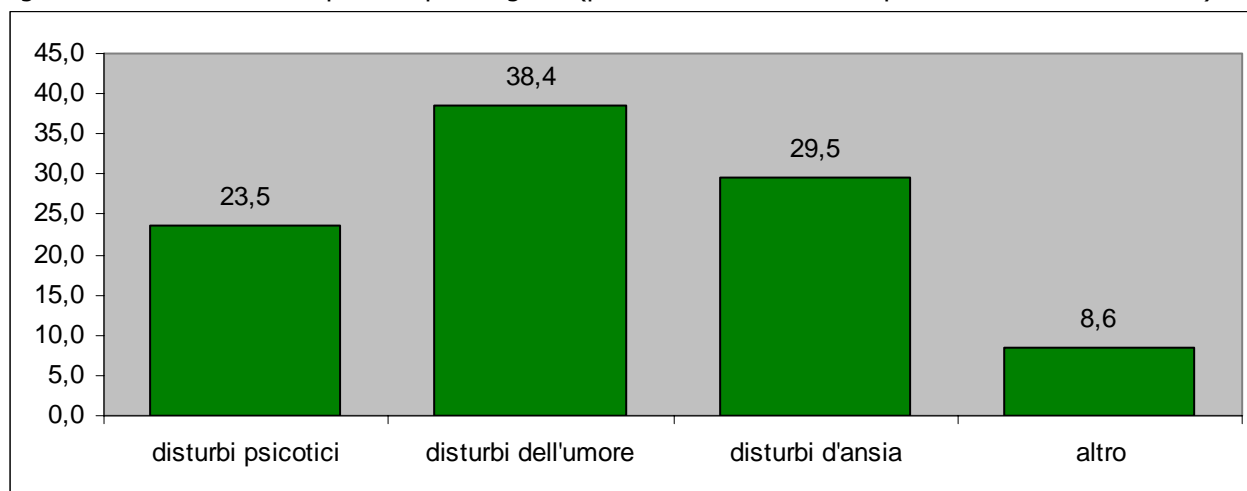
Pazienti nuovi accessi: 2875

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 361,2

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 550

Incidenza schizofrenia: 114,6/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 24 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 24 CSM	4,2 (5,9)	8,3 (9,0)	8,3 (11,0)	4,2 (14,5)	0 (16,3)	0 (14,7)	4,2 (11,4)	0 (7,2)
Dati mancanti	17							

- Sicilia -

Numero DSM: 9
Numero CSM: 48

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	39	35	47	48
% su 48 CSM	81,3 (84,4)	72,9 (53,9)	97,9 (88,4)	100 (93,2)
Dati mancanti	0	0	0	0

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	31								2	3	5	8	3	10
SPDC+CD+SR	8				1	1	2		1	1	2			
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR	4								1		3			
SPDC+SR	4				1			3						
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC	1				1									
Dati mancanti														
Totale CSM	48													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	28	24	29	33
% su 48 CSM	58,4 (66,8)	50,0 (38,5)	60,1 (55,9)	68,8 (58,0)
Dati mancanti	9	13	1	17

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	23	9	16
% su 48 CSM	47,9(14,3)	18,8 (13,6)	33,3 (62,4)
Dati mancanti	0		

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area delle continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	3	12	22	11
% su 48 CSM	6,3 (9,3)	25,0 (13,6)	45,8 (30,8)	22,9 (37,3)
Dati mancanti	0			

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi “confinanti” sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	9	18,8 (7,5)	6	12,5 (13,6)	33	68,8 (70,3)	0
Alloggio	10	20,8 (8,3)	19	39,6 (19,2)	19	39,6 (63,8)	0
Patologie organiche	20	41,7 (11,5)	9	18,8 (35,8)	19	39,6 (44,1)	0
Solitudine/povertà della rete sociale	10	20,8 (11,0)	19	39,6 (28,6)	19	39,6 (51,6)	0

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 48 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	4	2	4	5	9	4	4	0	16
%	8,3 (2,1)	4,2 (1,3)	8,3 (3,3)	10,4 (3,7)	18,8 (10,0)	8,3 (6,9)	8,3 (16,3)	0,0 (16,8)	33,3 (31,0)
Dati mancanti	0								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	4	21	10	5	8
%	8,3 (6,9)	43,8 (20,2)	20,8 (25,9)	10,4 (24,3)	16,7 (13,6)
Dati mancanti	0				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	39	81,3 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	2	4,2 (11,0)
Si effettua la presa in carico	1	2,1 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	6	12,5 (47,1)
Dati mancanti	0	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	0	0	30	3	14	0	1
% su 48 CSM	0 (7,1)	0 (3,1)	62,5 (30,0)	6,3 (8,1)	29,2 (37,9)	0 (1,4)	2,1 (7,1)
Dati mancanti	0						

Tabella 11 – Lista di attesa

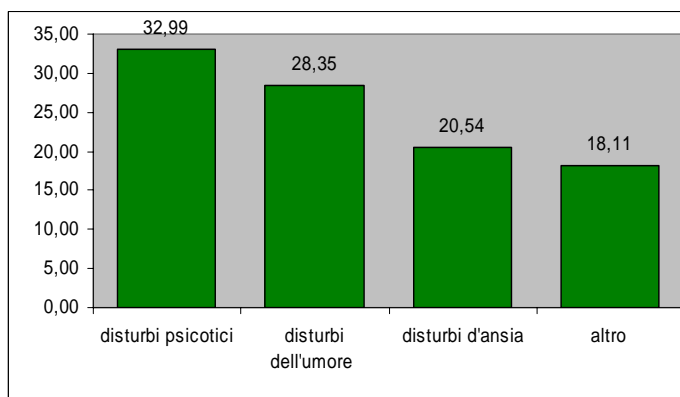
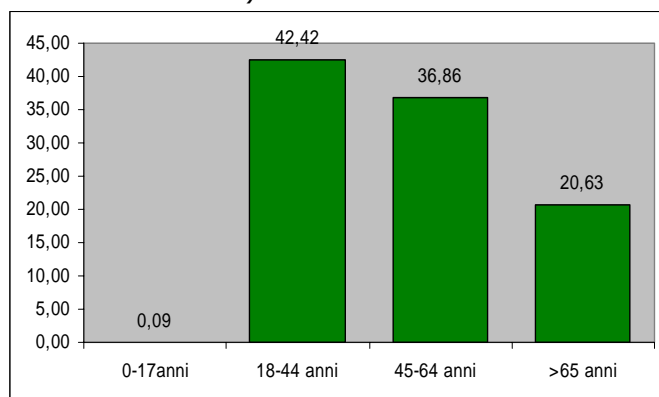
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	34	70,8 (59,3)
No	14	29,2 (32,2)
Dati mancanti	0	

La lunghezza media della lista di attesa è di 6 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 51359

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 16,77% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 1018,37/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 276,1/100.000 abitanti

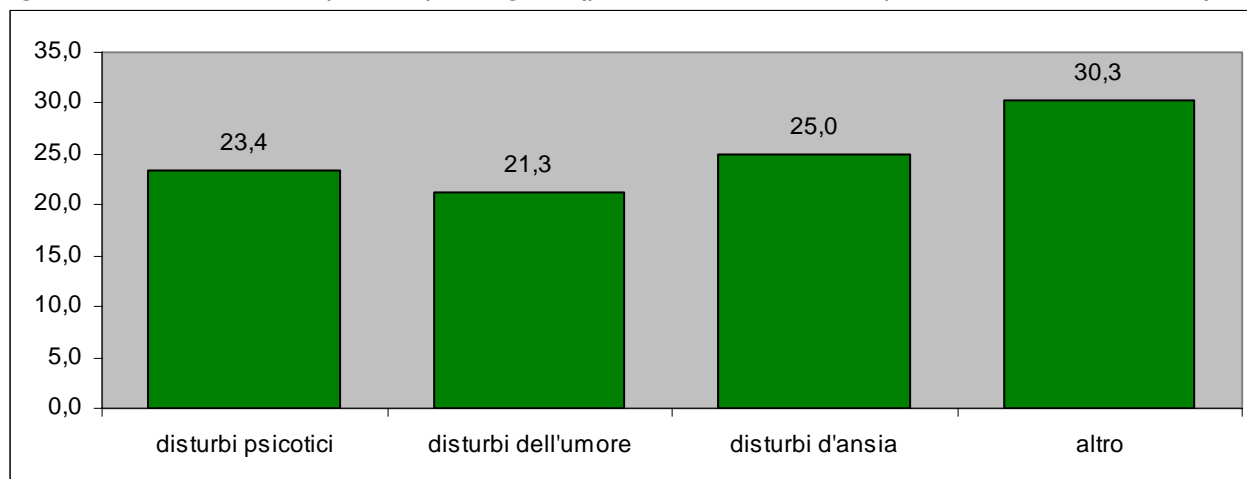
Pazienti nuovi accessi: 29197

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 655,8

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 6107

Incidenza schizofrenia: 151,0/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 48 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 48 CSM	2,1 (5,9)	14,6 (9,0)	22,9 (11,0)	25,0 (14,5)	8,3 (16,3)	14,6 (14,7)	0 (11,4)	10,4 (7,2)
Dati mancanti	1							

- Toscana -

Numero DSM: 12

Numero CSM: 42

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	37	25	38	38
% su 42 CSM	88,1 (84,4)	59,5 (53,9)	90,5 (88,4)	90,5 (93,2)
Dati mancanti	4	4	4	4

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	24							2			4	2	1	12
SPDC+CD+SR	13								1	1	11			
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR	1										1			
SPDC+SR														
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC														
Dati mancanti	4													
Totale CSM	42													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	34	21	29	30
% su 42 CSM	81,0 (66,8)	50,0 (38,5)	69,0 (55,9)	71,5 (58,0)
Dati mancanti	6	18	5	6

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	8	0	29
% su 42 CSM	19 (14,3)	0 (13,6)	69 (62,4)
Dati mancanti		5	

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area delle continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	4	4	10	19
% su 42 CSM	9,5 (9,3)	9,5 (13,6)	23,8 (30,8)	45,2 (37,3)
Dati mancanti			5	

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi "confinanti" sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	6	14,3 (7,5)	4	9,5 (13,6)	28	66,7 (70,3)	4
Alloggio	3	7,1 (8,3)	8	19,0 (19,2)	27	64,3 (63,8)	4
Patologie organiche	3	7,1 (11,5)	14	33,3 (35,8)	21	50 (44,1)	4
Solitudine/povertà della rete sociale	2	4,8 (11,0)	11	26,2 (28,6)	25	59,5 (51,6)	4

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 42 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	0	0	0	6	2	1	8	8	13
%	0 (2,1)	0 (1,3)	0 (3,3)	14,3 (3,7)	4,8 (10,0)	2,4 (6,9)	19,0 (16,3)	19,0 (16,8)	31,0 (31,0)
Dati mancanti	4								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	3	5	7	12	9
%	7,1 (6,9)	11,9 (20,2)	16,7 (25,9)	28,6 (24,3)	21,4 (13,6)
Dati mancanti	6				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	8	19,0 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	7	16,7 (11,0)
Si effettua la presa in carico	0	0 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	22	52,4 (47,1)
Dati mancanti	5	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	1	0	4	4	17	3	9
% su 47 CSM	2,4 (7,1)	0 (3,1)	9,5 (30,0)	9,5 (8,1)	40,5 (37,9)	7,1 (1,4)	21,4 (7,1)
Dati mancanti	4						

Tabella 11 – Lista di attesa

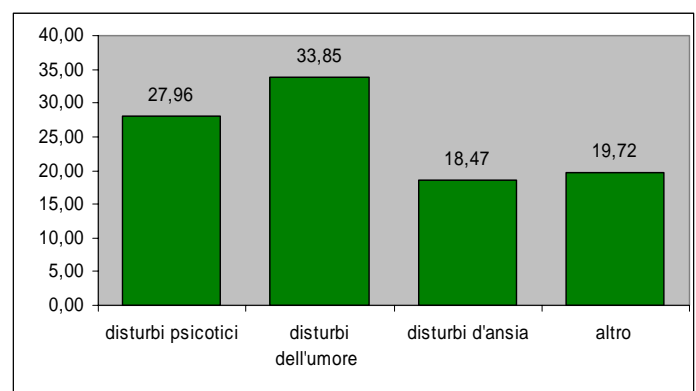
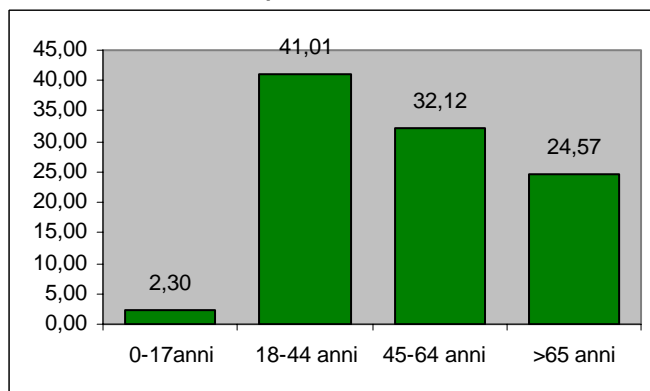
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	29	69,0 (59,3)
No	9	21,4 (32,2)
Dati mancanti	4	

La lunghezza media della lista di attesa è di 10 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 28285

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 27,16% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 1021,53/100.000 abitanti

Prevalenza del disturbo schizofrenico: 259,1/100.000 abitanti

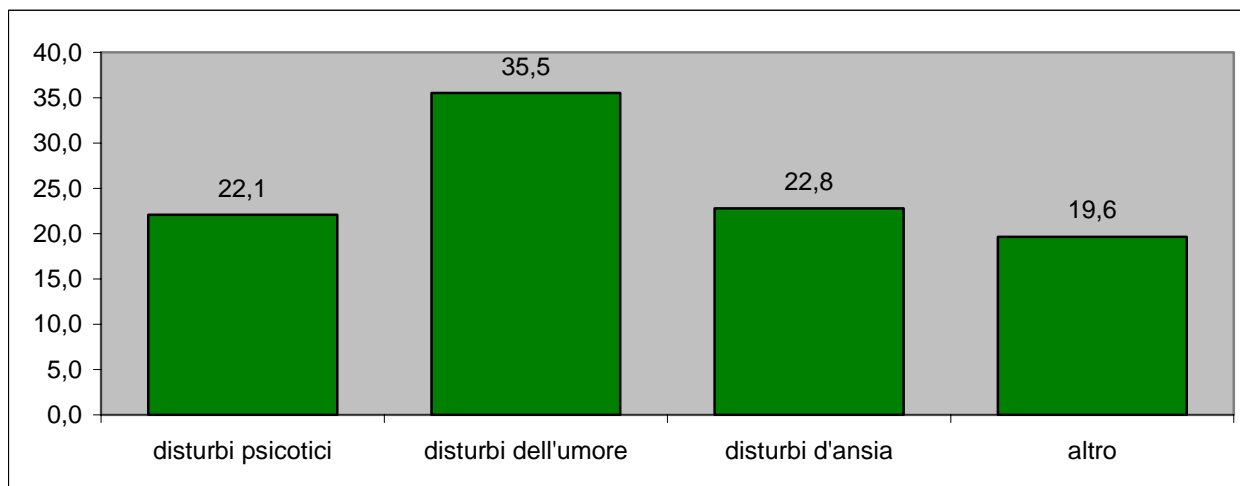
Pazienti nuovi accessi: 16333

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 763,0

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 2776

Incidenza schizofrenia: 174,6/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12- Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 42 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 42 CSM	2,4 (5,9)	7,1 (9,0)	11,9 (11,0)	4,8 (14,5)	19,0 (16,3)	11,9 (14,7)	16,7 (11,4)	11,9 (7,2)
Dati mancanti	6							

- Umbria -

Numero DSM: 4
Numero CSM: 14

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	12	4	14	14
% su 14 CSM	85,7 (84,4)	28,6 (53,9)	100 (88,4)	100 (93,2)
Dati mancanti	0	0	0	0

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	3													3
SPDC+CD+SR	9							1			8			
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR	1										1			
SPDC+SR	1							1						
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC														
Dati mancanti														
Totale CSM	14													

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	11	1	13	7
% su 14 CSM	78,6 (66,8)	7,1 (38,5)	92,9 (55,9)	50,0 (58,0)
Dati mancanti	2	10	0	0

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	1	2	11
% su 14 CSM	7,1 (14,3)	14,3 (13,6)	78,6 (62,4)
Dati mancanti		0	

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area delle continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	1	2	5	6
% su 14 CSM	7,1 (9,3)	14,3 (13,6)	35,7 (30,8)	42,9 (37,3)
Dati mancanti			0	

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi “confinanti” sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	0	0 (7,5)	0	0 (13,6)	14	100 (70,3)	0
Alloggio	0	0 (8,3)	1	7,1 (19,2)	13	92,9 (63,8)	0
Patologie organiche	0	0 (11,5)	4	28,6 (35,8)	10	71,4 (44,1)	0
Solitudine/povertà della rete sociale	0	0 (11,0)	5	35,7 (28,6)	9	64,3 (51,6)	0

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 14 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	0	0	0	0	0	0	3	4	7
%	0 (2,1)	0 (1,3)	0 (3,3)	0 (3,7)	0 (10,0)	0 (6,9)	21,4 (16,3)	28,6 (16,8)	50,0 (31,0)
Dati mancanti	0								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	1	1	5	5	2
%	7,1 (6,9)	7,1 (20,2)	35,7 (25,9)	35,7 (24,3)	14,3 (13,6)
Dati mancanti	0				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	5	35,7 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	2	14,3 (11,0)
Si effettua la presa in carico	0	0 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	7	50,0 (47,1)
Dati mancanti	0	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	0	0	4	0	7	2	1
% su 14 CSM	0 (7,1)	0 (3,1)	28,6 (30,0)	0 (8,1)	50,0 (37,9)	14,3 (1,4)	7,1 (7,1)
Dati mancanti	0						

