

Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progres-Acuti"

Characteristics and activities of public psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy

G. DELL'ACQUA¹
B. NORCIO¹
G. DE GIROLAMO²
A. BARBATO³
R. BRACCO¹
A. GADDINI⁴
R. MIGLIO⁵
P. MOROSINI⁶
A. PICARDI⁶
E. ROSSI⁷
P. RUCCI⁸
G. SANTONE⁹

¹ Dipartimento di Salute Mentale, ASL Triestina, Trieste; ² Dipartimento di Salute Mentale, AUSL di Bologna; ³ Istituto "Mario Negri", Milano; ⁴ Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio, Roma; ⁵ Facoltà di Statistica, Università di Bologna; ⁶ Istituto Superiore di Sanità, Roma; ⁷ Dipartimento di Salute Mentale, ASL di Perugia; ⁸ Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh (USA); ⁹ Clinica Psichiatrica, Ospedali Riuniti di Ancona e Università Politecnica delle Marche, Ancona

Key words

Mental health services • Inpatients • Italian psychiatric reform • Italy

Correspondence: Dr. Giovanni de Girolamo, Dipartimento di Salute Mentale, AUSL di Bologna, viale Pepoli 5, 40123 Bologna, Italy
Tel. +39 051 6584204
Fax +39 051 6584244
giovanni.degirolamo@ausl.bologna.it

I dati riportati nel presente articolo sono stati presentati in parte nel corso del Congresso "Il Ricovero in Psichiatria: il Progetto Nazionale Progres-Acuti", Bologna, 25-26 novembre 2004.

Summary

Objective

In Italy, all mental hospitals have gradually been replaced by general hospital psychiatric units for patients requiring acute care. Yet, after more than 25 years since the reform law was approved, detailed data on public inpatient facilities are still extremely limited. The PROGRES-Acute (PROGetto RESidence, Residential Care Project for Acute patients) project consists of 2 phases: Phase 1 aims at surveying the main characteristics of all Italian public and private inpatient facilities for acute psychiatric patients. In the second phase, a representative sample of facilities and inpatients will be assessed in detail.

Methods

Structured interviews were conducted with the head psychiatrist of each facility. All Italian Regions participated, with the exception of Sicily and six facilities (four public, two private), which refused to take part in the study. All activity data reported refer to 2001 and were obtained through local computerized case records; for the 136 facilities (45.2%) with no information system available, activity data were calculated manually. After data collection, thorough quality control was conducted, first locally in each Region, and then centrally. We also studied three activity indexes: (i) the Occupation Index – i.e., the mean percentage of bed occupation per facility per year; (ii) the Turnover Interval, indicating the mean number of days required to fill a bed after discharge; and (iii) the Rotation Index, which shows the mean number of yearly admissions for each bed available.

Results

Overall, it was found that Italy (except Sicily) has a total of 4,108 public inpatient beds in 319 facilities, with 0.78 beds for every 10,000 inhabitants. In the year 2001, these facilities accounted for 103,260 acute admissions, with a total of 70,062 patients admitted and 1,227,676 days of hospitalization. Corresponding rates of psychiatric admissions and admitted patients per 10,000 inhabitants were 19.8 and 13.4, respectively. Furthermore, a total of 4,862 inpatient beds are located in 54 private facilities, with 0.94 beds for every 10,000 inhabitants. These facilities accounted, in the year 2001, for 35,880 acute admissions, with a total of 23,097 patients admitted and 1,252,049 days of hospitalization. The mean number of admissions ranged from 363.0 (± 154.7) in General Hospital Psychiatric Units (GHPUs) and 342.7 (± 197.5) in University Psychiatric Clinics (UPCs), to 111.9 (± 49.7) in 24-hour Community Mental Health Centres (CMHCs). Private Psychiatric Clinics (PPCs) are larger facilities, with a mean number of admissions of 676.3 (± 409.5). The admission/patient ratio ranged from 1.34 in UPCs, to 1.45 in GHPUs, 1.55 in PPCs and 1.66 in CMHCs. There were 22,893 (32.7%) patients at their first-ever admission to a given facility (but possibly having been admitted to other public or private facilities); 22.3% of admitted patients were at their second admission over the course of the year, and 8.7% were at ≥ 3 admissions to the same facility ("revolving-door" patients). A mean percentage of 15.6% (± 12.5) of admitted patients in the 259 units that provided this information came from outside the catchment area; a similar percentage held for UPCs ($n = 12$, 18.5% [± 19.1]), but this figure was lower for CMHCs ($n = 16$, 3.9% [± 6.7]). UPCs showed the highest occupation index. On average, fewer than 20 admissions were made per year for each available GHPU bed. The percentage of compulsory admissions was 12.9%, for a total of 114,570 hospital days. Despite the fact that most facilities have been operating for a relatively short time, many suffer from significant logistic and architectural limitations. Staffing showed a great variability among facilities. The regular reporting of sentinel events was not a widespread practice.

Conclusions

Despite the importance of acute inpatient care, many quantitative and qualitative features of hospital care remain largely unexplored, and many problems still await appropriate solutions. The marked variation found in many quantitative indicators and activity data of Italian acute inpatient facilities raises serious questions concerning horizontal equity, which refers to the extent to which similar patients can access and use comparable services across different areas of a country.

Introduzione

La legge 180 è stata approvata nel 1978 e ha determinato la graduale chiusura degli ospedali psichiatrici e la progressiva introduzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Da quel momento in poi è stata sviluppata una rete territoriale di servizi di salute mentale che comprende un'intera gamma di strutture a differente intensità assistenziale: Centri di Salute Mentale (CSM), Centri Diurni (CD), *Day-Hospital* (DH), servizi per l'inserimento lavorativo, Strutture Residenziali (SR) e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), con un massimo di 16 posti-letto. Nel 1999 il processo di superamento degli ex ospedali psichiatrici risulta concluso in via definitiva. Da quel momento in poi il ricovero delle persone con disturbo psichico in acuzie avviene negli SPDC, nelle cliniche universitarie, in aree limitate del paese (Friuli-Venezia Giulia e Campania) nei CSM-24 ore dotati di posti-letto e nelle case di cura convenzionate e private (CdC). Ancora nel 1999 il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 affidava ai DH ed ai CSM la funzione di evitamento dei ricoveri a tempo pieno e di filtro degli stessi. Sino ad oggi il sistema complessivo dell'assistenza psichiatrica non è mai stato analizzato in maniera approfondita e su ampia scala. Questo articolo affronta il momento del ricovero all'interno del sistema assistenziale e presenta i dati più rilevanti raccolti nella fase 1 del PROGRES-Acuti (PROgetto RESidenze per pazienti acuti), un'indagine nazionale finanziata dal Ministero della Salute e coordinata congiuntamente dall'Istituto Superiore della Sanità e dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Trieste. L'obiettivo di questa indagine era di ottenere informazioni su tutte le strutture di ricovero per persone con disturbo psichico in acuzie presenti sul territorio nazionale, pubbliche e private, e di chiarire le relazioni tra il funzionamento di tali strutture e i DSM. In particolare sono state raccolte informazioni relativamente a: 1) caratteristiche strutturali; 2) caratteristiche quali-quantitative sul personale; 3) criteri di ammissione e 4) dati di attività.

Materiali e metodi

Tutte le regioni italiane, ad eccezione della Sicilia, hanno partecipato al progetto. Quattro regioni, Lazio, Liguria, Molise, Puglia, hanno aderito in

un secondo momento al progetto di ricerca. Sono state esaminate tutte le strutture pubbliche e le CdC finalizzate al ricovero di persone con una diagnosi primaria di tipo psichiatrico. Con l'acronimo CdC e il termine strutture private nell'articolo si indicano sia le strutture convenzionate sia quelle non convenzionate.

RACCOLTA DEI DATI

La ricerca è stata realizzata utilizzando il modello organizzativo del precedente progetto PROGRES¹⁻⁴. Vi è stata una lunga e complessa fase preparatoria della ricerca, con numerosi e approfonditi contatti con gli Assessorati regionali alla Sanità, le ASL, la Direzione dei DSM e infine l'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP), che ha gestito i contatti iniziali con numerose CdC.

Ogni regione ha quindi nominato un coordinatore, il quale a sua volta ha organizzato e supervisionato la raccolta dei dati. Le informazioni essenziali sulla dislocazione di tutte le strutture di ricovero, pubbliche e private, sono state ottenute utilizzando le informazioni presentate nel rapporto sul censimento dei DSM svolto dal Ministero della Salute nel corso del 2001. Successivamente sono stati contattati gli Assessorati alla Sanità regionali, e quindi i responsabili dei 203 DSM italiani coinvolti nella rilevazione. Il progetto è stato avviato nel 2001, e i dati raccolti tra il 2002 e il 2003.

Nella fase 1, i dati sono stati raccolti mediante un'intervista strutturata, adattata dalla "Scheda Censimento" precedentemente utilizzata nel progetto PROGRES, e integrata con numerose domande aggiuntive, specifiche per il contesto dello studio.

Tutti i dati di attività riportati in questo articolo si riferiscono al 2001 e sono stati ottenuti in gran parte dai registri locali informatizzati di attività; tuttavia, per 145 strutture (40,8%) per le quali non era disponibile un sistema informatizzato, i dati di attività sono stati raccolti manualmente. Sono stati quindi effettuati approfonditi controlli di qualità sui dati raccolti, a livello regionale e nazionale. I dati richiesti si riferivano al numero delle persone ricoverate sia in DH sia sulle 24 ore, alle modalità del ricovero (volontario e/o obbligatorio), alle frequenze del fenomeno del *revolving door* e ai primi ricoveri. Al fine di valutare la variabilità di numerosi indicatori di struttura e di attività su tutto il territorio nazionale, seguendo le indicazioni dell'ISTAT, le regioni partecipanti sono

state raggruppate in quattro macro-aree: Nord-Ovest, Nord-Est, Centro e Sud (quest'ultima comprensiva della Sardegna).

Sono stati inoltre studiati tre indici di attività: 1) l'indice di occupazione, ossia la percentuale media di posti-letto occupati in ciascuna struttura nel corso dell'anno; 2) l'intervallo di *turnover*, ossia il numero medio di giorni richiesti per occupare un letto dopo la dimissione e 3) l'indice di rotazione, ossia il numero medio di ricoveri nell'arco di un anno per ciascun letto disponibile.

ANALISI STATISTICHE

I dati relativi alle caratteristiche e alle attività dei servizi sono stati sintetizzati mediante statistiche di tipo descrittivo. Tutte le analisi sono state effettuate mediante SPSS, versione 12 per Windows.