Tabella 11 – Lista di attesa

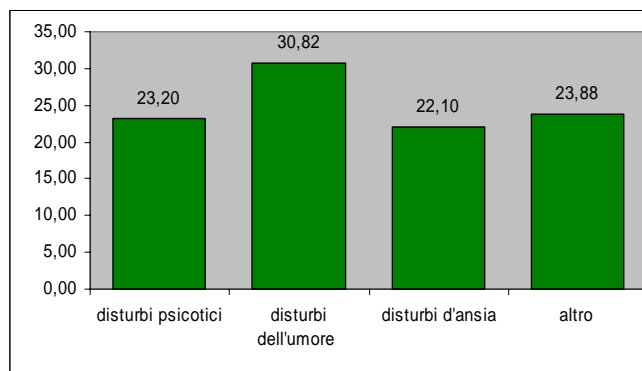
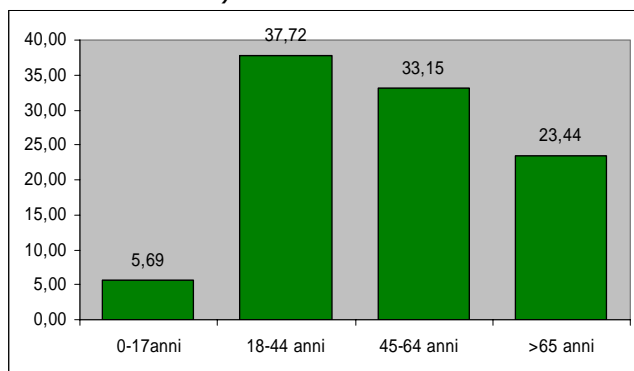
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	5	35,7 (59,3)
No	9	64,3 (32,2)
Dati mancanti	0	

La lunghezza media della lista di attesa è di 6 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 8561

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 19,34% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 1157,68/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 166,2/100.000 abitanti

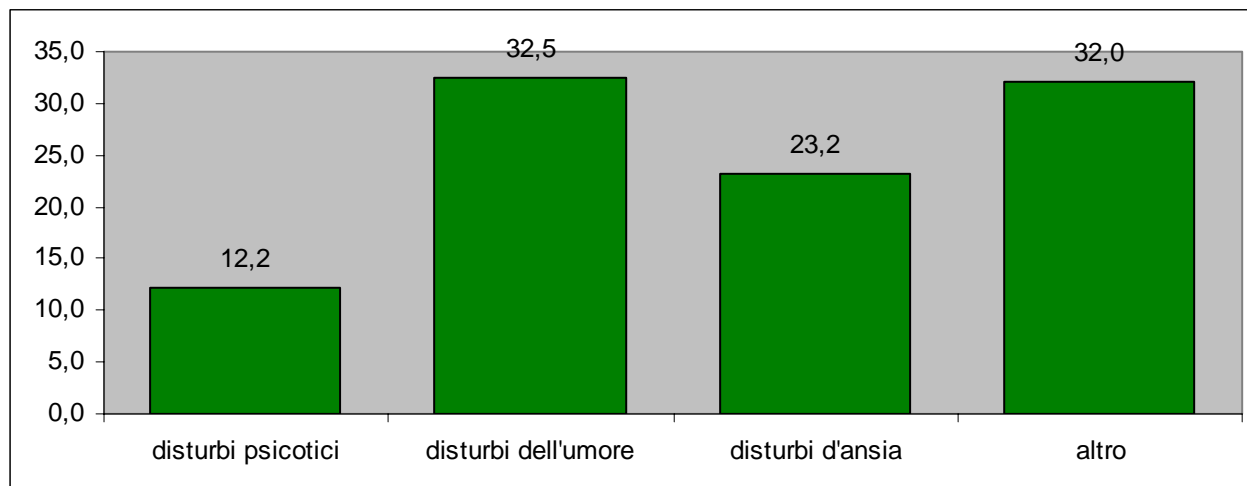
Pazienti nuovi accessi: 2970

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 491,0

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 262

Incidenza schizofrenia: 116,4/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 14 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 14 CSM	7,1 (5,9)	7,1 (9,0)	0 (11,0)	14,3 (14,5)	14,3 (16,3)	28,6 (14,7)	21,4 (11,4)	7,1 (7,2)
Dati mancanti	0							

- Valle d'Aosta -

Numero DSM: 1

Numero CSM: 1

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	0	1	1	1
% su 1 CSM	0 (84,4)	100 (53,9)	100 (88,4)	100 (93,2)
Dati mancanti	0	0	0	0

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR														
SPDC+CD+SR														
SPDC+DH+CD														
SPDC+DH+SR	1										1			
SPDC+SR														
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC														
Dati mancanti														
Totale CSM														

Tabella 3 - Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	0	1	1	1
% su 707 CSM	0 (66.8)	100 (38.5)	100 (55.9)	100 (58.0)
Dati mancanti	1	31	1	1

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	1	0	0
% su 1 CSM	100 (14,3)	0 (13,6)	0 (62,4)
Dati mancanti		0	

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area delle continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	0	0	0	1
% su 1 CSM	0 (9,3)	0 (13,6)	0 (30,8)	100 (37,3)
Dati mancanti			0	

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi "confinanti" sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	0	0 (7,5)	0	0 (13,6)	1	100 (70,3)	0
Alloggio	0	0 (8,3)	0	0 (19,2)	1	100 (63,8)	0
Patologie organiche	0	0 (11,5)	0	0 (35,8)	1	100 (44,1)	0
Solitudine/povertà della rete sociale	0	0 (11,0)	0	0 (28,6)	1	100 (51,6)	0

Tabella 7- Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 1 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	0	0	0	0	0	0	0	0	1
%	0 (2,1)	0 (1,3)	0 (3,3)	0 (3,7)	0 (10,0)	0 (6,9)	0 (16,3)	0 (16,8)	100 (31,0)
Dati mancanti	0								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	0	0	1	0	0
%	0 (6,9)	0 (20,2)	100 (25,9)	0 (24,3)	0 (13,6)
Dati mancanti	0				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	0	0 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	0	0 (11,0)
Si effettua la presa in carico	0	0 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	1	100 (47,1)
Dati mancanti	0	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	0	0	0	0	1	0	0
% su 1 CSM	0 (7,1)	0 (3,1)	0 (30,0)	0 (8,1)	0 (37,9)	0 (1,4)	0 (7,1)
Dati mancanti	0						

Tabella 11 – Lista di attesa

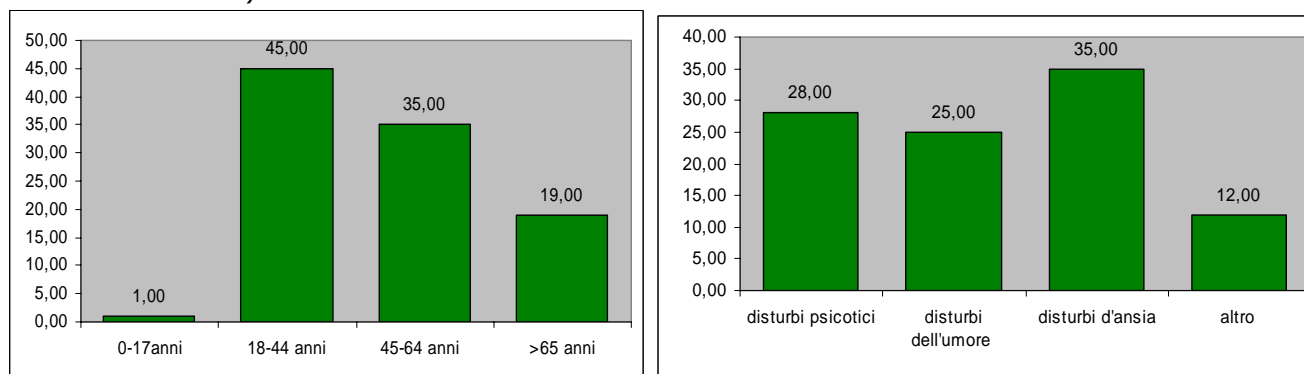
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	1	100 (59,3)
No	0	0 (32,2)
Dati mancanti	0	

La lunghezza media della lista di attesa è di 7 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 1000

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



L'8% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 829,28/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 232,2/100.000 abitanti

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: dato non pervenuto

Pazienti nuovi accessi: 730

Tasso nuovi accessi/100000 abitanti 605,0

5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 1 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 1 CSM	0 (5,9)	0 (9,0)	0 (11,0)	0 (14,5)	0 (16,3)	0 (14,7)	100 (11,4)	0 (7,2)
Dati mancanti	0							

- Veneto -

Numero DSM: 21

Numero CSM: 49

NOTA: Nelle tabelle che seguono vengono presentati i dati regionali e, tra parentesi, il corrispettivo dato nazionale.

1. CONTINUITÀ DELLA CURA

Tabella 1 – Possibilità di utilizzare altre strutture

	Centro Diurno	Day-Hospital	Strutture Residenziali	SPDC
Frequenze	48	39	45	49
% su 49 CSM	98 (84,4)	79,6 (53,9)	91,8 (88,4)	100 (93,2)
Dati mancanti	0	0	0	0

Tabella 2 - Strutture utilizzate dai CSM (N = frequenze) e livello di continuità della cura (0-12 = frequenze)

Tipo di struttura/attività	N	Livello di continuità della cura												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SPDC+DH+CD+SR	36									1		2	7	26
SPDC+CD+SR	9				1	1	1	1	1		4			
SPDC+DH+CD	3									1	2			
SPDC+DH+SR														
SPDC+SR														
SPDC+CD														
SPDC+DH														
SPDC	1	1												
Dati mancanti														
Totale CSM	49													

Tabella 3- Numero e percentuale di CSM in Italia che assolvono con tutto o parte del proprio personale ad attività diurne semiresidenziali (CD, DH), residenziali (SR) e di ricovero (SPDC)

	Centro Diurno	Day Hospital	Strutture residenziali	SPDC
Frequenze	44	34	30	32
% su 49 CSM	89,8 (66,8)	69,4 (38,5)	61,3 (55,9)	65,3 (58,0)
Dati mancanti	1	10	4	0

Tabella 4 – Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche

	Livello di coordinamento con le case di cura neuropsichiatriche		
	Non me ne occupo	Coordino invio	Coordino invio + monitoraggio
Frequenze	20	14	15
% su 49 CSM	40,8 (14,3)	28,6 (13,6)	30,6 (62,4)
Dati mancanti		0	

Tabella 5 - Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura			
	0	1	2	3
Frequenze	5	11	13	20
% su 49 CSM	10,2 (9,3)	22,4 (13,6)	26,5 (30,8)	40,8 (37,3)
Dati mancanti			0	

2. COORDINAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Tabella 6 – Coordinamento dei CSM con i servizi “confinanti” sul territorio

	Non me ne occupo		Coordino attivamente l'invio		Coordino l'invio e verifico nel tempo l'andamento		Dati mancanti
	N	%	N	%	N	%	
Lavoro	1	2,0 (7,5)	6	12,2 (13,6)	42	85,7 (70,3)	0
Alloggio	2	4,1 (8,3)	9	18,4 (19,2)	38	77,6 (63,8)	0
Patologie organiche	9	18,4 (11,5)	24	49,0 (35,8)	16	32,7 (44,1)	0
Solitudine/povertà della rete sociale	6	12,2 (11,0)	16	32,7 (28,6)	27	55,1 (51,6)	0

Tabella 7 - Livello di coordinamento (frequenze e percentuali su 49 CSM)

	Livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N	0	0	1	1	9	5	8	13	12
%	0 (2,1)	0 (1,3)	2,0 (3,3)	2,0 (3,7)	18,4 (10,0)	10,2 (6,9)	16,3 (16,3)	26,5 (16,8)	24,5 (31,0)
Dati mancanti	0								

Tabella 8 – Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con il territorio

	Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento				
	0	1	2	3	4
N	2	5	15	22	5
%	4,1 (6,9)	10,2 (20,2)	30,6 (25,9)	44,9 (24,3)	10,2 (13,6)
Dati mancanti	0				

3. ACCESSIBILITÀ

Tabella 9 – Presa in carico e valutazione diagnostica di pazienti stranieri

	Frequenza	Percentuale
Non si effettua la valutazione diagnostica né la presa in carico	5	10,2 (31,5)
Si effettua la valutazione diagnostica	15	30,6 (11,0)
Si effettua la presa in carico	0	0 (1,6)
Si effettuano la valutazione diagnostica e la presa in carico	29	59,2 (47,1)
Dati mancanti	0	

Tabella 10 – Livello di accessibilità

	Livello di accessibilità						
	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Frequenze	1	5	8	10	22	0	3
% su 49 CSM	2,0 (7,1)	10,2 (3,1)	16,3 (30,0)	20,4 (8,1)	44,9 (37,9)	0 (1,4)	6,1 (7,1)
Dati mancanti	0						

Tabella 11 – Lista di attesa

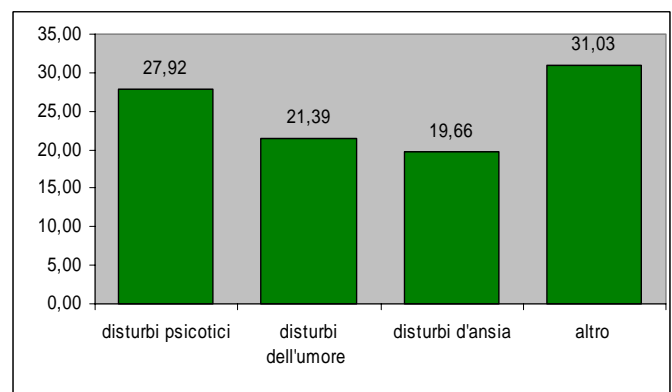
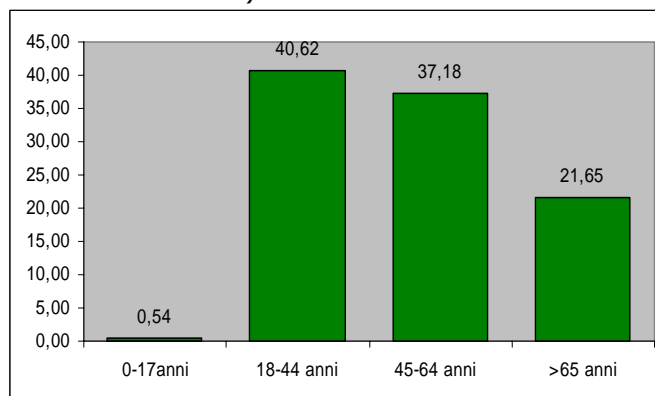
Esiste attualmente una lista di attesa (escluse le urgenze) tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione del primo colloquio stesso?		
	Frequenza	Percentuale
Si	35	71,4 (59,3)
No	14	28,6 (32,2)
Dati mancanti	0	

La lunghezza media della lista di attesa è di 11 giorni.

4. PRESA IN CARICO

Numero pazienti in trattamento attivo (marzo-aprile-maggio 2005): 38075

Figura 1 e 2 - Distribuzione dei pazienti per classi di età e per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti in trattamento attivo)



Il 18,18% dei pazienti in trattamento attivo nel trimestre marzo-aprile-maggio 2005 ha ricevuto un trattamento esterno alla sede principale del CSM

Prevalenza trattata: 877,41/100.000 abitanti

Prevalenza disturbo schizofrenico: 244,9/100.000 abitanti

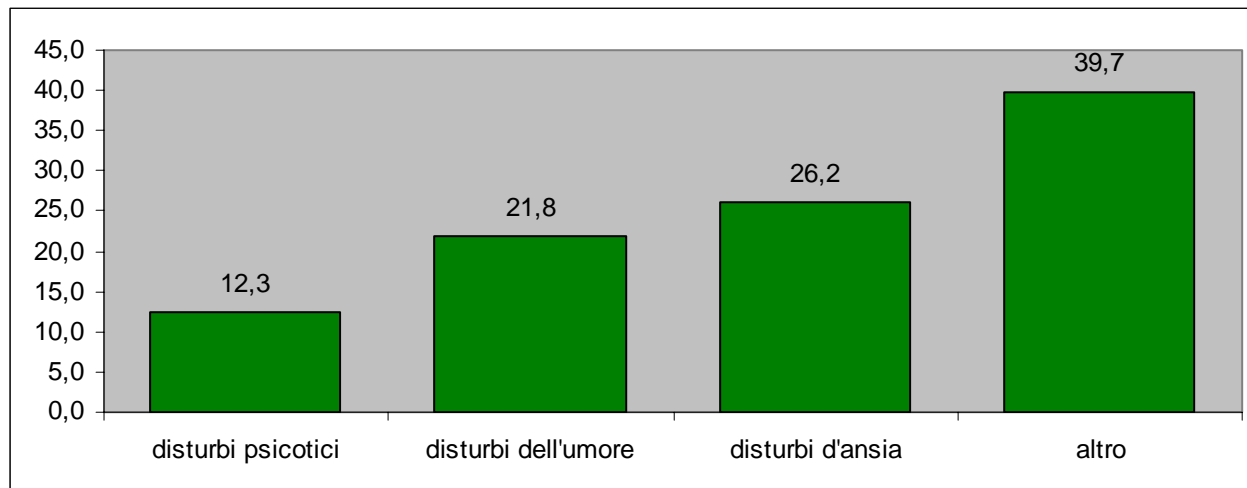
Pazienti nuovi accessi: 17110

Tasso nuovi accessi/100.000 abitanti: 420,2

Nuovi accessi disturbo schizofrenico: 2118

Incidenza schizofrenia: 52,1/100.000 abitanti

Figura 3 - Distribuzione dei pazienti per diagnosi (percentuali sul totale dei pazienti nuovi accessi 2004)



5. PROGRAMMI SPECIFICI

Tabella 12 - Livello di sviluppo dei programmi specifici (percentuali su 49 CSM)

	Livello di sviluppo dei programmi specifici							
	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16
% su 49 CSM	2,0 (5,9)	6,1 (9,0)	14,3 (11,0)	14,3 (14,5)	32,7 (16,3)	12,2 (14,7)	14,3 (11,4)	4,1 (7,2)
Dati mancanti	0							

PARTE SECONDA

Un approfondimento

L'analisi dei dati e il confronto della situazione dei CSM italiani con gli standard previsti dal PON ha fatto emergere diversi interrogativi in merito alle possibili cause della mancata adesione. Per questo motivo si è proceduto ad individuare una serie di determinanti di natura diversa (economici, relativi al target, organizzativi) che potessero spiegare la variabilità evidenziata nelle analisi precedenti.

Nella seconda parte del presente lavoro vengono descritti e presentati le variabili prese in considerazione come determinanti, le ipotesi che legano specifici determinanti a specifiche funzioni, i risultati delle verifiche delle ipotesi.

Capitolo 6

I DETERMINANTI

Con l'obiettivo di interpretare la variabilità dei dati, vale a dire, i diversi livelli di adeguamento agli standard previsti dal PON, sono stati definiti 9 "determinanti". Di seguito presentiamo la loro definizione e alcuni dati descrittivi.

Determinante 1 – Pazienti in trattamento attivo Personale in equivalenti a tempo pieno

Razionale: un numero elevato di pazienti per operatore (carico individuale) rappresenta un fattore di rischio rispetto alla possibilità di adeguata continuità e di sufficiente coordinamento nella gestione dei singoli casi. Può inoltre limitare l'accessibilità (liste di attesa) e la disponibilità ad avviare progetti specifici. Alcuni modelli di trattamento intensivo nella comunità e di intervento precoce nella psicosi hanno fissato degli standard ottimali per questo rapporto (da 10:1 a 20:1).

Determinante 1	N	Minimo	Massimo	Media	Dev. St.
Pazienti in TA/Personale	621	1,31	489,22	51,53	44,40

Determinante 2 – Pazienti "gravi" in trattamento attivo Personale in equivalenti a tempo pieno

Razionale: nel PON si afferma che "è obiettivo prioritario del DSM tutelare in ogni sua forma la salute mentale dei cittadini, assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni delle persone affette da disturbi mentali gravi ...".

Il presente determinante è una specificazione del precedente.

Determinante 2	N	Minimo	Massimo	Media	Dev. St.
Pazienti gravi in TA/Personale	576	0,62	250,69	26,80	22,19

Determinante 3 - Personale in equivalenti a tempo pieno Popolazione dell'area geografica di riferimento

Razionale: un numero insufficiente di operatori per unità di popolazione rappresenta un fattore di rischio rispetto alla possibilità di adeguata continuità e di sufficiente coordinamento nella gestione dei singoli casi. Nonostante esista uno standard PON a questo livello, esso si riferisce in modo generico al DSM (1/1500 abitanti). Una valutazione specifica per i CSM, come in questo caso, può rappresentare – in sé – un indicatore di investimento nella community care. Ma, al di là del valore intrinseco, questo indicatore può consentire di esplorare la relazione tra volume di risorse umane disponibili e livelli di appropriatezza rispetto agli standard del PON. Tenuto presente che, in psichiatria, il personale rappresenta la principale voce di costo, questo indicatore può rappresentare anche una *proxy* delle risorse economiche investite nell'assistenza territoriale, per unità di popolazione; di conseguenza può consentire di misurare l'influenza delle risorse economiche investite nella community care (che comprende anche il costo dell'assistenza semiresidenziale) sull'esercizio effettivo delle principali funzioni dei CSM.

Determinante 3	N	Minimo	Massimo	Media	Dev. St.
Personale/Popolazione (100.000 abitanti)	646	2,36	209,45	24,81	17,65

Determinante 4 - Molteplicità delle figure professionali presenti (numero educatori ed assistenti sociali - dipendenti e consulenti – in equivalenti a tempo pieno)

Per molteplicità delle figure professionali si intende il numero di educatori ed assistenti sociali - dipendenti e consulenti – in equivalenti a tempo pieno.

Razionale: nonostante la tradizione, presente nella versione italiana della community care, dell'operatore unico", in grado di assumere contemporaneamente più funzioni (intercambiabili), l'equipe si è venuta via via connotando come la funzione di sintesi di professionalità discrete, non più intercambiabili, ma cooperanti. Le singole figure professionali assumono, in questa logica, delle funzioni e delle mansioni specifiche e la qualità di un'equipe viene ad essere rappresentata dalla piena disponibilità di figure professionali diversificate. Seguendo questa prospettiva, organizzativa e formativa, oggi prevalente, le equipe in cui siano assenti assistenti sociali o educatori possono essere equipe in cui non è possibile garantire un buon livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio per rispondere a bisogni di pazienti gravi. Può quindi essere verificato, attraverso questo indicatore, quanto la carenza di figure professionali specifiche sia in grado di limitare o modulare singole funzioni del CSM nel suo complesso.

Determinante 4	N	Minimo	Massimo	Media	Dev. St.
Molteplicità figure professionali	653	0,00	19,89	2,17	1,91

**Determinante 5 - Pazienti di "gravi" in trattamento attivo
Pazienti in trattamento attivo**

Razionale: questo indicatore viene considerato particolarmente rilevante in quanto esso rappresenta un equivalente di un tasso di prevalenza "interno al CSM" della patologia grave psicotica. Nel calcolo della prevalenza vanno tenute in considerazione le relazioni tra incidenza (nuovi casi, tendenzialmente stabili) e durata del trattamento offerto (che dipende in modo significativo da fattori extraclinici). Le strategie e le capacità organizzative che sono alla base delle funzioni di accessibilità, presa in carico, continuità e coordinamento possono avere una relazione diretta con questo indicatore. Tale indicatore è anche rappresentativo del grado di fedeltà ad uno standard esplicito del PON (attenzione privilegiata ai pazienti gravi), che molti ritengono discutibile od obsoleto.

Determinante 5	N	Minimo	Massimo	Media	Dev. St.
Pazienti area gravi in TA/Pazienti in TA (percentuali)	581	4,50	98,00	52,92	14,97

Determinante 6 - Collocazione del CSM in contesto urbano (>40000 abitanti)

Razionale: esistono due forme distinte di assistenza psichiatrica: quella delle aree urbane (e metropolitane) e quella delle aree caratterizzate da molti piccoli comuni. Secondo questa ipotesi (che in parte si sovrappone a quella successiva sull'indice di deprivazione), sia la complessità dei bisogni dei pazienti sia la frequenza della domanda è maggiore in contesti urbani. La collocazione in contesto urbano può quindi influire sull'accessibilità e la presa in carico, ma anche sulla spinta al coordinamento. Laddove i bisogni siano più complessi, la spinta al coordinamento dovrebbe essere più pressante. Nei modelli di analisi dell'accessibilità viene spesso sottolineato anche il peso specifico della distanza geografica dai servizi. La collocazione in contesto non urbano potrebbe influenzare le variazioni sul piano dell'accessibilità, come pure la durata della presa in carico. Un ultimo elemento da tenere in considerazione, in ambiente urbano, è la maggiore pressione sociale, ed istituzionale, verso i progetti di prevenzione e verso alcuni progetti specifici.

Determinante 6	N	Area urbana	Area extraurbana
Collocazione in contesto urbano (percentuale su 662)	662	49,40	50,60

Determinante 7 - Regione di appartenenza

Razionale: I tempi e le modalità con cui il PON si è tradotto nei vari POR sono stati molto diversi. Così pure sono state diverse le strategie di sviluppo e di finanziamento dell'assistenza psichiatrica. Negli ultimi 10 anni, infine, molte Regioni hanno promosso modelli organizzativi specifici (ad es. DSM polifunzionali, con NPI e SERT inclusi). Tali modelli di sviluppo dell'assistenza psichiatrica possono essere in grado di influenzare l'accessibilità, la presa in carico e l'attenzione a progetti specifici, di tipo preventivo o di altro genere. Variazioni analoghe sono state descritte in altri Paesi Europei e producono scenari molto disomogenei sulle caratteristiche della community care.

Determinante 8 - Indice di deprivazione dell'area geografica del CSM.

Razionale: gli studi disponibili hanno messo in evidenza correlazioni tra l'accesso ai servizi e il grado di deprivazione sociale di quella stessa popolazione all'interno di un'area geografica delimitata. Come già segnalato in precedenza, per l'indicatore relativo al contesto urbano, la deprivazione sociale rappresenta un fattore di sollecitazione sul piano del coordinamento (maggiore complessità dei bisogni espressi), su quello dell'accessibilità e su quello della presa in carico. Questo determinante verrà descritto nella sua complessità nella fase 2 del progetto Prog-CSM. Nella prima fase ci siamo limitati a descrivere i confini geografici delle aree di competenza di ciascun CSM italiano, nella seconda fase costruiremo per ciascuno dei CSM italiani un indice di deprivazione.

Capitolo 7

LA VERIFICA DELLE IPOTESI

Le ipotesi riguardano, per ogni funzione descritta precedente (cfr. cap. 4), un insieme di indicatori (cfr. cap. 5) che sono stati proposti come "determinanti", ossia come variabili in grado di influenzare (o determinare) le differenze emerse tra gli standard del PON ed i dati emersi dalle schede di censimento.

CONTINUITA' DELLA CURA

Per quanto riguarda il **livello di continuità della cura** sono state formulate le seguenti ipotesi.

Ipotesi 1: Bassi livelli di continuità della cura (ammissione, monitoraggio e dimissione) possono essere influenzati da un rapporto utenti/personale molto alto (es. > 40/1) (determinante 1). E' plausibile arrivare ad una riformulazione più specifica di questa ipotesi attraverso una variabile ulteriore (determinante 2) che consenta di approssimare il rapporto tra numero di pazienti gravi in carico per operatore.

Ipotesi 2: Un basso numero di operatori per unità di popolazione rappresenta uno scostamento dalle indicazioni del PON e limita il funzionamento generale del DSM nell'area considerata, ivi comprese le funzioni che rientrano nella continuità terapeutica (determinante 3).

Ipotesi 3: La mancanza di figure professionali specifiche (assistenti sociali, educatori professionali) implica un sovraccarico di mansioni per le figure esistenti ed una limitazione della capacità dell'equipe di interagire con la comunità locale (determinante 4). Questa interazione rappresenta una delle premesse per un esercizio attivo della continuità terapeutica.

Ipotesi 4: Una proporzione elevata di pazienti psicotici rispetto al totale dei pazienti in carico può essere indicativo di una buona capacità di intervento continuativo e della propensione dell'equipe a concentrare le proprie energie professionali su gruppi di utenti che richiedono una continuità effettiva (determinante 5).

Determinanti: 1, 2, 3, 4, 5 → livello di continuità della cura

Prima di effettuare la verifica delle ipotesi, viene presentata una tabella di correlazioni tra gli aspetti identificati come inerenti la funzione continuità della cura. Come si può vedere, i tre aspetti correlano tra loro. La correlazione interessante è quella tra il livello di continuità della cura e il livello di soddisfazione delle attività (CD, DH, SR, SPDC) con il proprio personale, questo dato può essere letto nel seguente modo: la continuità della cura aumenta quando determinate scelte organizzative prevedono che gli stessi operatori lavorino sia al CSM, sia nelle altre strutture (CD, DH, SR, SPDC). È possibile quindi che il fatto di avere le stesse persone nei diversi luoghi faciliti le comunicazioni e quindi la possibilità di effettuare, in modo concordato, i percorsi di ammissione, monitoraggio e dimissione.

Tabella 1 - Correlazioni (Rho di Spearman)

	Livello di Continuità della cura
Livello soddisfazione attività con il proprio personale	,582**
Programmi specifici - area Continuità della cura	,104**

* sign. ,005

** sign. ,001

Di seguito la tabella di sintesi con la verifica delle ipotesi.

Tabella 2 - Correlazioni (Rho di Spearman): livello di continuità della cura e determinanti

Determinanti			Livello di Continuità della cura
Determinanti economici	1	Pazienti/Personale (carico di lavoro)	-,140**
	2	Pazienti gravi/Personale	-,136**
	3	Personale/Popolazione	,049
	4	Molteplicità Figure Professionali	-,020
Tipologia di pazienti	5	Pazienti gravi/Totale Pazienti	-,026

* sign. ,005

** sign. ,001

In generale non esistono relazioni significative tra il livello di continuità della cura e i determinanti individuati nelle ipotesi di ricerca, laddove le relazioni sono significative, la loro forza è trascurabile.

Dal momento che l'analisi correlazionale effettuata su questa tipologia di dati presenta diversi limiti, presentiamo i grafici di distribuzione delle coppie di variabili prese in considerazione nelle ipotesi.

Figura 1 – Grafico di distribuzione del livello di continuità della cura per carico di lavoro

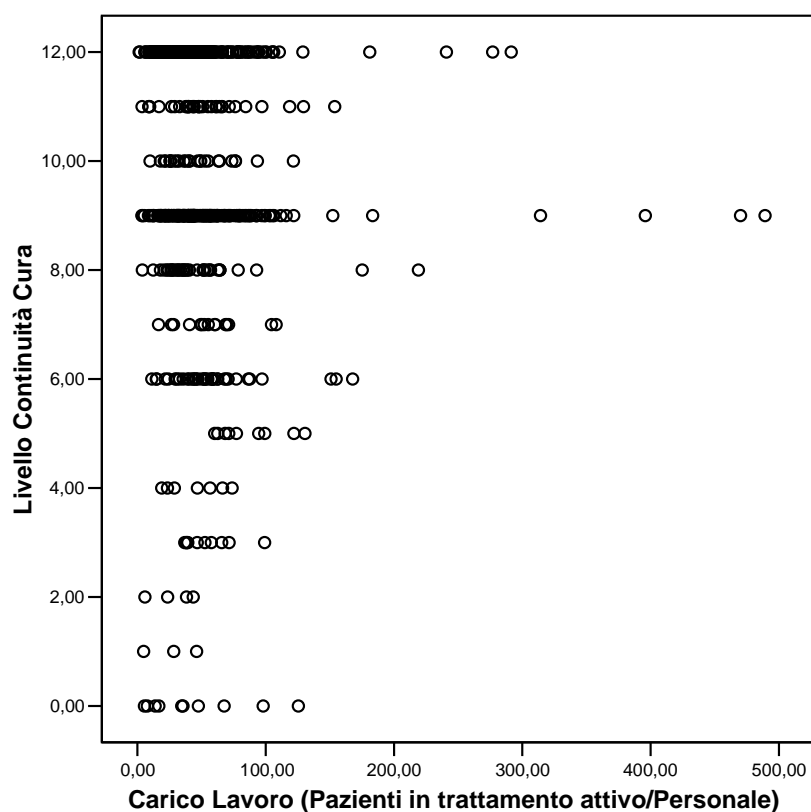


Figura 2 – Grafico di distribuzione del livello di continuità della cura per pazienti gravi/personale

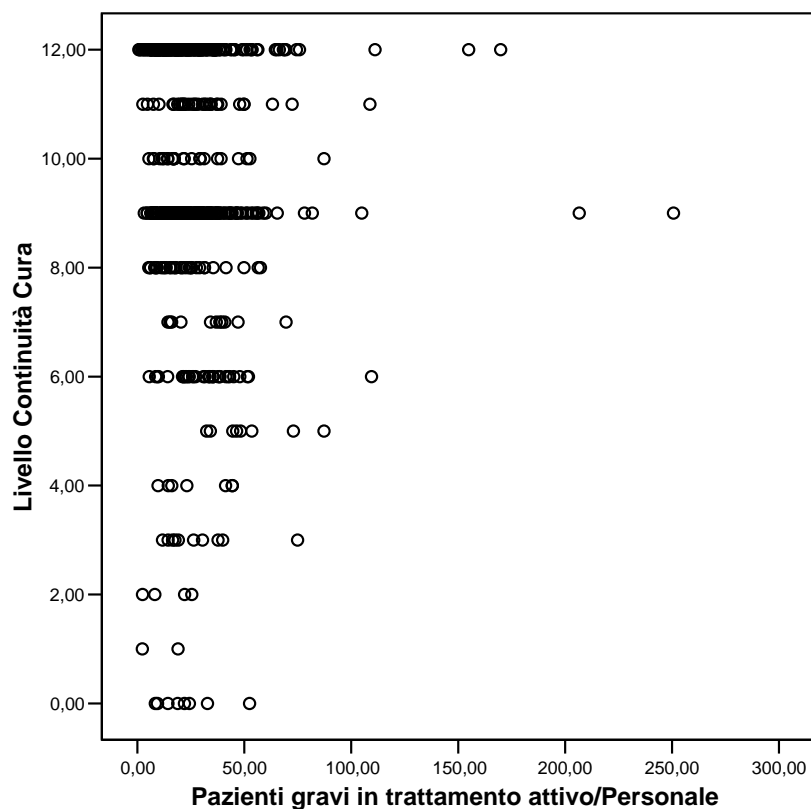


Figura 3 - Grafico di distribuzione del livello di continuità della cura per personale/popolazione

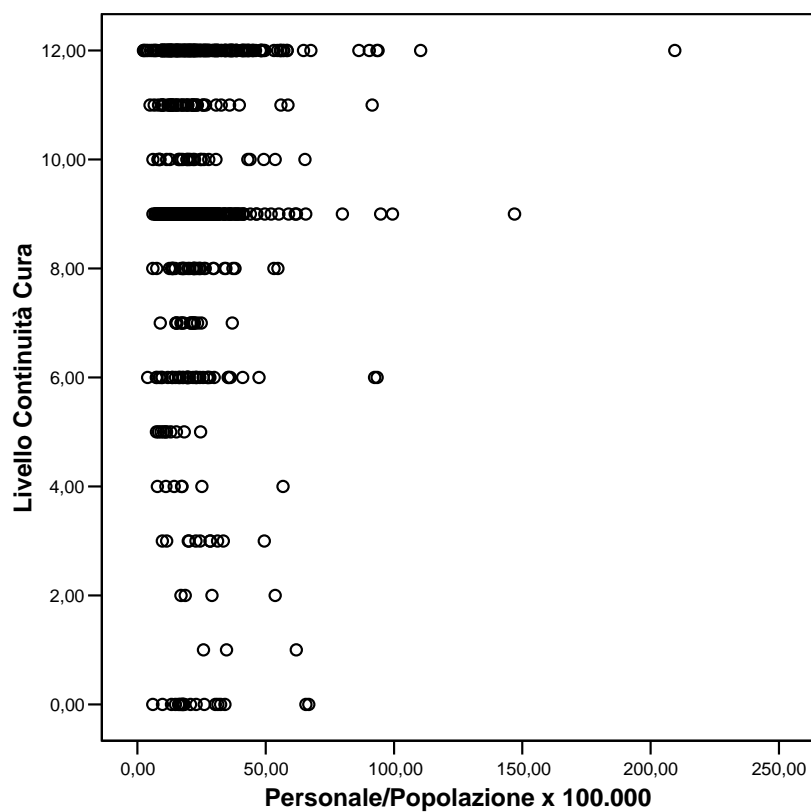


Figura 4 - Grafico di distribuzione del livello di continuità della cura per molteplicità di figure professionali