Risultati

Nelle 20 regioni partecipanti sono presenti 262 SPDC, con un totale di 3431 posti-letto e un numero medio di 13,1 posti-letto per SPDC. Nelle stesse regioni sono inoltre attive 23 CPU, con un totale di 399 posti-letto e un numero medio di posti-letto per struttura pari a 17,3. Infine, in Friuli-Venezia Giulia e in Campania sono presenti 16 CSM-24 ore (rispettivamente 10 e 6), con un totale di 98 posti-letto e una media di 6,1 per CSM. Quasi tutte le strutture di ricovero pubbliche hanno partecipato allo studio tranne 4 SPDC ubicati in Lombardia. Nel complesso in Italia (Sicilia esclusa), vi sono 4108 posti-letto pubblici (inclusi i 4 SPDC non compresi nello studio), con una media di 0,78 posti-letto ogni 10.000 abitanti.

Sono stati inoltre censiti 8 reparti di medicina con posti-letto funzionali (presenti esclusivamente in alcune aree della Toscana) con un totale di 20 posti-letto disponibili per persone con disturbo psichico (media: 2,5 posti-letto per reparto), e 6 Centri-Crisi con 98 posti-letto che, tuttavia, non ricoverano persone in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Poiché tali strutture presentano un profilo diverso dai tre gruppi principali, sono state escluse dalle analisi successive (insieme ai 4 rifiuti).

Le CdC, ubicate in 10 tra le 20 regioni partecipanti, sono 54, con 4862 posti-letto e 0,94 posti-letto ogni 10.000 abitanti. Tutte le CdC hanno partecipato allo studio.

Il numero complessivo di posti-letto per ricoveri di breve durata di persone con disturbo psichico acuto in Italia (Sicilia esclusa) è quindi pari a 8970, con 1,72 posti-letto ogni 10.000 abitanti. Tre regioni (Lazio, Campania e Calabria), situate nell'Italia centrale e meridionale, che hanno il minor numero di posti-letto nelle strutture pubbliche, presentano anche la più elevata concentrazione di posti-letto in CdC. La

Tabella I riassume le principali caratteristiche organizzative delle strutture.

Il 95% degli SPDC ($n = 249$) e tutti i CSM-24 ore ($n = 16$) sono gestiti direttamente dai DSM, mentre il 30% ($n = 7$) delle CPU è gestito dall'amministrazione universitaria. Tra le CdC, 48 (88,8%) sono società a scopo di lucro, mentre le rimanenti sono organizzazioni *non-profit*.

L'83% degli SPDC è stato attivato nella decade successiva all'approvazione della legge 180 nel 1978; quasi il 60% dei CSM-24 ore ha invece cominciato a funzionare nel corso degli ultimi 6 anni, mentre tutte le CdC, tranne una, erano già operanti nel 1978. Tutti gli SPDC eccetto due, e soltanto alcune CPU e alcuni CSM-24 ore, accolgono le persone in regime di TSO. Circa la metà degli SPDC e delle CPU e l'87% delle CdC non hanno disponibilità di ricovero in DH. Tutti gli SPDC e i CSM-24 ore hanno un territorio di competenza definito, mentre ciò accade solo per il 61% delle CPU. Per le CdC questa percentuale è invece esigua (13%). In circa 2/3 degli SPDC, il territorio di competenza include un numero di abitanti compresi tra 100.000 e 250.000.

LE CARATTERISTICHE STRUTTURALI

La superficie media degli SPDC (includendo camere di degenza, sale da pranzo, studi medici, infermerie ecc.) è di 598,4 m² (*range* 80-6000), pari a 48 m² per posto-letto; solo tre strutture hanno una superficie superiore ai 2000 m². Pur essendo i CSM-24 ore poco più estesi (603 m²) hanno un rapporto superficie/posto-letto sensibilmente maggiore (116 m²), mentre le CPU si collocano in posizione intermedia (1442,7 m²; *range* 350-4500; 80 m² per posto-letto). Le CdC, nonostante siano di grandi dimensioni, presentano il rapporto tra spazi e posti-letto meno favorevole (3881 m², *range* 300-13.500, 45 m² per posto-letto). La maggior parte delle strutture pubbliche ($n = 230$, 81,3%) è ubicata in edifici costruiti prima del 1980, e tra essi solo 37 (13,1%) sono stati costruiti a partire dal 1991. Quarantasette CdC sono state edificate prima del 1972, mentre solo una (2,5%) è di recente costruzione (1999).

Sebbene tutti gli SPDC e le CPU siano funzionalmente collegati con un ospedale generale, solo i 2/3 degli SPDC e 1/3 delle CPU sono ubicati nella struttura principale dell'ospedale stesso. Circa i 4/5 degli SPDC, metà dei CSM-24 ore e 2/3 delle CPU si trovano su un unico piano. Metà degli SPDC si trova a piano terra, 7 strutture (3,1%) sono in seminterrati e le restanti si trovano ai piani superiori; 27 (50,0%) CdC si trovano al piano terra e le restanti sono ubicate su più piani. Circa i 2/3 degli SPDC e delle CPU ha uno spazio all'aperto fruibile dalle persone ricoverate mentre questo spazio è presente in tutte le CdC.