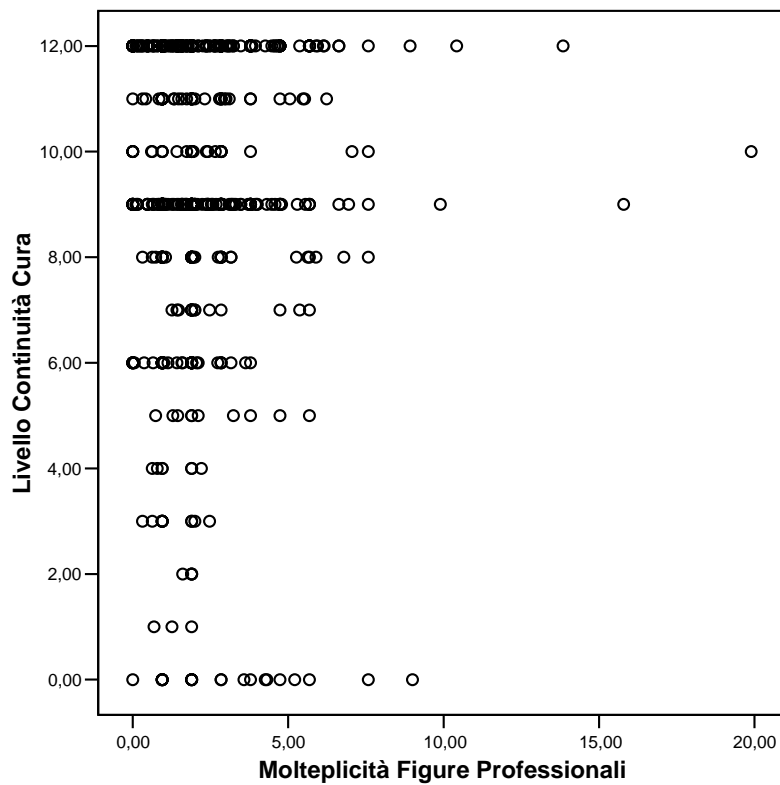
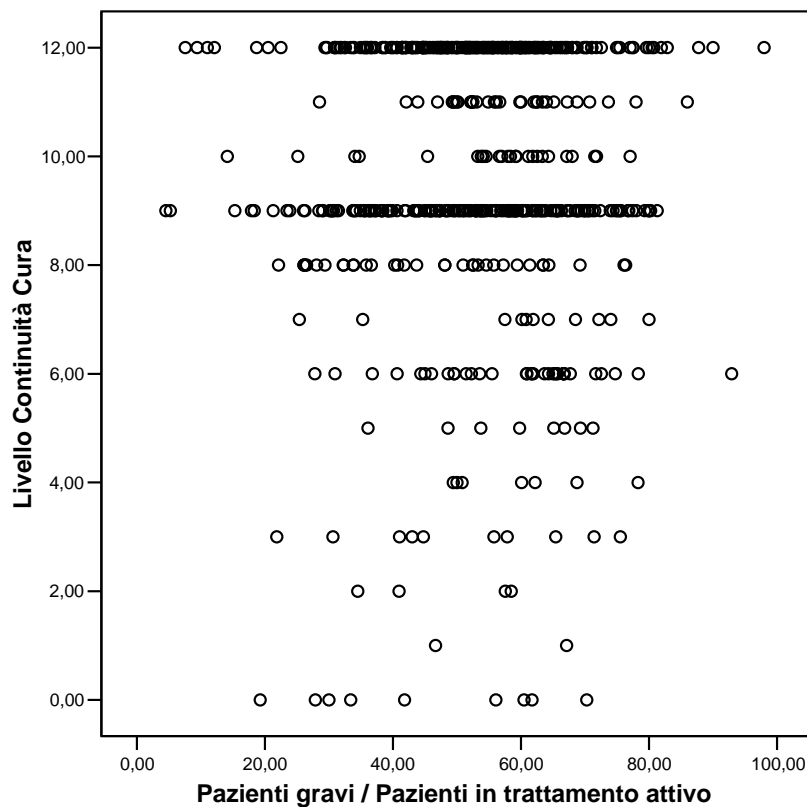


Figura 5 - Grafico di distribuzione del livello di continuità della cura per pazienti/pazienti in trattamento attivo



Le correlazioni e i grafici presentano il medesimo risultato, vale a dire, che le ipotesi non sono state confermate. Dall'osservazione dei grafici emerge chiaramente come a parità di punteggio di determinante, si hanno livelli diversi di continuità della cura.

In conclusione, i risultati emersi possono informare sul fatto che i determinanti presi singolarmente fotografano un singolo e specifico aspetto del funzionamento del CSM e da soli non sono sufficienti a spiegare la variabilità del livello di Continuità della Cura. È inoltre possibile che a spiegare la variabilità del livello di Continuità della Cura concorrano variabili non prese in considerazione e difficilmente rilevabili attraverso un questionario.

Per quanto riguarda il **livello di soddisfacimento delle funzioni con il proprio personale** è stata formulata la seguente ipotesi.

Ipotesi 1: il soddisfacimento delle specifiche funzioni con il proprio personale o con parte del proprio personale potrebbe variare soprattutto rispetto alle normative e alle politiche regionali: le differenze più importanti saranno relative ad ordinamenti specifici o a interpretazioni differenti del PON, omogenee all'interno di ogni regione (determinante 7).

Determinante 7 → livello di soddisfacimento delle funzioni con il proprio personale

Di seguito, i risultati del confronto fra medie eseguito per verificare l'ipotesi relativa al livello di soddisfacimento delle funzioni con il proprio personale: ci si aspetta che il livello possa variare in base alla normativa regionale. La tabella 3 è relativa a una divisione territoriale molto vasta (Nord, Centro e Sud), questa distinzione può essere interessante proprio perché si riferisce anche a diversi livelli di sviluppo della riforma psichiatrica in Italia.

Tabella 3 - Anova: Livello di soddisfacimento per aree geografiche

Determinante 7 - Regione	N	Livello soddisfacimento funzioni con proprio personale	
Nord	320	2,5500	F 25,5 sign. ,000
Centro	158	2,1266	
Sud e isole	229	1,7336	

Il livello medio di soddisfacimento delle funzioni con il proprio personale è differente in modo significativo nelle tre aree geografiche considerate. Ricordiamo che i valori di questa variabile variano da 1 a 4. I confronti post hoc mostrano differenze significative tra tutte le coppie possibili: il Nord è diverso dal Centro e dal Sud, il Centro è diverso dal Sud. I risultati mostrano che il livello di soddisfacimento è più elevato al Nord, le regioni del Centro Italia si trovano a un livello intermedio, mentre il Sud mostra il livello più basso.

La tabella seguente presenta invece i dati per singole regioni.

Tabella 4 - Anova: Livello di soddisfacimento per regione

	Determinante 7 - Regione	N	Livello soddisfacimento funzioni con proprio personale
Nord	Piemonte	68	2,65
	Valle d'Aosta	1	3,00
	Lombardia	100	2,07
	Veneto	49	2,86
	Friuli	22	3,32
	Liguria	17	2,30
	Emilia Romagna	47	3,00
	PA Bolzano	8	1,50
	PA Trento	9	2,67
Centro	Toscana	42	2,71
	Umbria	14	2,29
	Marche	15	1,33
	Lazio	70	1,81
	Abruzzo	16	2,50
Sud e Isole	Campagna	66	2,73
	Puglia	53	1,23
	Basilicata	5	,40
	Calabria	33	,48
	Sicilia	48	2,37
	Sardegna	24	,83
F 13,591 sign. ,000			

Per quanto riguarda il **livello di sviluppo dei programmi specifici** nell'area della continuità terapeutica è stata formulata la seguente ipotesi.

Ipotesi 1: La realizzazione di tali programmi specifici di continuità della cura con il personale del CSM è plausibile che sia legata al rapporto tra utenti e personale all'interno del Servizio (determinante 1): in quei CSM in cui a fronte di un numero elevato di utenti non vi è un adeguato numero di operatori tali progetti possono essere assenti o scarsamente sviluppati.

Determinante 1 → livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità terapeutica

Di seguito, i risultati della correlazione e il grafico relativi all'ipotesi che prevede che il livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area della continuità della cura possa variare in funzione del carico di lavoro.

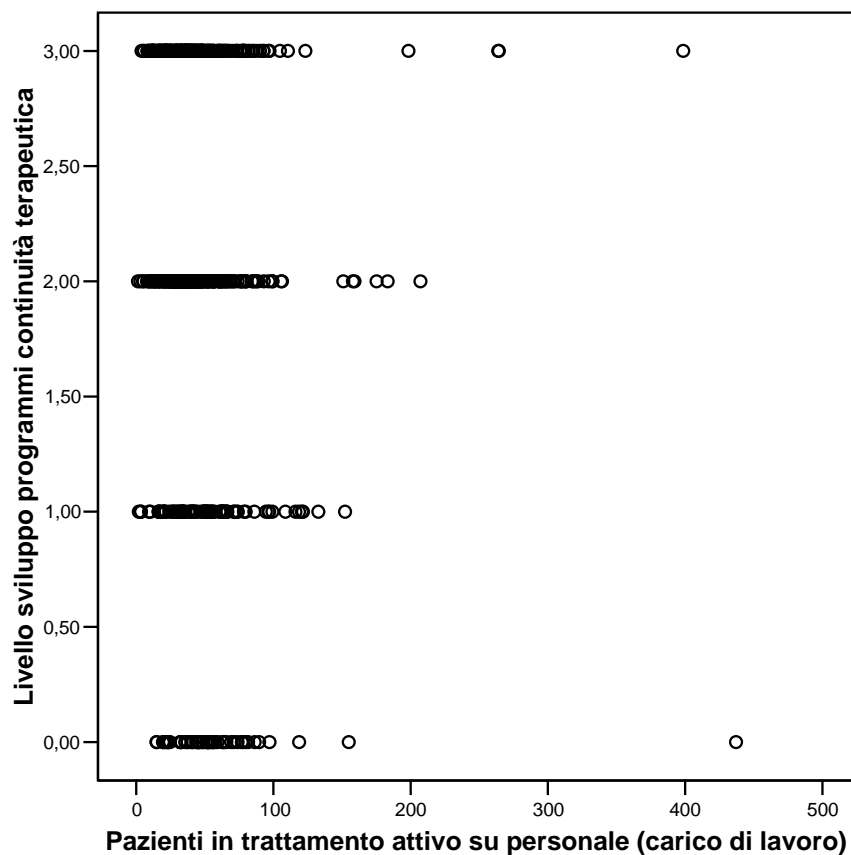
Tabella 5 – Correlazione (Rho di Spearman)

			Livello sviluppo programmi specifici
Determinante economico	1	Pazienti/Personale (carico di lavoro)	-,192**

* sign. ,005 ** sign. ,001

La relazione ipotizzata tra il carico di lavoro e il livello di sviluppo dei programmi nell'area della continuità della cura risulta significativa, ma relativamente debole. Il segno negativo della relazione va nella direzione attesa: più è elevato il carico di lavoro e meno sono sviluppati i programmi specifici.

Figura 7 - Grafico di distribuzione del livello di sviluppo dei programmi specifici per carico di lavoro



COORDINAMENTO CON ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO

Ci si aspetta che il grado con cui ciascun CSM si coordina con gli altri servizi del territorio per gestire bisogni dei pazienti gravi relativi all'alloggio, al lavoro, a problemi di natura organica, alla solitudine sia spiegabile attraverso più determinanti.

Per quanto riguarda il **livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio**, sono state formulate le seguenti ipotesi.

Ipotesi 1: Un livello minimo di coordinamento potrebbe essere spiegato dalla relazione utenti/personale, (determinante 1) laddove un valore alto di tale relazione potrebbe spiegare il grado di coordinamento minimo con i servizi del territorio.

Ipotesi 2: Un livello minimo di coordinamento potrebbe essere spiegato dalla mancanza all'interno del CSM dell'assistente sociale o di altre figure (educatori, animatori) preposte al lavoro di rete (determinante 4, varietà delle figure professionali).

Ipotesi 3: Per la stessa ragione ipotizziamo che quei CSM che hanno in carico una alta percentuale di pazienti gravi rispetto al totale (determinante 5), pazienti quindi portatori di forti bisogni/problemi legati soprattutto all'alloggio, al lavoro e alla solitudine, possano garantire solo un minimo di coordinamento con i servizi del territorio.

Determinanti 1, 4, 5 → livello di coordinamento con gli altri servizi del territorio

Di seguito la tabella di sintesi con la verifica delle ipotesi e i relativi grafici di distribuzione delle coppie di variabili.

Tabella 6 - Correlazioni (Rho di Spearman)

Determinanti			Livello di coordinamento
Determinanti economici	1	Pazienti/Personale (carico di lavoro)	-,157**
	4	Molteplicità Figure Professionali	,057
Tipologia di pazienti	5	Pazienti gravi/Totale Pazienti	-,007

* sign. ,005

** sign. ,001

Figura 8 - Grafico di distribuzione del livello di coordinamento per carico di lavoro

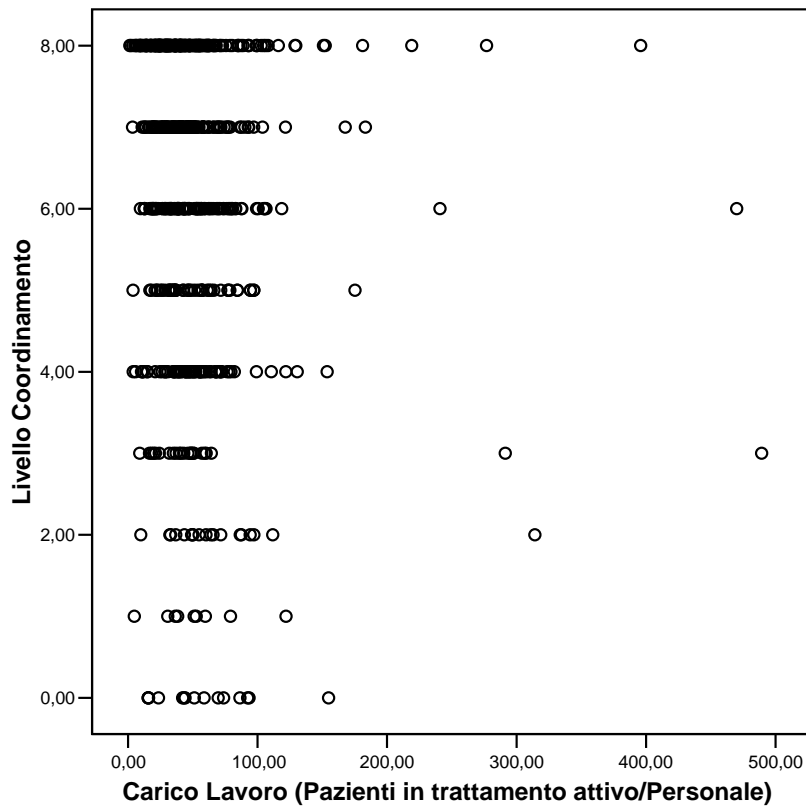


Figura 9 - Grafico di distribuzione del livello di coordinamento per molteplicità di figure professionali

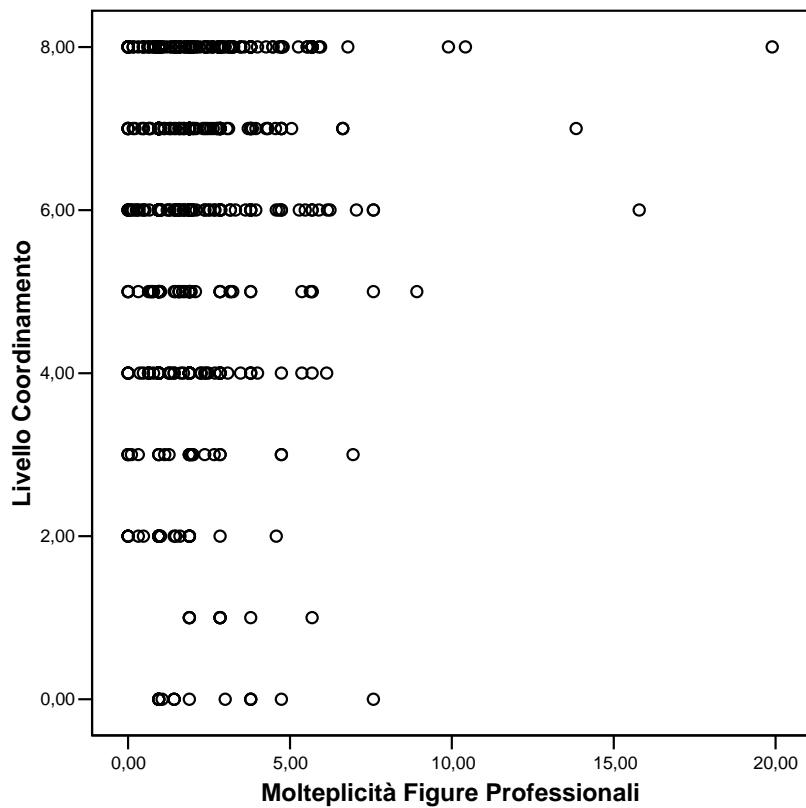
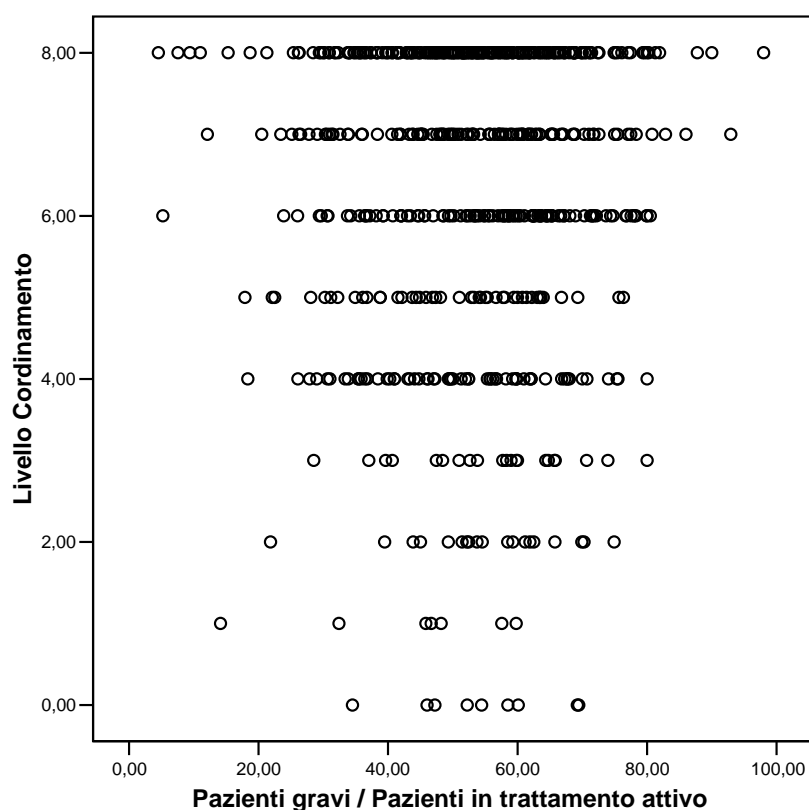


Figura 10 - Grafico di distribuzione del livello di coordinamento per pazienti gravi/pazienti in trattamento attivo



Dalle analisi emerge una correlazione significativa anche se debole tra il carico di lavoro e il livello di coordinamento (più aumenta il primo e più diminuisce il secondo). Le altre ipotesi non sono state confermate: non esistono relazioni significative né tra il livello di coordinamento e la diversificazione di figure professionali, né tra il livello di coordinamento e la percentuale di pazienti "gravi" sul totale dei pazienti.