Quasi il 60% dei posti-letto negli SPDC e il 70% nelle CdC è collocato in camere singole o doppie;

Tab. I. Principali caratteristiche organizzative e funzionali delle strutture di ricovero in Italia. *Main organizational and functional features of Italian psychiatric inpatient facilities.*

		Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (n = 262)		Cliniche psichiatriche universitarie (N = 23)		Centri di salute mentale 24 ore (N = 16)		Case di cura (N = 54)	
		M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
Posti-letto		13,1	4,2	17,3	8,7	6,1	2,0	90,0	48,2
		N	%	N	%	N	%	N	%
Periodo di apertura	Prima del 1977	–	–	7	30,4	1	6,2	51	94,3
	1978-1990	141	54,6	7	30,4	–	–	2	3,8
	1991-2003	117	45,4	9	39,2	15	93,8	1	1,9
Accettano TSO?	Sì	260	99,2	13	56,5	12	75,0	–	–
	No	2	0,8	10	43,5	4	25,0	53	100,0
Servizi diurni	No	136	51,9	11	47,8	1	6,2	46	86,8
	Day Hospital (DH)	115	43,9	12	52,2	2	12,5	6	11,3
	Centro Diurno (CD)	6	2,3	–	–	6	37,5	1	1,9
	DH e CD	4	1,5	–	–	7	43,8	–	–
	Altro	1	0,4	–	–	–	–	–	–
Servizi Ambulatoriali	No	106	40,5	2	8,7	2	12,5	38	73,1
	Ambulatori	121	46,2	21	91,3	2	12,5	14	26,9
	Centri crisi	16	6,0	–	–	3	18,8	–	–
	Entrambi	13	5,0	–	–	9	56,3	–	–
	Altro	6	2,3	–	–	–	–	–	–
Territorio di competenza	Sì	261	99,6	14	60,9	16	100,0	7	13,0
	No	1	0,4	9	39,1	–	–	47	87,0
N. di abitanti nel territorio di competenza	Meno di 100.000	39	14,9	1	8,3	13	81,3	–	–
	100.000-250.000	173	66,3	7	58,4	2	12,5	2	33,3
	250.000-500.000	42	16,1	3	25,0	1	6,2	2	33,3
	Oltre 500.000	7	2,7	1	8,3	–	–	2	33,3

questa percentuale raggiunge l'88% nei CSM-24 ore. Una quota considerevole di SPDC (42,4%, n = 111) e i 2/3 delle CPU non hanno camere singole disponibili; anche 8 CdC (14,8%) non hanno camere singole. Almeno una camera tripla è presente in 126 SPDC (48,1%), in 12 CPU (52,2%) e in 39 (82,2%) CdC; 9 CPU (39,1%), 73 SPDC (27,9%) e 20 CdC (37,0%) hanno almeno una camera con 4 posti-letto. Un numero significativo di SPDC (n = 146) e di CPU (n = 13) ha riferito l'impiego di posti-letto aggiuntivi (indicativi di un elevato indice di utilizzo) nei 30 giorni precedenti all'intervista, per un tempo medio di utilizzo rispettivamente pari a 12,3 giorni (+9,2) negli SPDC e 16,8 (+11,2) nelle CPU.

La disponibilità di stanze da bagno per i ricoverati è variabile: gli SPDC presentano una media di 0,4 (+0,2) bagni per posto-letto, e le CPU una media

di 0,3 (+0,2); tale media è lievemente superiore nei CSM-24 ore (0,6 [+0,3]); le CdC presentano valori medi simili a quelli degli SPDC (0,4 [+0,1]).

Una quota significativa di SPDC (n = 100, 38,2%) non dispone di una sala comune per i ricoverati oltre alla sala da pranzo; la percentuale di CPU prive di una sala comune è persino più elevata (60,9%, n = 14). Al contrario, tutte le CdC dispongono di tale spazio per i ricoverati. Tra gli SPDC privi di spazio aperto, quasi la metà (n = 49, 48,5%) non ha una sala comune per i ricoverati oltre alla sala da pranzo.

Tredici SPDC (5,0%) e due CPU (8,7%) non hanno stanze specificamente dedicate ai colloqui con i ricoverati e agli incontri con i familiari degli stessi. La maggior parte delle strutture (95% degli SPDC, 91% della CPU, e 83% dei CSM-24 ore) ha in media 3 o 4 stanze disponibili per le attività cliniche e gli incontri

Tab. II. Caratteristiche fisiche e logistiche delle strutture di ricovero italiane. *Main structural and logistic features of Italian psychiatric inpatient facilities.*

		Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (N = 262)		Cliniche psichiatriche universitarie (N = 23)		Centri di salute mentale 24 ore (N = 16)		Case di cura (N = 54)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
		Caratteristiche strutturali	Edificio indipendente	13	5,0	2	8,7	11	68,8
Edificio condiviso con altri servizi di salute mentale	17		6,5	2	8,7	1	6,2	1	1,9
Struttura interna all'edificio dell'ospedale generale	168		64,1	8	34,8	-	-	-	-
Edificio indipendente all'interno dell'area dell'ospedale generale	41		15,6	8	34,8	4	25,0	3	5,6
Edificio indipendente con altri servizi di salute mentale	23		8,8	3	13,0	-	-	2	31,7
Porte chiuse	Sempre	209	79,8	15	65,2	0	0	10	18,5
	A volte	35	13,4	4	17,4	1	6,3	13	24,1
	Mai	18	6,9	4	17,4	15	93,7	31	57,4
Spazio all'aperto	Sì	161	61,5	15	65,2	14	87,5	53	100,0
	No	101	38,5	8	34,8	2	12,5	-	-
% di letti in camere single e doppie sul totale dei letti (\pm DS)		57,2 (36,9)		44,1 (41,3)		87,9 (21,3)		69,7 (28,1)	
		Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Superficie media per posto-letto		48,5	54,8	88,0	78,0	93,4	73,1	45,0	30,5
Sale comuni (diverse dalla sala da pranzo)		0,9	0,9	0,8	1,0	2,0	1,6	5,0	3,6

con i familiari; solo alcune strutture hanno 1 o 2 stanze destinate a queste attività. Nella totalità delle CdC sono disponibili stanze per colloqui con i ricoverati e attività di reparto, e nel 40,1% dei casi vi sono più di 4 locali specificamente dedicati a questo scopo.

La maggior parte degli SPDC (80%) e delle CPU (65%) hanno le porte d'ingresso chiuse a chiave, mentre tutti i CSM-24 ore tranne uno hanno sempre le porte aperte; tra le CdC meno di 1/5 ha le porte chiuse (18%) (Tab. II).

IL PERSONALE

In tutte le strutture, pubbliche e private, la presenza del personale è assicurata nell'arco delle 24 ore, anche con personale in servizio durante la notte. Nelle 301 strutture pubbliche lavorano 8058 operatori, l'85% dei quali (n = 6971) a tempo pieno. Il personale delle CdC è numericamente inferiore (n = 2384) e per l'89,4% (n = 1918) impiegato a tempo pieno; per questo motivo

il personale a tempo pieno per posto-letto è inferiore nelle CdC in confronto a qualsiasi altra tipologia di struttura pubblica. La Tabella III mette a confronto il personale a tempo pieno per posto-letto nelle strutture pubbliche e nelle CdC.

La disponibilità di personale per posto-letto varia in maniera marcata tra le tre diverse tipologie di struttura pubblica: gli SPDC hanno circa il 150% del personale delle CPU, e i CSM-24 ore (essendo responsabili anche dell'assistenza psichiatrica nel territorio di competenza) hanno circa il doppio del personale rispetto agli SPDC. Questa variabilità è distribuita su tutte le figure professionali; è tuttavia importante notare che non sono stati conteggiati, a causa della difficoltà di produrre una stima accurata, i medici in formazione (specializzandi) e i numerosi volontari (operatori sanitari e non) delle CPU, che pure svolgono – in particolare gli specializzandi, ove presenti – una significativa parte di lavoro clinico. In molte strutture

Tab. III. Personale a tempo pieno: valori medi per posto-letto. *Full-time mental health professionals: availability per bed ratio.*

Personale	Servizi psichiatrici di diagnosi e cura			Cliniche psichiatriche universitarie			Centri di salute mentale 24 ore			Case di cura		
	N*	M	DS	N*	M	DS	N*	M	DS	N*	M	DS
Psichiatri	262/251	0,36	0,28	23/21	0,37	0,20	16/16	0,79	0,52	52/48	0,05	0,03
Infermieri	262/232	1,30	0,42	23/22	0,89	0,47	16/16	3,53	1,67	54/46	0,23	0,08
Assistenti sociali	90/86	0,08	0,13	5/5	0,07	0,07	12/12	0,16	0,09	17/17	0,01	0,01
Operatori sanitari	10/10	0,14	0,14	2/2	0,01	0,01	3/3	0,17	0,07	2/2	0,11	0,09
Educatori	18/17	0,02	0,02	-	-	-	2/2	0,11	0,08	19/18	0,02	0,04
OTA e/o OSS	225/200	0,28	0,16	18/18	0,24	0,13	11/11	0,51	0,71	48/40	0,13	0,09
Tecnici della riabilitazione	8/7	0,13	0,28	3/3	0,07	0,11	9/9	0,17	0,14	12/12	0,02	0,02
Psicologi	118/113	0,09	0,13	9/8	0,07	0,05	11/11	0,25	0,26	41/39	0,02	0,03
Medici con specializzazione diversa da quella psichiatrica	84/83	0,14	0,14	3/3	0,09	0,08	2/2	0,41	0,48	43/42	0,05	0,05
Totale personale impiegato	215	2,04	0,69	20	1,44	0,53	16	5,17	2,18	39	0,45	0,18

* Numero di strutture che prevedono la specifica figura professionale su n. di strutture che hanno fornito dati affidabili.

pubbliche il personale a tempo pieno garantisce non più del 75% del tempo totale di assistenza, ad eccezione degli infermieri e del personale ausiliario (OTA e/o OSS), i quali sono presenti 24 ore su 24.

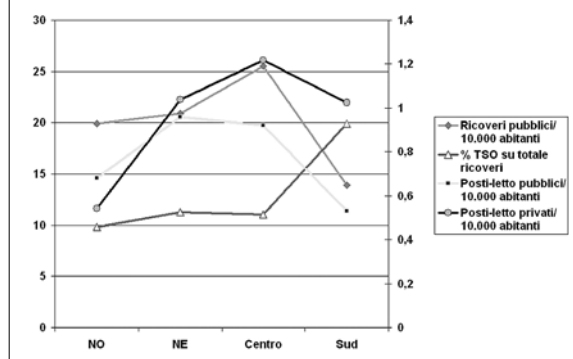
In 238 strutture pubbliche (79,0%) il personale medico è a tempo pieno, mentre nelle restanti strutture lavora in parte nelle strutture di ricovero e in parte in altre tipologie di servizi del DSM, come ad esempio i CSM, le strutture residenziali ecc. Per le CdC, meno della metà del personale medico (47,7%) è a tempo pieno.

Più della metà degli SPDC e delle CPU non ha la possibilità di ricorrere a personale aggiuntivo in condizioni di emergenza (come ad esempio nel caso di utilizzo di posti-letto aggiuntivi, di persone ricoverate particolarmente difficili, di epidemie influenzali ecc.), mentre 11 CSM-24 ore (68,7%) hanno la disponibilità di personale aggiuntivo in circostanze similari. In 26 (48,1%) CdC vi è disponibilità di personale *extra* in caso di necessità.