Per quanto riguarda il **livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con gli altri servizi del territorio** sono state formulate le seguenti ipotesi.

Ipotesi 1: Ci si aspetta che la realizzazione di tali programmi specifici di coordinamento con altri servizi del territorio con il personale del CSM possa essere legata al rapporto tra utenti e personale all'interno del servizio (determinante 1). Ipotizziamo pertanto che in quei CSM in cui ci sono tanti utenti per pochi operatori potremmo trovare tali progetti poco sviluppati.

Ipotesi 2: Inoltre ci si aspetta che anche la varietà di figure professionali (determinante 4) potrebbe incidere sull'attuazione con il proprio personale di progetti specifici nell'area del coordinamento con i servizi del territorio. CSM privi di figure professionali impegnate soprattutto nel lavoro di rete potrebbero presentare uno scarso sviluppo di tali progetti.

Determinanti 1, 4 → livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento con gli altri servizi del territorio

Di seguito le tabelle di sintesi e i grafici relativi alla verifica delle ipotesi concernenti il livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento.

Tabella 7 - Correlazioni (Rho di Spearman)

Determinanti			Livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento
Determinanti economici	1	Pazienti/Personale (carico di lavoro)	-,121**
	4	Molteplicità Figure Professionali	,022

* sign. ,005

** sign. ,001

Dalle analisi emerge una correlazione significativa ma debole e una correlazione non significativa. Si può concludere che non esistono relazioni tra il livello di sviluppo dei programmi specifici nell'area del coordinamento e i determinanti presi in considerazione nelle ipotesi (carico di lavoro e diversificazione delle figure professionali).

Per completezza, vengono presentati i grafici di distribuzione delle coppie di variabili prese in considerazione nelle ipotesi.

Figura 11 - Grafico di distribuzione del livello di sviluppo dei programmi specifici per carico di lavoro

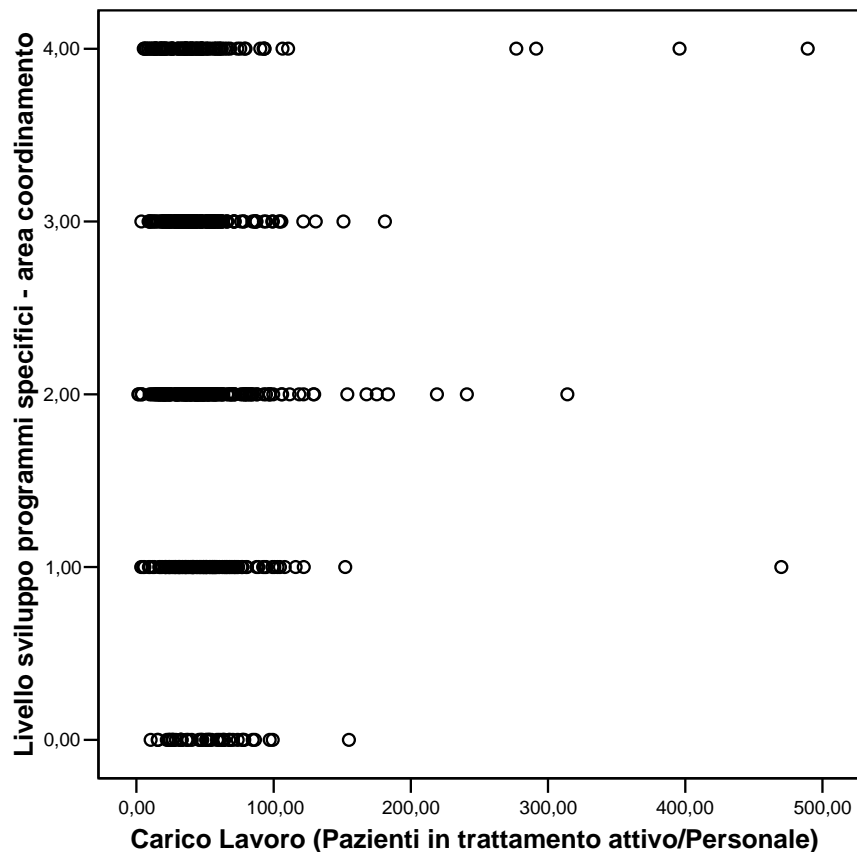
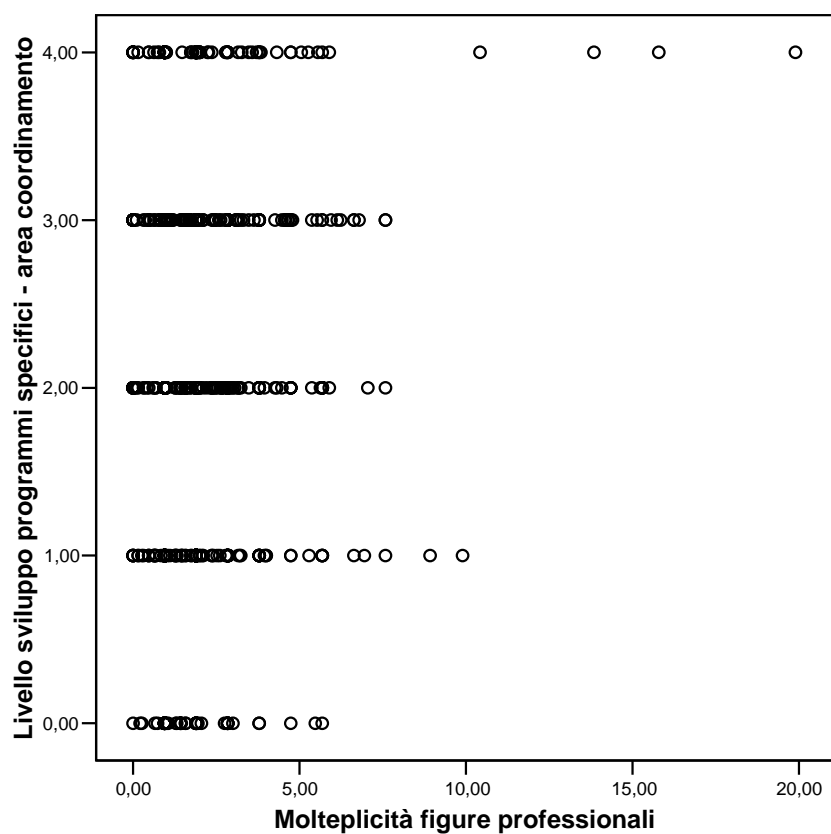


Figura 12 - Grafico di distribuzione del livello di sviluppo dei programmi specifici per molteplicità di figure professionali



ACCESSIBILITA'

Per quanto riguarda l'accessibilità sono stati presi in considerazione più determinanti, sia relativamente all'indice sintetico, sia relativamente ai singoli indicatori.

Indice sintetico accessibilità

Ipotesi 1 e 2: Se intendiamo per accessibilità la capacità del servizio di accogliere e di rispondere alla domanda in maniera pronta e adeguata, ci si aspetta che i CSM con pochi operatori rispetto alla popolazione (determinante 3) o un servizio con pochi operatori rispetto all'utenza (determinante 1) sarà più in difficoltà a garantire un buon grado di accessibilità.

Va ricordato che questo indice sintetico è stato costruito attraverso la somma di tre indicatori, quelli previsti dal PON (orario di apertura, procedure per stranieri, sedi decentrate).

Determinanti 1, 3 → livello accessibilità

Tabella 8 - Correlazioni (Rho di Spearman)

Determinanti			Livello di accessibilità
Determinanti economici	1	Pazienti/Personale (carico di lavoro)	-,164**
	3	Personale/Popolazione	,151**

* sign. ,005

** sign. ,001

Esistono relazioni significative tra il livello di accessibilità e i determinanti individuati nelle ipotesi di ricerca, ma la forza delle relazioni è debole. Tenendo presente che l'indice sintetico di accessibilità è un indice parziale, le due variabili prese in considerazione sembrano intervenire, anche se debolmente, sulla sua variabilità: più aumenta il carico di lavoro (numero di pazienti per unità di personale) e più diminuisce l'accessibilità del servizio; più aumenta il numero di personale ambulatoriale disponibile per unità di popolazione e più aumenta l'accessibilità.

Di seguito, i grafici di distribuzione delle coppie di variabili prese in considerazione nelle ipotesi.

Figura 13 - Grafico di distribuzione del livello di accessibilità per carico di lavoro

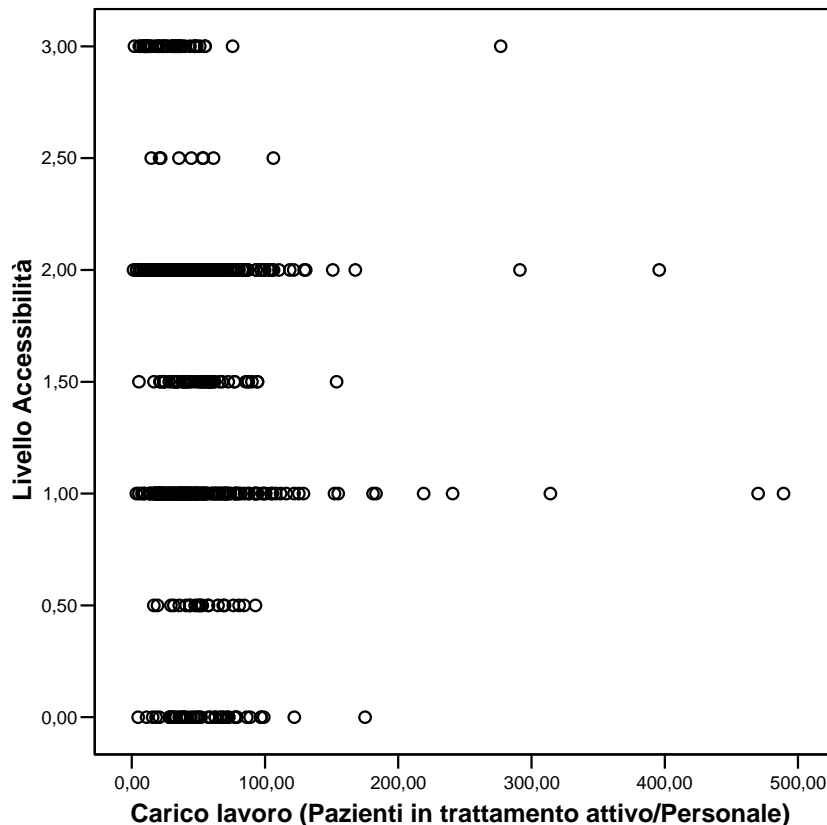
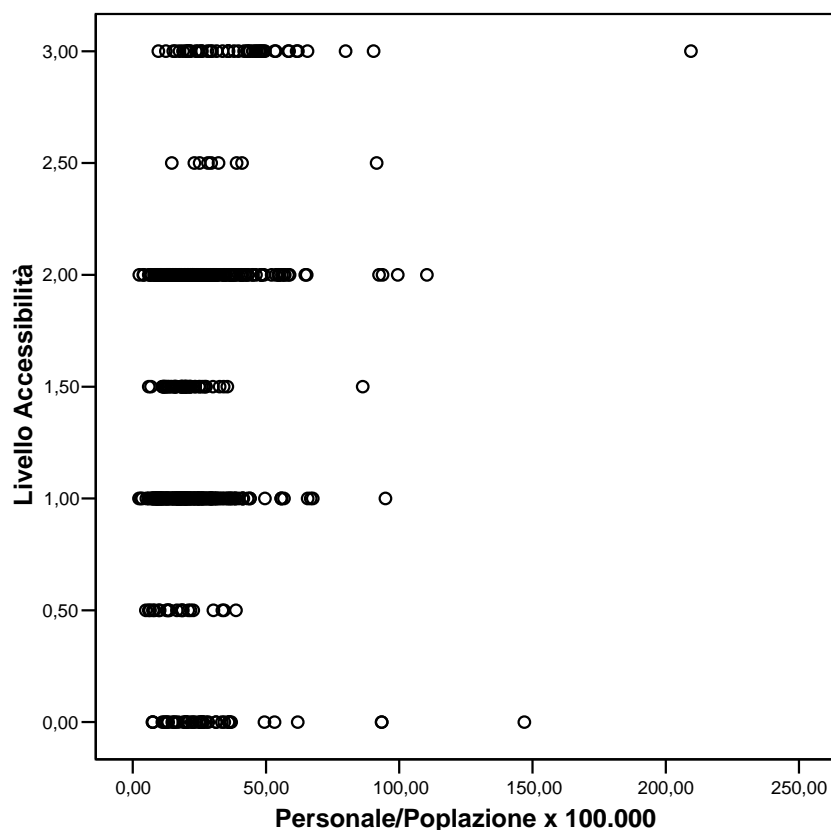


Figura 14 - Grafico di distribuzione del livello di accessibilità per personale/popolazione

**Indicatore: Orario di apertura**

Ipotesi 1: Ci si aspetta che un orario di apertura ridotto rispetto gli standard del Progetto Obiettivo possa essere spiegato dal rapporto tra utenti e personale (determinante 1). Laddove tale rapporto risulta essere alto, l'apertura del servizio potrebbe essere limitata.

Ipotesi 2: Inoltre si ipotizza che anche il rapporto tra operatori e popolazione dell'area del CSM (determinante 3) influenzi l'orario di apertura del servizio: un valore basso del rapporto operatori/popolazione indicherebbe pochi operatori e di conseguenza, la scelta di tenere aperto il servizio con un orario limitato.

Ipotesi 3: Si ipotizza che orari di apertura ridotti e diversi da quelli previsti dal PON siano spiegabili attraverso le diverse politiche regionali (determinante 7).

Determinanti 1, 3, 7 → orario di apertura

Tabella 9 - Anova: Carico di lavoro per adeguatezza dell'orario

	Orario di apertura		
	Adeguito al PON	Non adeguato	
Pazienti/Personale (Carico lavoro)	36,11	54,42	F 15,4 sign. ,000
N	103	499	

Tabella 10 - Anova: Personale/popolazione per adeguatezza dell'orario

	Orario di apertura		
	Adeguito al PON	Non adeguato	
Personale/Popolazione x 100.000	36,39	22,38	F 64,8 sign. ,000
N	106	516	

La prima ipotesi è stata confermata: il carico medio di lavoro è significativamente più basso nei CSM che hanno un'apertura del servizio adeguata rispetto agli standard previsti dal PON.

Anche la seconda ipotesi è confermata: i CSM con orario adeguato hanno un rapporto di personale su popolazione più alto rispetto ai CSM con un orario di apertura non adeguato.

Dal momento che entrambi i determinanti sono stati costruiti partendo dalla variabile che misura la dotazione di personale in ciascun CSM, sembra interessante verificare se questa variabile sola possa spiegare la variabilità di apertura dei servizi.

Tabella 11 - Anova: Personale per adeguatezza dell'orario

	Orario di apertura		
	Adeguito al PON	Non adeguato	
Personale (numero operatori in equivalenti a tempo pieno)	25,09	15,38	F 90,4 sign. ,000
N	109	523	

Da questa ulteriore analisi che tiene conto della sola variabile "dotazione di personale" emerge che una differenza notevole e significativa fra le medie di operatori presenti nei CSM: i CSM con orario adeguato hanno una media di operatori pari a 25, contro una media di 15 operatori nei CSM con orario non adeguato.

Tabella 12 - Tavola di contingenza: orario di apertura e area geografica

			Orario di apertura	
			Adeguito al PON	Non adeguato al PON
Area geografica	Nord	N	24	288
		% colonna Res. corretti	21,4% -6,3	54,2% 6,3
	Centro	N	33	107
		% colonna Res. corretti	29,5% 2,2	20,2% -2,2
	Sud e Isole	N	55	136
		% colonna Res. corretti	49,1% 4,9	25,6% -4,9

$\chi^2 = 41,39$ Sign. ,000

La tabella 12 mostra che i CSM con orario di apertura adeguato si distribuiscono in percentuale significativamente più elevata al Sud, mentre i CSM con orario non adeguato sono sovrarappresentati al Nord.

Indicatore: Procedura per stranieri

Ipotesi 1: Ci si aspetta di trovare una differenza tra CSM in territorio urbano e CSM in territorio extra-urbano (determinante 6). In particolare, ci aspettiamo che le procedure di presa in carico e di valutazione dei pazienti stranieri siano più sviluppate e diffuse in CSM urbani dove l'immigrazione sarebbe più diffusa e spesso più problematica.

Ipotesi 2: Ci si aspetta di trovare una differenza tra aree geografiche (Nord, Centro, Sud e Isole) dovuta alla differente densità di popolazione straniera nei diversi territori (determinante 7).

La procedura per stranieri (cfr. cap. 4) è stata calcolata dando punteggio 0 ai CSM che non hanno né procedure diagnostiche, né procedure di presa in carico; il punteggio 0,5 è stato assegnato ai CSM che hanno almeno una delle due procedure; il punteggio 1 è stato assegnato ai CSM che hanno entrambe le procedure.

Determinanti 6, 7 → procedura per stranieri

Tabella 13 - Tavola di contingenza: procedura per stranieri e collocazione urbana/extraurbana

		Procedura per stranieri		
		0	0,5	1
Area urbana	N	102	39	168
	% riga	33,0	12,6	54,4
	Res. corretti	-,9	-,8	1,3
Area extra-urbana	N	121	49	164
	% riga	36,2	14,7	49,1
	Res. corretti	,9	,8	-1,3

$\chi^2 = 1,83$ Sign. ,400

Tabella 14 - Anova: procedura per stranieri per collocazione

Area	N	Procedura per stranieri	
Urbana	309	,61	F 1,38 sign. ,240
Extra-urbana	334	,56	

Tabella 15 - Tavola di contingenza: procedura per stranieri e area geografica

		Procedura per stranieri		
		0	,5	1
Nord	N	67	41	211
	% riga	21,0	12,9	66,1
	Res. corretti	-7,2	-,7	7,3
Centro	N	54	28	65
	% riga	36,7	19,0	44,2
	Res. corretti	,6	2,1	-2,0
Sud e Isole	N	102	20	57
	% riga	57,0	11,2	31,8
	Res. corretti	7,4	-1,2	-6,2

$\chi^2 = 75,38$ Sign. ,000

Tabella 16 - Anova: procedura per stranieri per area geografica

Area geografica	N	Procedura per stranieri	
Nord	319	,73	F 39,13 sign. ,000
Centro	147	,54	
Sud e Isole	179	,37	

Le tabelle 13 e 14 evidenziano come il determinante "area urbana/extra-urbana" non discrimina i diversi livelli di sviluppo delle procedure per stranieri.