Durante l'anno precedente l'indagine, in circa la metà degli SPDC (n = 127, 48,5%), e in 15 CSM-24 ore (93,8%) sono stati organizzati degli interventi specifici per la prevenzione del *burn-out* (di cui tuttavia non è stato indagato il contenuto). Tali attività sono state organizzate nel 53,7% (n = 29) delle CdC. Tra le

strutture pubbliche, in 53 SPDC (41,7%), 13 CSM-24 ore (86,7%) e solo in 1/5 delle CPU è possibile, su richiesta, una turnazione delle mansioni; ciò avviene anche in 15 (27,8%) CdC. Incontri di supervisione e discussione su problematiche relazionali all'interno dello *staff* sono state organizzati in 107 SPDC

Fig. 1. Durata media dei ricoveri (asse y-sinistra) e posti-letto/10.000 abitanti (asse y-destra) nelle strutture pubbliche delle quattro principali aree italiane. *Mean duration of admissions (left y-axis) and beds/10,000 inhabitants (right y-axis) in public facilities of the four broad Italian areas.*



(84,3%), 8 CPU (88,9%), 14 CSM (93,3%) e 23 CdC (79,3%).

CRITERI DI ESCLUSIONE E DURATA DEL RICOVERO

La maggior parte delle strutture adotta dei criteri di esclusione per il ricovero (Tab. IV). Tali criteri variano in maniera significativa sia tra i diversi tipi di struttura, sia tra le strutture dello stesso tipo.

Oltre il 90% degli SPDC (n = 239) e delle CPU (n = 21) non prevede una durata massima del ricovero; nelle strutture in cui tale limite temporale è definito, esso è pari a 15 giorni. Il 42,6% (n = 23) delle CdC prevede una lunghezza massima di ricovero che varia dai 15 ai 90 giorni, più frequentemente di 60 giorni, riferita da 15 di queste strutture. La durata media e mediana del ricovero nei CSM-24 ore è sempre più protratta rispetto agli SPDC e alle CPU (Tab. IV); la durata maggiore del ricovero si registra nelle CdC.

La durata media di ricovero nelle strutture pubbliche e il numero di posti-letto per 10.000 abitanti presentano una sostanziale variabilità nelle quattro macro-aree geografiche italiane, con un valore nel Nord-Est è circa doppio rispetto al Centro e al Sud.

Emerge però, nel confronto con il numero di posti-letto pubblici per 10.000 abitanti, una correlazione inversa, che fa sì che la degenza media dei ricoveri nel Nord-Est risulti pressoché doppia (23 giorni) rispetto alla degenza media nel Sud (12 giorni). È del tutto probabile che la scarsità di posti-letto pubblici nel meridione d'Italia determini un'accelerazione del *turn-over*, con degenze sensibilmente più brevi rispetto ad aree del paese fornite di un maggior numero di posti-letto.

INTEGRAZIONE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO

La quasi totalità degli SPDC (n = 257, 98,1%) ma solo parte dei CSM-24 ore (n = 9, 56,3%) e delle CPU (n = 16, 69,6%) forniscono un servizio di consulenza per il Pronto Soccorso dell'ospedale generale all'interno del quale sono ubicati. Quasi tutti gli SPDC (n = 253, 96,6%) e 21 CPU (91,3%) forniscono un servizio di consulenza psichiatrica agli altri reparti di medicina e chirurgia, effettuato anche dai CSM-24 ore per le persone provenienti dal territorio di competenza. Nel 38,1% degli SPDC (n = 98) è presente un medico in servizio 24 ore su 24 e nel 41,6% (n = 107)

Tab. IV. Criteri di esclusione e durata media del ricovero. *Exclusion criteria and mean length of stay.*

	Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (N = 262)		Cliniche psichiatriche universitarie (N = 23)		Centri di salute mentale 24 ore (N = 16)		Case di cura (N = 54)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Criteri di esclusione								
Età < 18 anni	93	56,7	6	37,5	13	92,9	24	44,4
Solo abuso/dipendenza da alcol	117	71,3	8	50,0	14	100,0	28	51,9
Abuso/dipendenza da alcol in comorbidità	4	2,4	–	–	–	–	41	75,9
Abuso di sostanze	136	82,9	8	50,0	14	100,0	10	18,5
Abuso di sostanze in comorbidità	6	3,7	–	–	–	–	38	70,4
Disturbo mentale di origine organica	49	29,9	4	25,0	10	71,4	34	63,0
Ritardo mentale severo	69	42,1	6	37,5	4	28,6	22	40,7
Rischio di suicidio elevato	3	1,8	1	6,3	5	35,7	35	64,8
Gravi disturbi del comportamento con aggressività	4	2,4	3	18,8	4	28,6	27	50,0
Gravi disabilità fisiche	93	56,7	8	50,0	11	78,6	18	33,3
Gravi malattie somatiche	82	50,0	7	43,8	10	71,4	20	37,0
Detenuti	91	55,5	10	62,5	3	21,4	31	57,4
Altro	152	92,7	15	93,8	13	92,9	2	3,7
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Durata media della degenza (giorni)	12,0	3,4	18,5	7,1	37,0	55,3	39,7	17,8
Durata mediana della degenza (giorni)	11,4		17,8		21,1		37,6	

esiste un medico reperibile durante il turno di notte; i rimanenti SPDC hanno un'organizzazione diversa. Nel 94,4% delle CdC (n = 51) è presente un medico in servizio 24 ore al giorno, mentre nei restanti casi esiste un medico reperibile durante la notte.

DATI DI ATTIVITÀ RELATIVI AL 2001

La Tabella V mostra i dati di attività e gli indici relativi all'anno 2001. Nel complesso il tasso di ricoveri psichiatrici delle persone ricoverate nelle strutture pubbliche è pari rispettivamente a 19,8 e a 13,4 per 10.000 abitanti, mentre nelle CdC tali tassi sono pari a 6,9 e 4,4.

In media, ciascun SPDC ha avuto, nel corso del 2001, 363,0 ($\pm 154,7$) ricoveri – numero abbastanza simile a quello delle CPU (342,7 [$\pm 197,5$]) – mentre nei CSM-24 ore la media di ricoveri annui è stata inferiore (111,9 [$\pm 49,7$]). Le CdC, avendo dimensioni mag-

giori, presentano un numero medio di ricoveri annui superiore (676,3 [$\pm 409,5$]).

Nel complesso, vi sono stati 103.260 ricoveri psichiatrici acuti nelle strutture per cui tali dati erano disponibili (n = 292), per un totale di 1.227.676 giorni di ricovero. Nelle CdC i ricoveri totali sono stati pari a 35.880 (n = 53), con 1.252.049 giorni di ricovero. Nelle 284 strutture pubbliche, nelle quali il dato relativo al numero di singole persone ricoverate era disponibile, sono stati ricoverati 70.062 persone, mentre il numero di ricoverati nelle CdC ammontava a 23.097. Il rapporto numero di ricoveri/numero di persone ricoverate varia da 1,34 nelle CPU a 1,45 negli SPDC, sino a 1,66 nei CSM-24 ore; nelle CdC questo rapporto era pari a 1,55.

Nel corso del 2001, nel settore pubblico vi sono state 22.893 (32,7%) persone con un singolo ricovero nella specifica struttura censita; il 22,3% delle persone ha

Tab. V. Dati di attività delle strutture di ricovero italiane (anno 2001). *Activity data of Italian psychiatric inpatient facilities (year 2001).*

	Servizi psichiatrici di diagnosi e cura		Cliniche psichiatriche universitarie		Centri di salute mentale 24 ore		Case di cura	
	N*	Tasso per 10.000 abitanti	N*	Tasso per 10.000 abitanti	N*	Tasso per 10.000 abitanti	N*	Tasso per 10.000 abitanti
Ricoveri	260	18,1	23	1,5	9	0,2	53	6,9
Pazienti ricoverati	255	12,4	20	0,9	9	0,1	47	4,4
Giorni di ospedalizzazione	255	205,8	23	26,2	9	3,9	53	240,7
Pazienti al primo ricovero	203	4,0	17	0,3	9	0,1	37	1,8
Pazienti al secondo ricovero nello stesso anno	249	1,7	20	0,1	9	0,02	47	0,7
Pazienti con 3 o più ricoveri nello stesso anno	249	1,1	19	0,1	9	0,03	45	0,4
TSO	254	2,4	13	0,1	6	0,01	NA	NA
Pazienti ricoverati in TSO	242	1,9	13	0,1	6	0,0	NA	NA
Giorni di ricovero per pazienti in TSO	231	20,8	13	1,2	6	0,02	NA	NA
Pazienti con 2 o più TSO nello stesso anno	241	0,2	13	0,01	6	0,001	NA	NA
Indici di attività								
Indice di occupazione (%)	85,5		93,6		57,1		70,6	
Intervallo di <i>turnover</i> (giorni)	1,9		1,2		15,2		14,6	
Indice di rotazione (numero medio di pazienti per letto per anno)	18,8		12,1		6,1		4,8	

* Numero di strutture che hanno fornito i dati. NA = non applicabile.

avuto due ricoveri nel corso di quell'anno, mentre l'8,7% delle persone è stato ricoverato 3 o più volte nella stessa struttura (fenomeno del *revolving-door*). Nelle CdC la percentuale di persone al primo ricovero era ancora più elevata (40,9%, n = 9446), mentre le persone con due e tre o più ricoveri erano rispettivamente 3414 (14,8%) e 1911 (8,3%).

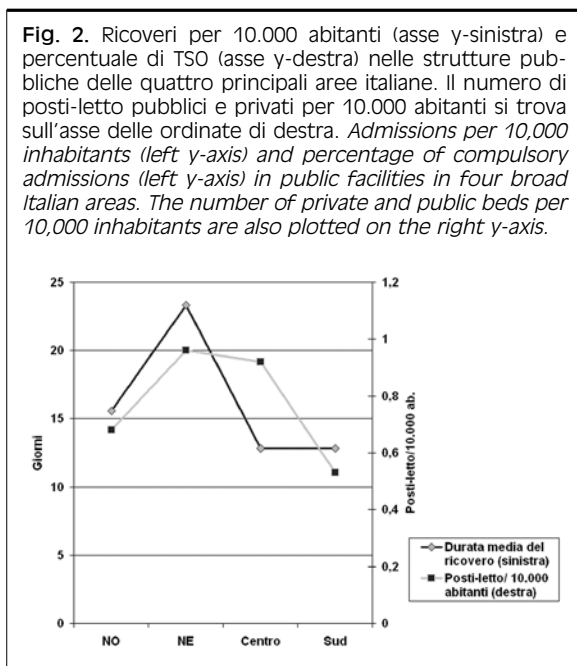
Nei 259 SPDC che hanno fornito tale dato è emerso che in media il 15,6% ($\pm 12,5$) delle persone ricoverate nel 2001 non proveniva dal territorio di competenza, percentuale simile a quella delle 12 CPU che hanno prodotto questo dato (18,5% [$\pm 19,1$]); nella totalità dei CSM-24 ore (n = 16) la percentuale media è risultata più bassa (3,9% [$\pm 6,7$]). Tra le poche CdC con un territorio di competenza definito (n = 7), la percentuale di persone provenienti da un territorio diverso da quello di competenza era bassa (10,2% [$\pm 23,3$]).