Le tabelle 15 e 16 mostrano invece come il livello più elevato di sviluppo delle procedure per stranieri si colloca al Nord, mentre il livello più basso si colloca maggiormente al Sud, dove la densità di popolazione straniera è inferiore (Istat). I confronti fra coppie (Bonferroni) relativi al confronto fra medie (tabella 16) evidenziano come ci siano differenze significative tra Nord e Centro, tra Nord e Sud, infine, tra Centro e Sud.

Per verificare se il determinante "area urbana/extra-urbana" sia significativo almeno nel Nord Italia, è stato effettuato un confronto fra medie solo per questo sottogruppo di CSM.

Tabella 16 - Anova: procedura per stranieri per collocazione

CSM – Nord Italia	N	Procedura per stranieri	
Area urbana	138	,7391	F ,30 sign. ,587
Area extra-urbana	180	,7139	

Il confronto fra medie tra il sottogruppo considerato non dà risultati significativi.

Indicatore: Sedi decentrate del CSM

Ipotesi 1: Ci si aspetta di trovare una differenza tra CSM situati in territorio urbano e CSM situati in territorio extra-urbano (determinante 6). In particolare ci si aspetta che i CSM in area extraurbana abbiano un maggior numero di sedi decentrate a causa anche della maggiore vastità del territorio di riferimento.

Determinante 6 → sedi decentrate

Tabella 17 - Tavola di contingenza: Sedi decentrate e collocazione

		Presenza sedi decentrate	
		Si	No
Area urbana	N	157	167
	% riga	48,5	51,5
	Res. corretti	-3,1	3,1
Area extra-urbana	N	202	132
	% riga	60,5	39,5
	Res. corretti	3,1	-3,1

$\chi^2 = 9,598$ Sign. ,001

La tabella 17 mostra come i CSM con sedi decentrate si collocano, in percentuale significativa, maggiormente nelle aree extra-urbane.

Indicatore: Lista di attesa

Ipotesi 1: Tanto più è basso il rapporto utenti/personale (determinante 1), tanto più ci si aspetta che la lista di attesa si accorci fino a scomparire, al contrario, quando tale rapporto è alto, ci si aspetta che esista una lista di attesa lunga.

Determinante 1 → lista d'attesa

Tabella 18 - Correlazioni (Rho di Spearman)

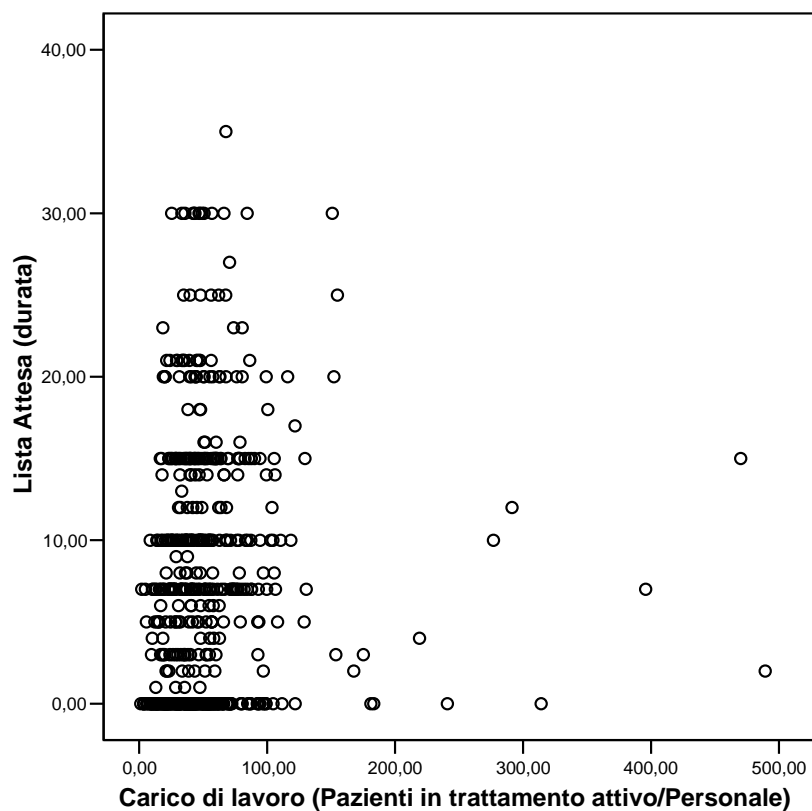
Determinante			Lista attesa (durata)
Determinante economico	1	Pazienti/Personale (carico di lavoro)	,174**

* sign. ,005

** sign. ,001

La relazione ipotizzata è significativa ma debole: più è elevato il carico di lavoro, più aumenta la durata dell'attesa. Questa relazione si mantiene stabile anche considerando solo i CSM con una lista d'attesa pari o inferiore a 30 giorni (Rho = ,178**).

Figura 15 - Grafico di distribuzione del durata della lista di attesa per carico di lavoro



Indicatore: Pagamento ticket

Ipotesi 1: Ci si aspetta di trovare differenze tra una regione e un'altra (determinate 7) dovute alle diverse politiche regionali.

Determinante 7 → pagamento ticket

Tabella 19 - Tavola di contingenza: pagamento ticket e area geografica

		Pagamento ticket	
		Si	No
Nord	N	269	49
	% riga	84,6	15,4
	Res. corretti	7,9	-7,9
Centro	N	102	46
	% riga	68,9	31,1
	Res. corretti	-,4	,4
Sud e Isole	N	81	98
	% riga	45,3	54,7
	Res. corretti	-8,5	8,5

$\chi^2 = 84,653$ Sign. ,000

Sinteticamente, la tavola di contingenza (tabella 19) mostra che le regioni del Nord tendenzialmente fanno pagare il ticket, mentre la tendenza è opposta nel caso delle regioni del Sud.

Di seguito, la tabella con la variabile "pagamento del ticket" descritta per regioni singole.

Tabella 20 – Tavola di contingenza: pagamento ticket e regione

Regione		Pagamento ticket	
		Si	No
Piemonte	N	58	9
Valle d'Aosta	N	1	0
Lombardia	N	98	2
Veneto	N	41	8
Friuli Venezia Giulia	N	2	18
Liguria	N	8	9
Emilia Romagna	N	44	3
Toscana	N	28	10
Umbria	N	2	12
Marche	N	10	0
Lazio	N	48	21
Abruzzo	N	13	3
Campania	N	53	7
Puglia	N	11	36
Basilicata	N	1	0
Calabria	N	16	0
Sicilia	N	0	48
Sardegna	N	0	7
PA Bolzano	N	8	0
PA Trento	N	9	0

$\chi^2 = 330,12$ Sign. ,000

La tabella 20 mostra come anche all'interno delle singole regioni ci sia una variabilità. Dall'analisi dei residui corretti emerge che tendenzialmente le regioni in cui il ticket è obbligatorio sono il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, le Marche, la Campania, la Calabria e le Province Autonome di Trento e Bolzano, mentre le regioni in cui la tendenza è verso l'assenza dell'obbligo di ticket sono il Friuli, l'Umbria, la Puglia, la Sicilia e la Sardegna.

Indicatore: Necessità di invio

Ipotesi 1: Ci si aspetta che i CSM con molti utenti a fronte di pochi operatori (determinante 1) richieda l'invio da parte del medico di medicina generale come forma di pre-selezione al servizio.

Determinante 1 → necessità di invio

Tabella 21 - Anova: pazienti/personale per necessità di invio

	Necessità di invio		
	Si	No	
Pazienti/Personale (carico lavoro)	50,81	51,65	F ,02 sign. ,870
N	87	524	

La tabella 21 mostra che il carico di lavoro non differisce in modo significativo tra CSM che necessitano di invio da parte del medico di base e CSM che non lo richiedono.

Indicatore: Livello sviluppo programmi specifici nell'area dell'accessibilità

Ipotesi 1: Ci si aspetta che la realizzazione dei progetti specifici nell'area dell'accessibilità con il personale del CSM possa essere legata al rapporto tra utenti e personale all'interno del servizio (determinante 1).

Determinante 1 → livello sviluppo programmi specifici area accessibilità

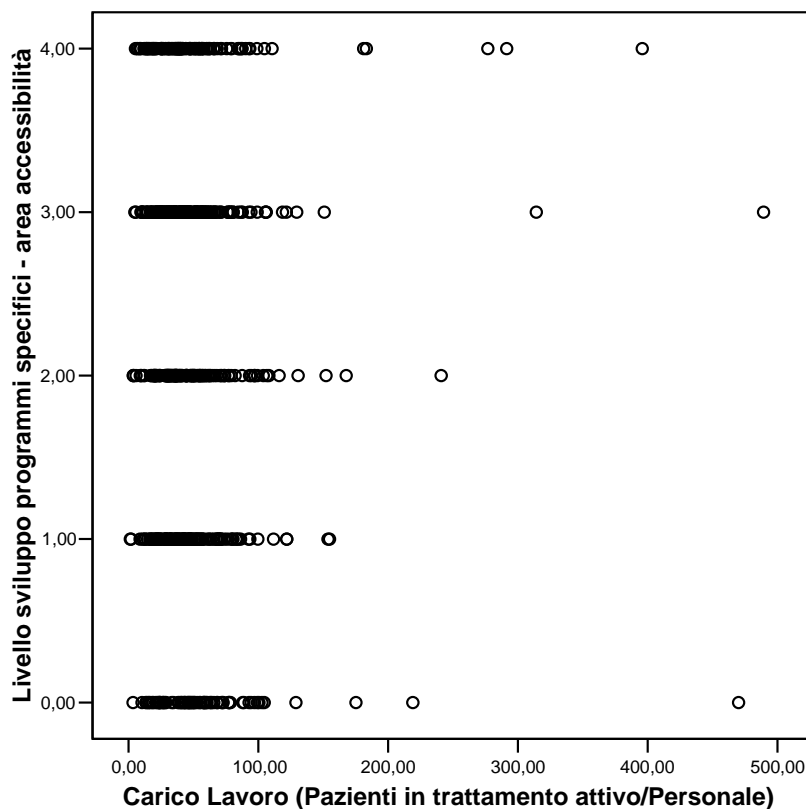
Tabella 22 - Correlazioni (Rho di Spearman)

Determinante			Livello sviluppo programmi specifici – area accessibilità
Determinante economico	1	Pazienti/Personale (carico di lavoro)	-,053

* sign. ,005

** sign. ,001

Figura 16 - Grafico di distribuzione del livello di sviluppo dei programmi specifici per carico di lavoro



L'ipotesi 1 non è stata confermata: il livello di sviluppo dei programmi specifici è indipendente dal carico di lavoro.

PRESA IN CARICO

Per quanto riguarda la presa in carico sono state formulate le seguenti ipotesi.

Pazienti in trattamento attivo su popolazione (prevalenza trattata)

Ipotesi 1: È possibile che i CSM con una bassa prevalenza abbiano una alta percentuale di pazienti gravi (sul totale dei pazienti in trattamento attivo), vale a dire, dal momento che i pazienti gravi richiedono più lavoro da parte degli operatori, il numero totale dei pazienti visti almeno una volta potrebbe essere più basso.

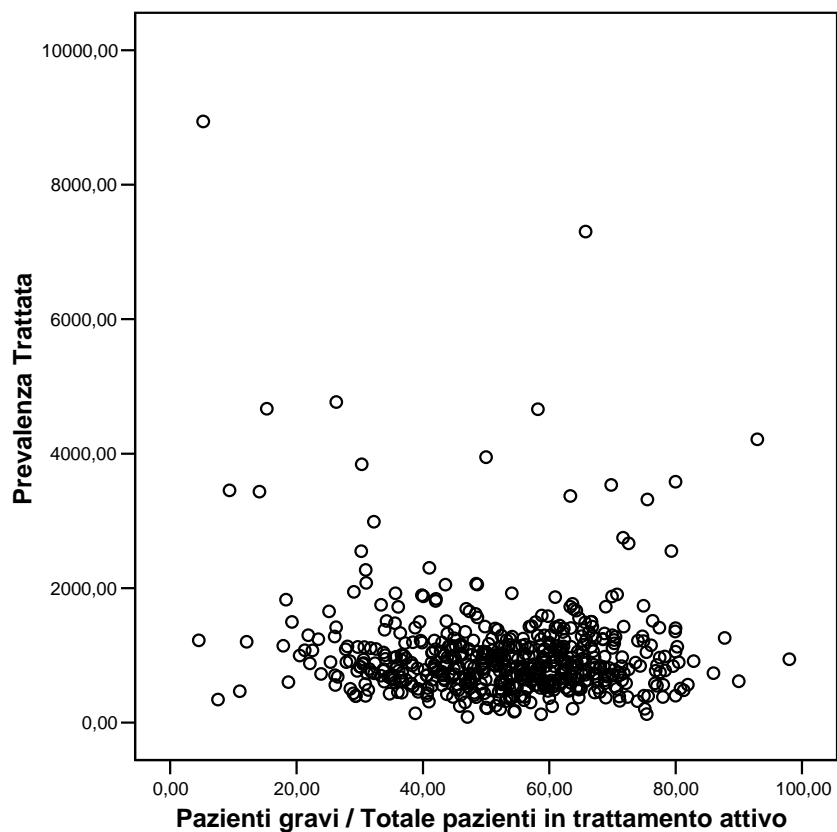
Tabella 23 - Correlazioni (Rho di Spearman)

Determinanti			Prevalenza trattata
Tipologia pazienti	5	Percentuale pz gravi/Totale pz in trattamento attivo	- ,022

* sign. ,005

** sign. ,001

Figura 17 - Grafico di distribuzione della prevalenza trattata per pazienti gravi/totale pazienti



La direzione della relazione conferma l'ipotesi, anche se la forza è trascurabile, molto vicina allo 0.

Nuovi casi di schizofrenia su popolazione dell'area del CSM (incidenza schizofrenia).

Ipotesi 1: Ci si aspetta che l'incidenza della schizofrenia vari in base alla collocazione urbana/extra-urbana del CSM (determinante 6). In letteratura (McGrath & Scott, 2006; Pedersen & Mortensen, 2006; Spauwen & van Os, 2006) è documentato il legame tra la vita in un ambiente urbano e lo sviluppo di gravi psicosi, in particolare della schizofrenia.

Tabella 24 - Anova: Incidenza schizofrenia per collocazione CSM

Area	N	Nuovi casi schizofrenia/Popolazione (tasso)	
Urbana	258	77,15	F 1,584 sign. ,209
Extra-urbana	287	92,55	

L'ipotesi non è confermata. Va tenuto conto però del fatto che la variabile urbano/non urbano distingue i territori con una popolazione superiore o inferiore a 40.000 abitanti, potrebbe essere interessante verificare questa ipotesi considerando solo i CSM metropolitani.

Si prevede che la fase 2 della ricerca Prog-CSM consenta una valutazione più approfondita di questa ipotesi.

Percentuale di pazienti in trattamento attivo con interventi esterni al CSM (es. domiciliari) sul totale dei pazienti in trattamento attivo

Ipotesi 1: Ci si aspetta che il rapporto tra pazienti in carico ed interventi esterni possa essere influenzato dal rapporto tra utenti e personale (determinante 1).

Ipotesi 2: Ci si aspetta che tale percentuale sia influenzata dal numero di pazienti psicotici sul totale dei pazienti (determinante 5) aumentando laddove il CSM ha una alta percentuale di pazienti gravi.

Determinanti 1,5 → Pazienti con interventi esterni/Tot pazienti

Tabella 25 - Correlazioni (Rho di Spearman)

Determinanti			Pz con interventi esterni/Totale pz
Determinante economico	1	Pazienti/Personale (carico lavoro)	-,409**
Tipologia pazienti	5	Pazienti gravi/Totale pazienti	,086*

* sign. ,005

** sign. ,001

La prima correlazione è significativa, abbastanza forte e di segno negativo: più aumenta il carico di lavoro e meno è possibile dedicarsi agli interventi esterni. Gli interventi esterni possono essere quindi considerati come attività "a rischio", nel senso che possono essere non effettuati nei casi in cui il carico di lavoro sia troppo elevato, passano dall'essere attività programmate (preventive) ad essere attività di emergenza (contenitive). La correlazione significativa ma relativamente debole ($R = ,136^{**}$) tra la percentuale di pazienti con interventi esterni sul totale dei pazienti in carico e la dotazione di personale (numero operatori in equivalenti a tempo pieno) conferma che l'attività esterna è legata alle disponibilità di risorse del CSM.

La seconda ipotesi invece non è stata confermata.

Figura 18 - Grafico di distribuzione di pazienti con interventi esterni/totale pazienti per carico di lavoro

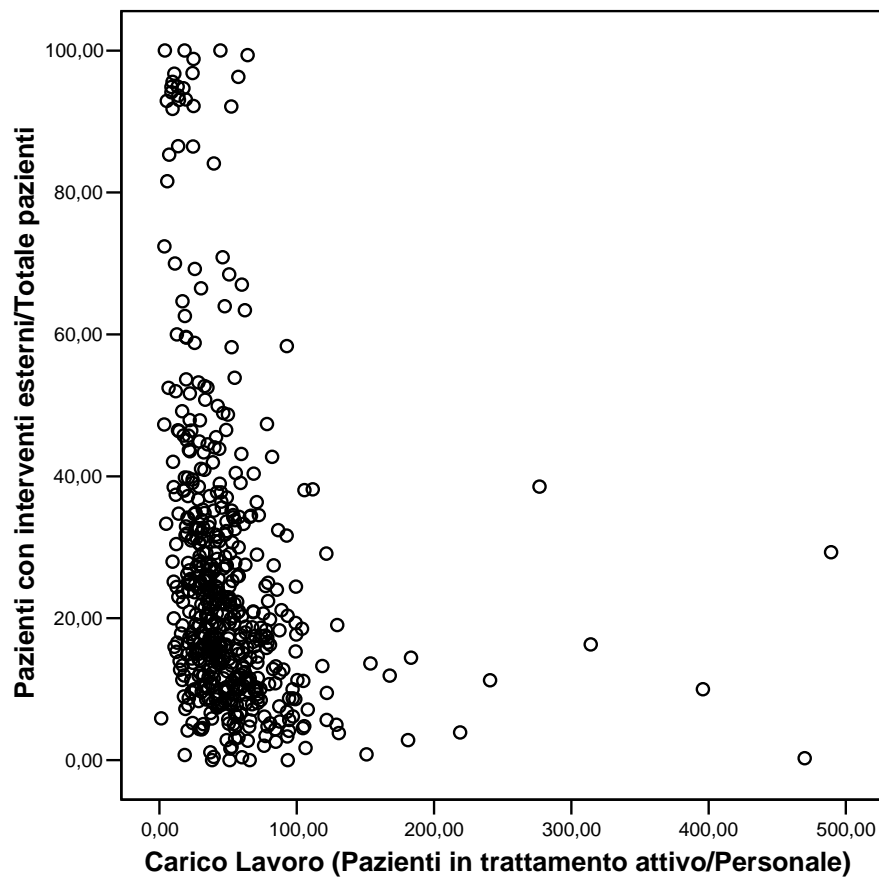
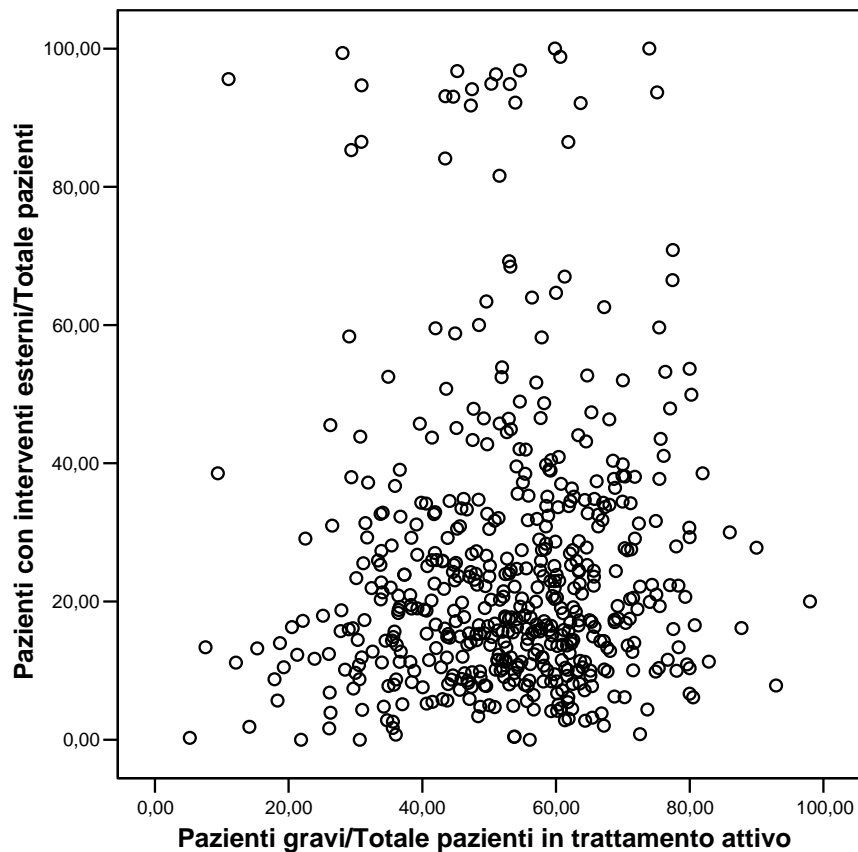


Figura 19 - Grafico di distribuzione di pazienti con interventi esterni/totale pazienti per pazienti gravi/totale pazienti



PROGRAMMI SPECIFICI

Per quanto riguarda i **programmi specifici** (nelle aree della continuità della cura, del coordinamento, dell'accessibilità, della presa in carico e della prevenzione) sono state formulate le seguenti ipotesi.

Ipotesi 1: Ci si aspetta che lo sviluppo di programmi specifici sia legato in particolar modo alla relazione utenti/personale (determinante 1), operatori/popolazione (determinante 3) e varietà delle figure professionali (determinante 4). In quei CSM dove ci sono pochi operatori rispetto all'utenza, pochi operatori rispetto alla popolazione o una scarsa varietà di figure professionali presenti ci si aspetta che i progetti specifici siano poco sviluppati.

Determinanti 1, 3, 4 → livello sviluppo programmi specifici

Tabella 26 - Correlazione (Rho di Spearman)

Determinanti			Livello di sviluppo dei programmi specifici
Determinanti economici	1	Pazienti/Personale (carico lavoro)	-,147**
	3	Personale/Popolazione	,205**
	4	Molteplicità Figure Professionali	,019

* sign. ,005

** sign. ,001

Figura 20 - Grafico di distribuzione: livello di sviluppo dei programmi specifici per carico di lavoro

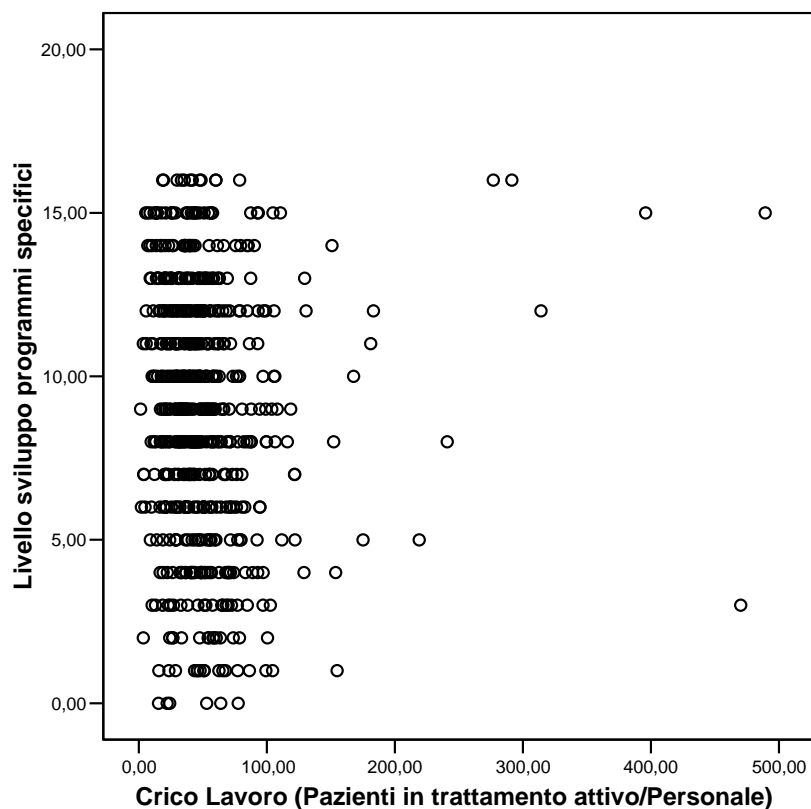


Figura 21 - Grafico di distribuzione: livello di sviluppo dei programmi specifici per personale/popolazione

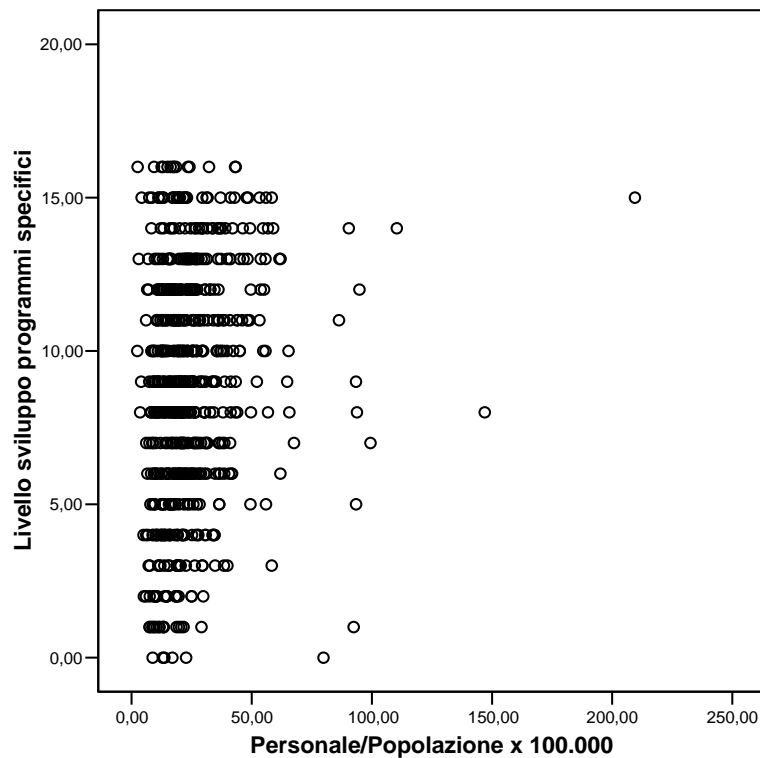
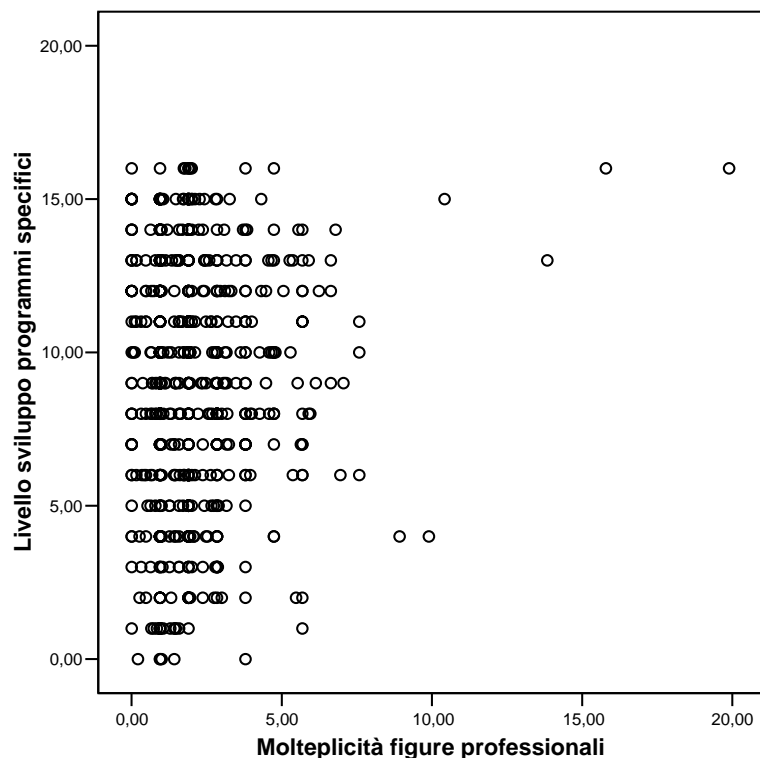


Figura 22 - Grafico di distribuzione: livello di sviluppo dei programmi specifici per molteplicità figure prof.



La tabella delle correlazioni e i grafici mostrano: una correlazione significativa ma debole tra il livello di sviluppo dei programmi specifici e il carico di lavoro; una correlazione significativa e meno debole tra il livello di sviluppo dei programmi specifici e la disponibilità di personale; nessuna relazione tra i programmi specifici e la diversificazione di personale. In conclusione, sembra ci sia una lieve tendenza verso un maggiore sviluppo dei programmi specifici là dove ci sono più operatori. Questa lettura viene anche confermata dalla correlazione significativa e leggermente più forte ($R = ,234^{**}$) tra il livello di sviluppo dei programmi specifici e la variabile "dotazione di personale" (numero di operatori in equivalenti a tempo pieno).

Conclusioni

I Centri di Salute Mentale rappresentano il servizio su cui ruota il concetto stesso di psichiatria di comunità, in quanto la riforma ha affidato loro una funzione di regia degli interventi a lungo termine che possono evitare il ricorso alle soluzioni istituzionali di ceppo manicomiale e che possono tutelare il diritto di cittadinanza attiva dei pazienti gravi. Con la consapevolezza del fatto che sia i DSM che i CSM hanno avuto tempi di maturazione e sviluppo molto diversi nelle varie aree del paese è stato scelto un comune denominatore che potesse svolgere anche la funzione di standard di appropriatezza organizzativa e funzionale. Tale denominatore comune è stato individuato nei contenuti del Progetto Obiettivo Salute Mentale (PON), che - nelle sue successive versioni - è andato formulando le priorità dell'assistenza psichiatrica territoriale affidata ai CSM.

Il censimento che ha visto coinvolti i 707 CSM italiani (con un tasso di partecipazione del 94%) ha avuto quindi due obiettivi:

1. misurare la variabilità dei CSM italiani utilizzando, come standard comune di appropriatezza, il contenuto del Progetto Obiettivo Salute Mentale (che si articola su questi cinque assi: continuità delle cure, coordinamento con gli altri servizi, accessibilità, presa in carico, programmi specifici)
2. sottoporre la variabilità emersa ad una verifica rispetto ad una serie ipotesi, formulate a priori, sul ruolo di alcune variabili, definite "determinanti". Tra di esse rientrano la dotazione di personale (operatori per unità di popolazione, molteplicità delle figure professionali disponibili), il carico di lavoro (pazienti attivi per operatore), il peso specifico dei pazienti gravi (pazienti gravi per operatore, pazienti gravi sul totale degli attivi) e la collocazione del CSM (urbano o rurale, Regione di appartenenza).

I dati emersi, e presentati in questo documento, vanno dunque analizzati e discussi a partire da questa specifica proposta metodologica, che vincola la misura della variabilità ad uno standard di policy condiviso da tutte le amministrazioni regionali italiane. L'insieme dei dati presentati conferma la variabilità (evidente soprattutto quando si guarda al confronto tra media nazionale e medie regionali), ma dimostra, a nostro avviso, che essa è meno pronunciata di quanto ci si potesse attendere se la si ancorasse ai parametri proposti dal Progetto Obiettivo. Essi sembrano essere stati condivisi non solo a livello di amministrazioni regionali, ma anche dalle direzioni delle aziende sanitarie e dei Dipartimenti di Salute Mentale: la continuità terapeutica, il coordinamento con gli altri servizi, l'accessibilità, la presa in carico sono elementi chiave che hanno trovato accoglienza nella cultura organizzativa di tutti i DSM italiani, con differenze che non vanno né accettate passivamente né condannate a priori.

Misurata come scarto rispetto a questi parametri di appropriatezza organizzativa, la variabilità osservata è inferiore alla variabilità attesa. Di conseguenza, una spiegazione della variabilità emersa può essere ricondotta solo a quei determinanti che mostrano una correlazione fortemente significativa con le variazioni osservate all'interno del campione dei CSM italiani.

I determinanti che possiedono questa capacità esplicativa sono, essenzialmente, solo tre:

- il livello di soddisfacimento delle altre funzioni del DSM con il proprio personale, che influenza positivamente la continuità terapeutica. L'ipotesi sottesa a questa correlazione era quella di verificare l'importanza di una modalità organizzativa che privilegi un utilizzo trasversale del personale, o una stretta integrazione organizzativa tra più agenzie del DSM, rispetto alla modalità organizzativa che destina a ciascun servizio del DSM un'équipe autonoma o con un basso grado di integrazione organizzativa con gli altri servizi;
- la dotazione di personale del CSM (per unità di popolazione) e la sua adeguatezza rispetto agli standard del progetto obiettivo. L'effetto più evidente è quello che emerge sul piano dell'accessibilità. L'ipotesi che è stata infatti confermata dai dati emersi è infatti quella che collega l'adeguatezza del l'orario di apertura (rispetto agli standard del PON) al livello del personale disponibile (per unità di popolazione);
- il carico di lavoro (inteso come rapporto tra numero di pazienti ed unità di personale del CSM). Le ipotesi che sono state formulate a priori e che si sono tradotte nell'utilizzo di tale determinante erano quelle che consideravano il carico di lavoro assoluto (numeri di utenti per operatore a tempo pieno) e quello specifico rispetto ai pazienti gravi come fattori in grado di modificare il livello di continuità, di coordinamento, di accessibilità e di gestione della presa in carico. Dai dati emersi, tale determinante mostra di influenzare in modo significativo soprattutto il volume delle attività domiciliari (che si riducono significativamente con l'aumento del carico di lavoro). Al di là

di questa correlazione "forte", anche per i riflessi sulla cultura operativa dei DSM, tale determinante svolge una funzione di modulazione anche su altri ambiti (la continuità terapeutica, il livello di coordinamento con altri servizi, la capacità di sviluppare programmi specifici)

Queste correlazioni consentono di uscire da una "contemplazione" (difensiva o censoria) delle variazioni esistenti e permettono di individuare, almeno in parte, alcuni parametri essenziali su cui appare plausibile concentrare le scelte di policy che riguarderanno lo sviluppo ulteriore della psichiatria di comunità. Ancorare la misurazione di quello che si osserva ad uno standard condiviso di appropriatezza rappresenta infatti, a nostro avviso, una delle poche strategie disponibili per lo sviluppo di politiche sanitarie basate su evidenze (anziché sui tanti fondamentalismi che hanno irrigidito il dibattito sulle diverse interpretazioni locali dello spirito di una legge unica al mondo).

Lo studio da noi realizzato dimostra che alcuni dei principi fondamentali del PON sono ora un patrimonio collettivo. Difendere questo patrimonio collettivo è indispensabile. Migliorarne la qualità e l'efficienza è un obiettivo tanto ambizioso quanto quello che – trent'anni fa – puntava ad una rete funzionante di servizi di comunità per tutta la popolazione di questo paese.

Riferimenti bibliografici

- Chapman Hall, L., & Munizza, C. (1994). Jobs and Psychosocial Rehabilitation - Italian Experiences and Models. *International Journal of Mental Health*, 1, Vol. 23, pp. 31-38.
- Amaddeo F., Beecham J., Bonizzato P., Fenyo A., Tansella M. & Knapp M. (1998). The costs of community-based psychiatric care for first-ever patients. A case register study. *Psychological Medicine*, 28, pp. 173-183.
- Andrews, G., Teesson, M., Stewart, G. & Hoult, J. (1990). Follow-up of community placement of the chronic mentally ill in New South Wales. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, pp. 184-188.
- Beecham, J., Johnson, S., & the EPCAT Group (200). The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles and development. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (Suppl. 405), pp. 33-46.
- Barbato, A., et. Al. (1998). Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, pp. 673-679.
- Bassi, M., et al. (2003). Appendice. In Bassi, M, Di Giannantonio, M., Ferranini, L., et al. (eds) *Politiche sanitarie in psichiatria. Norme, management ed economia*. Masson, Milano, pp. 309-458.
- Bollini, P. (1994). L'applicazione e l'impatto della riforma psichiatria in Italia. Le evidenze disponibili. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 3 (2), pp. 83-85.
- Bollini, P., & Mollica, M. D. (1989). Surviving without the asylum. An overview of the studies on the Italian Reform Movement. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177 (10), pp. 607-615.
- Bollini, P., Piazza, A., Rognoni, G., Muscettola, G., & Casiello, M. (1987). Utilizzazione dei servizi e profilo di trattamenti dopo la legge di riforma psichiatrica, *Epidemiologia e Prevenzione*, 31, pp. 31-34.
- Bollini, P., Reich, M., & Muscettola, G. (1988). Revision of Italian psychiatric reform: North/South differences and future strategies, *Social Science and Medicine*, 27 (12), pp. 1327-1335.
- Bonizzato P., Bisoffi G., Amaddeo F., Chisholm D. & Tansella M. (2000). Community-based mental health care: to what extent are services costs associated with clinical, social and service history variables? *Psychological Medicine*, 30, pp. 1205-1215.
- Burti, L. (2001). Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl, 410, pp. 41-46.
- Chisholm D., Knapp M., Astin J., Lelliott P., & Audini B. (1997). The mental health residential care study: predicting costs from resident characteristics. *British Journal of Psychiatry*, 170, pp. 37-42.
- Coulton, C. J., Fitch, V., & Holland, T. P. (1985). A typology of social environments in community care homes. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, pp. 373-377.
- Cozza, M., & Napolitano, G. M. (1996), *L'assistenza psichiatrica in Italia: la normativa e la diffusione dei servizi sul territorio*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma.
- D'Avanzo, B., La Vecchia, C., & Negri, E. (2003). Mortality in longstay patients from psychiatric hospitals in Italy: results from the Qalyop Project. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, pp. 385-389.
- de Girolamo, G., Bassi, M., Neri, G., Ruggeri, M., Santone, G., & Picardi, A. (2007). The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lesson to learn. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(2), pp. 83-91.
- de Girolamo, G., & Cozza, M. (2000). The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, pp. 197-214.
- de Girolamo, G., Picardi, A., Micciolo, R., Falloon, I., Fioritti, A., & Morosini, P., for the Italian PROGRES Study Group (2002). Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry*, 181, pp. 220-225.
- Dunn, G., Mirandola, M., Amaddeo, F., Tansella, M. (2003). Describing, explaining or predicting mental health care costs: a guide to regression models. Methodological review. *British Journal of Psychiatry*, 183, pp. 398-404.

- Falloon, I. R., Held, T., Roncone, R., Coverdale, J. H., & Laidlaw, T. M. (1998). Optimal treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, pp. 43–49.
- Faragher B. (2000). Economic impact of a specialist outreach team in residential and nursing home settings. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 1 (3), pp. 147-152.
- Fassino, S., Abbate Daga, G., & Leonbruni, P. (2007). *Manuale di psichiatria biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Faulkner, A., Field, V., & Lindesay, Y. (1993). Residential care provision in mental health: the current picture and future uncertainties. *Journal of Mental Health*, 2, pp. 57–64.
- Fenton, W. S., Hoch, J.S., Herrell, J. M., Mosher, L., & Dixon, L. (2002). Cost and costeffectiveness of hospital vs residential crisis care for patients who have serious mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 59 (4), p. 357-64.
- Fioritti, A., et al. (1997). Reform said or done? The case of Emilia-Romagna within the Italian psychiatric context. *American Journal of Psychiatry*, 154, pp. 94-98.
- Flannery, R. B., Fisher, W., Walker, A., Kolodziej, K., & Spillane, M. J. (2000). Assaults on staff by psychiatric patients in community residences. *Psychiatric Services*, 51, pp. 111–113.
- Geller, J. L., & Fisher, W. H. (1993). The linear continuum of transitional residences: debunking the myth. *American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 1070–1076.
- Ghio, L., Tibaldi, G., & Munizza, C. (2003). La ricerca come iniziativa dei Dipartimenti di Salute Mentale: il Centro Studi e Ricerche in Psichiatria di Torino. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, XXII, pp. 67-77.
- Gruppo Nazionale PROGRES (2001). Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. I risultati della fase 1 del progetto PROGRES. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10, 4, pp. 260-275.
- Hawthorne, W. B., Fals-Stewart, W., & Lohr, J. B. (1994). A treatment outcome study of community-based residential care. *Hospital and Community Psychiatry*, 45 (2), pp. 152-155.
- Johnson, S., Kuhlmann R., & the EPCAT Group (2000). The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, Suppl. 405, pp. 14-23.
- Johnson, S., Salvador, L., & the EPCAT group (1998). Description and classification of mental health services: a European perspective. *European Psychiatry*, 13, pp. 333-341.
- Knapp, M., Chisholm, D., Leese, M., Amaddeo, F., Tansella, M., Schene, A., Thornicroft, G., Vazquez-Barquero, J. L., Knudsen, H. C., Becker, T., EPSILON Study Group (2002). Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105 (1), pp. 42-54.
- Lamb, H. R., & Bachrach, L. L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52, pp. 1039–1045.
- Leff, J., Trieman, N., Knapp, M., & Hallam A. (2000). The TAPS Project. A report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatric Bulletin*, 24, pp. 165-168.
- Leff, J., & Trieman, N. (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. *British Journal of Psychiatry*, 176, pp. 217–223.
- Lelliott, P., Audini, B., Knapp, M., & Chisholm, D. (1996). The mental health residential care study: classification of facilities and description of residents. *British Journal of Psychiatry*, 169, pp. 139–147.
- Lora, A., et al. (2002). I pacchetti di cura nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 11, 100-115.
- Magliano, L., et al. (2002). The impact of professional and social support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, pp. 291-298.
- Marino, F. (1999). La tutela della salute mentale nelle leggi regionali e nei progetti-obiettivo nazionali. In Scapicchio, P. L., & Trabucchi, M., *I servizi psichiatrici nella sanità riformata*, Il Mulino, Bologna, pp. 33-83.

- McGrath, J., Scott, J. (2006). Urban birth and risk of schizophrenia: a worrying example of epidemiology where the data are stronger than the hypotheses. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15(4), pp. 243-246.
- Ministero della Salute (2002). *Assistenza psichiatrica in Italia – Rilevazione 2001*. Ministero della Salute, Roma.
- Mirandola, M., Amaddeo, F., Dunn, G., & Tansella, M. (2003). Predicting one year costs for patients with different psychiatric history attending a community-based mental health service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, pp. 132-139.
- Montesanti, F., & Munizza, C. (2001). La continuità assistenziale nel campo della salute mentale. In *Rapporto Sanità*, Il Mulino, Bologna.
- Moos, R. H., McCoy, L., & Moos, B. S. (2000). Global assessment of functioning (GAF) ratings: determinants and roles as predictors of one-year treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 56, pp. 449-461.
- Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., & Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and 18 Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, pp. 323-329.
- Mowbray, C. T., Greenfield, A., & Freddolino, P. P. (1992). An analysis of treatment services provided in group homes for adults labelled mentally ill. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180, pp. 551-559.
- Munizza, C., e altri (1993). Economia in Psichiatria: da un'indagine locale ad un progetto CEE. *Annali di Freniatria e Scienze Affini*, 2, Vol. 2.
- Centro Studi e Ricerche in Psichiatria (a cura di) (1994). La ricerca sulle modalità prescrittive degli psicofarmaci nei servizi psichiatrici piemontesi: premesse e forme di realizzazione. *Annali di Freniatria e Scienze Affini*, Vol. 3, 1-2, pp. 1-2.
- Munizza, C., Beecham, J. (2000). Assessing Mental Health in Europe. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 405, Vol. 102.
- Munizza, C., Donna, G., & Nieddu, S. (a cura di) (1999). *Finanziamento e Management del Dipartimento di Salute Mentale. Il caso delle tariffe ambulatoriali*, Il Mulino, Bologna.
- Munizza, C., Ferrannini, L., Pirfo, E., & Tibaldi, G. (2002). E' possibile coniugare la tutela dei diritti degli utenti e delle famiglie con le priorità assistenziali ed amministrative? Alcune riflessioni in margine alle proposte di modifica dell'attuale legislazione psichiatrica, *Nuove Tendenze*, 3, pp. 327-349.
- Munizza, C., Furlan, P., D'Elia, A., D'Onofrio, M. R., Leggero, R. P., Punzo, F., Vidini, N., Villari, V. (1993). Emergency psychiatry: a review of the literature, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. al n. 374; Vol. 88.
- Munizza, C., Furlan, P. M., Tibaldi, G., Cristina, E., Zuccolin, M., D'Onofrio, M. R., Ramello, D., Brancato, A., & Giraldo, S. (1996). Le famiglie di fronte al ricovero: emozioni, modificazioni della vita quotidiana, atteggiamenti e richieste. In Vella, G., & Siracusano, A. (a cura di), *Emozioni e Psichiatria – ricerche teorie patologie terapie*, UTET, pp. 419-428.
- Munizza, C., & Nieddu, S. (2000). Creazione di valore sanitario e sistemi di finanziamento: il caso del Dipartimento di Salute Mentale, *Farmacoeconomia e Percorsi Terapeutici*, 2, pp. 111-121.
- Munizza, C., Nieddu, S., & Bianco, M. (2002). Appropriatezza clinica ed economica: strumenti e modelli di valutazione e gestione dell'attività psichiatrica, *Farmacoeconomia e Percorsi Terapeutici*, 3, pp. 81-90.
- Munizza, C., Nieddu, S., & Garis, P. (1997). Il sistema di tariffe nell'attività ambulatoriale di psichiatria. Elementi di determinazione e logica di utilizzo, *Bollettino Scientifico e di Informazione Organo Ufficiale della Società Italiana di Psichiatria*, anno IV, Marzo-Luglio.
- Munizza, C., Pirfo, E., Tibaldi, G., Cortese, M., Vidini, N., & Romano, C. (1993). Patterns of inpatient care in a metropolitan area after Italy's deinstitutionalization law. *Experimental and Clinical Psychiatry*, 1-2, Vol. 9, pp. 23-30.
- Munizza, C., Tibaldi, G., Bollini, P., Pirfo, E., Punzo, F., & Gramaglia, F. (1995). Prescription patterns of antidepressants in outpatient psychiatric practice. *Psychological Medicine*, 25, pp. 771-778.

- Munizza, C., Tibaldi, G., Cesano, S., Dazzi, R., Fantini, G., Palazzi, C., Scala E., & Zuccolin, M. (2000). Mental health care in Piedmont: a description of its structure and components using a new technology for service assessment, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. 405, Vol. 102, pp. 47-58.
- Munizza, C., Tibaldi, G., Palazzi, C., Zuccolin, M., Scala, E., Cesano, S., Dazzi, R., Fantini, G., & Testa, C. (1999). Una descrizione comparativa di un campione di dieci ASL della Regione Piemonte. Dati preliminari derivanti dall'applicazione di una metodologia di standardizzazione e comparazione dei servizi di assistenza psichiatrica. In D'Ambrosio, A., *Tutela Salute Mentale. Relazione per gli anni 1997-1999* - Regione Piemonte, Torino.
- Munizza, C., Tibaldi, G., Scala, E., & European Psychiatric Care Assessment Team (EPCAT) (1999). *Standardizzazione e comparazione dei servizi di assistenza psichiatrica*, FKS Mulino, Bologna, pp. 365-493.
- Munizza, C., Tibaldi, G., & Zuccolin, M. (1999). I costi dei servizi psichiatrici. In *La valutazione dei costi in psichiatria*, pp. 25-37, UTET Periodici Scientifici, Torino.
- Munizza, C., Tibaldi, G., & Zuccolin, M. (2000). La valutazione dei costi nei servizi psichiatrici e dei disturbi schizofrenici, *Giornale di Neuropsicofarmacologia*, 22.
- Munizza, C., Tibaldi, G., Zuccolin, M., Palazzi, C., Scala, E., Cesano, S., Dazzi, R., & Fantini, G. (1999). Standardised service assessment in Italy. In Guimón & Sartorius (eds.), *Manage or Perish? Challenges of Managed Mental Health Care in Europe*, Kluiver Academic/Plenum Publisher, New York, pp. 557-572.
- Munizza, C., Zuccolin, M., Tibaldi, G., & Liffredo, C. (1998). Economia della salute mentale: costi e finanziamenti dei Servizi Psichiatrici, *Rivista di Psichiatria*, suppl. al n. 1, Vol. 33, pp. 21-27.
- Munizza, C., Zuccolin, M., Tibaldi, G., Mauriello, C. (1997). I costi dei servizi psichiatrici, con particolare riferimento alla riabilitazione psichiatrica e sociale, *NOOS*, 2, pp. 119-130.
- O'Driscoll, C., Leff, J. (1993). The TAPS Project 8: Design of the research study on the long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, Suppl. Apr (19), pp. 18-24.
- Okin, R. L., Borus, J. F., Baer, L., & Jones, A. (1995). Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings. *Psychiatric Services*, 46, pp. 73-78.
- Pedersen, C.B., Mortensen, P.B. (2006). Why factors rooted in the family may solely explain the urban-rural differences in schizophrenia risk estimates. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15(4), pp. 247-251.
- Percudani, M., et al. (2002). Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 180, pp. 254-259.
- Priebe, S., & Turner, T. (2003). Reinstitutionalisation in mental health care. *British Medical Journal*, 326, pp. 175-176.
- Randolph, F. L., Ridgway, P., & Carling, P. J. (1991). Residential programmes for persons with severe mental illness: a nationwide survey of state-affiliated agencies. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, pp. 1111-1115.
- Richardson, G., Davies, L., South, B., Proctor, R., Burns, A., Stratton Powell, H., Tarrier, N., The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOLBREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28, pp. 551-558.
- Rimmerman, A., Schnee, J., & Klein, I. (1993). Individuals with psychiatric disabilities in adult homes: monitoring changes over time. *International Journal of Rehabilitative Research*, 16, pp. 55-58.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., Parker, G. (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), pp. 325-37.
- Rosenheck, R., Kasprow, W., Frisman, L., Liu-Mares, W. (2003). Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Archives of general psychiatry*, 60(9), pp. 940-951.
- Ruggeri, M., et al. (2004). Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. The South Verona Outcome Project 8. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, pp. 60-68.
- Salvador-Carulla, L., Atienza, C., Romero, C., & the PSICOST/EPCAT Group (2000). Use of the EPCAT model of care for standard description of psychiatric services: the experience in Spain. In Guimón, J., &

- Sartorius, N. (eds.), *Manage or Perish? Challenges of Managed Mental Health Care in Europe*, Kluwer Academic/ Plenum Publisher, New York, pp. 359-368.
- Salvador-Carulla, L., et al. (2005). Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain – an investigation using the European Service Mapping Schedule. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, pp. 149-159.
- Santone, G., et al. (2005). The process of care in residential facilities. A national survey in Italy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, pp. 540-550.
- Schneider, J., Wooff, D., Carpenter, J., Brandon, T., McNiven, F. (2002). Service organisation, service use and costs of community mental health care. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 5(2), pp. 79-87.
- Segal, S. P., & Kotler, P. L. (1993). Sheltered care residence: ten-year personal outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, pp. 80-91.
- Segal, S. P., Vandervoort, D. J., & Liese, L. H. (1993). Residential status and the physical health of a mentally ill population. *Health and Social Work*, 18, pp. 208-214.
- Shepherd, G., Muijen, M., Dean, R., & Cooney, M. (1996). Residential care in hospital and in the community – quality of care and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 168, pp. 448-456.
- Sledge, W.H., Tebes, J., Wolff, N., Helminiak, T.W. (1996). Day Hospital/Crisis Respite Care Versus Inpatient Care, Part II: Service Utilization and Costs. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), pp. 1074-1083.
- Spauwen, J., van Os, J. (2006). The psychosis proneness: psychosis persistence model as an explanation for the association between urbanicity and psychosis. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15(4), pp. 252-257.
- Tandella, M., & Williams, P. (1987). The Italian experience and its implications. *Psychological Medicine*, 17, pp. 283-289.
- Tibaldi, G., Munizza, C., Bollini, P., Pirfo, E., Punzo, F., & Gramaglia, F. (1997). Utilization of neuroleptic drugs in Italian Mental Health Services: a survey in Piedmont. *Psychiatric Services*, 48, pp. 213-217.
- Tibaldi, G., Munizza, C., Pasian, S., Johnson, S., Salvador-Carulla, L., Zucchi, S., Cesano, S., Testa, C., Scala, E., & Pinciaroli, L. (2005). Indicators Predicting use of Mental Health Services in Piedmont, Italy. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8, pp. 95-106.
- Tognoni, G. (1999). Pharmacoepidemiology of psychotropic drugs in patients with severe mental disorders in Italy. Italian Collaborative Study Group on the Outcome of Severe Mental Disorders. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 55, pp. 685-690.
- Trieman, N., & Leff, J. (2002). Long-term outcome of long-stay psychiatric in-patients considered unsuitable to live in the community. TAPS Project 44. *British Journal of Psychiatry*, 181, pp. 428-432.
- Trieman, N., Smith, H. E. A., Kendal, R., & Leff, J. (1998). The TAPS Project. 41: homes for life? Residential stability five years after hospital discharge. *Community Mental Health Journal*, 34, pp. 407-417.
- Valenti, M., Necozone, S., Busellu, G., Borrelli, G., Lepore, A. R., Madonna, R., Altobelli, E., Mattei, A., Torchio, P., Corrao, G., & Di Orio, F. (1997). Mortality in psychiatric hospital patients: a cohort analysis of prognostic factors. *International Journal of Epidemiology*, 26, pp. 1227-1235.
- Vittorelli, M., Pioli, R., Brambilla, L., Archiati, L., Rossi, G., Sleijpen, C., Magliano, L., Veltro, F., & Morosini, P. (2003). Efficacia in riabilitazione psichiatrica dell'approccio "VADO": uno studio controllato. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 12, pp. 43-52.
- Warner, R., & Huxley, P. (1993). Psychopathology and quality of life among mentally ill patients in the community. British and US samples compared. *British Journal of Psychiatry*, 163, pp. 505-509.
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middleton, H., Wright, N., Paterson, S., Shanahan, W., Seivewright, N., & Ford, C. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183, pp. 304-313.