Per quanto riguarda gli indici di attività, le CPU presentano il più elevato tasso di occupazione. Negli SPDC vi sono stati mediamente meno di 20 ricoveri per posto-letto per anno.

TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI (TSO)

Rispetto al totale di ricoveri annui, la percentuale dei TSO nel 2001 è stata pari a 12,9% (n = 12.793). Nel corso dello stesso anno l'1,4% delle persone ricoverate (n = 966) ha avuto due o più ricoveri in TSO.

La Figura 2 mostra il tasso di ricoveri e le percentuali di TSO nelle strutture pubbliche delle quattro macro-aree in relazione al numero di posti-letto pubblici e privati per 10.000 abitanti. Laddove i posti-letto pubblici sono numericamente scarsi, come nel Sud,



la proporzione di ricoveri in regime di TSO è circa doppia rispetto alle restanti aree, verosimilmente nel tentativo di “forzare” il ricovero attraverso lo strumento del TSO. Al Sud emerge inoltre una correlazione inversa tra il numero di posti-letto pubblici (il più basso) e privati (il più alto).

Discussione

Questo studio rappresenta la prima indagine nazionale e probabilmente la più ampia realizzata fino ad oggi a livello internazionale, sulle strutture che ricoverano le persone con disturbo psichico in fase di acuzie. Studi precedenti si sono limitati al livello locale o regionale, e hanno preso in esame esclusivamente strutture pubbliche⁵⁻⁸. Uno studio multicentrico di *follow-up* era già stato effettuato su una coorte di persone ricoverate in un ampio numero di SPDC^{9,10}, ma non aveva preso in esame le strutture per il ricovero, le loro caratteristiche, le loro modalità operative ecc; inoltre non aveva preso in considerazione né i dati nazionali di attività, né le CdC.

LA DISPONIBILITÀ DI POSTI-LETTO PER PAZIENTI PSICHIATRICI ACUTI

In Italia vi sono 0,78 posti-letto per persone con disturbo psichico in fase acuta ogni 10.000 abitanti, con marcate differenze tra le regioni; i posti-letto nelle CdC sono pari a 0,94 per 10.000 abitanti, per un totale di 1,72 posti-letto per acuti ogni 10.000 abitanti; nel complesso i posti-letto nel pubblico rappresentano solo il 45,8% del totale di posti-letto per persone con disturbo psichico in acuzie. Tra la regione con la maggiore dotazione di posti-letto complessivi, pubblici e privati (Calabria) e la regione con la minore dotazione (Umbria), vi è addirittura un rapporto di 8,4:1, che non trova alcuna spiegazione in analoghe differenze nei tassi di prevalenza dei disturbi mentali gravi, ma solo nelle diverse politiche sanitarie regionali.

È importante sottolineare che quasi nessuna CdC ha un territorio di competenza, e che quindi possono ricoverare persone provenienti da altre aree o regioni (come effettivamente accade). Occorre pertanto estrema cautela nel correlare le strutture pubbliche e private su scala regionale. Tuttavia le tre regioni con il più alto numero di posti-letto privati (Lazio, Campania e Calabria) hanno il più basso numero di posti-letto pubblici. Tale numero, infatti è simile per le strutture pubbliche e le CdC nelle due macro-aree del Nord (Nord-Est e Nord-Ovest), mentre nel Centro e nel Sud il numero di posti-letto privati è ben più elevato (nel Sud il rapporto tra posti-letto privati e pubblici è all'incirca di 2:1).

È altresì interessante confrontare la distribuzione di posti-letto pubblici e privati in psichiatria e nel resto

dell'assistenza sanitaria, comprensiva di tutte le specialità medico-chirurgiche: secondo le ultime stime disponibili, per tutte le specialità mediche e chirurgiche (eccetto la psichiatria) i posti-letto pubblici rappresentano l'83,1% di quelli complessivamente disponibili in Italia, e solo il 16,9% dei posti-letto è di tipo privato ¹¹. In psichiatria, invece, tali percentuali sono rispettivamente pari al 45,8% e al 54,2%, il che sembrerebbe indicare una anomalia dell'assistenza psichiatrica degenziale rispetto al resto della sanità. In realtà occorre considerare come i modelli di intervento attualmente tendano a convergere verso programmi basati sulla rete dei servizi nella comunità, riservando il ricovero in acuzie a una gamma ristretta di condizioni critiche che richiedano una particolare integrazione di risorse assistenziali; in tal senso l'offerta di posti-letto del privato andrebbe ridefinita nell'ambito di un programma terapeutico integrato e multidimensionale. Va tuttavia sottolineato che le strutture pubbliche e le CdC ricoverano tipologie diverse di pazienti. Da un lato solo le strutture pubbliche ricoverano persone in regime di TSO, dall'altro i criteri di esclusione che le CdC adottano sono di solito più restrittivi per cui spesso non ammettono persone con disturbo psichico particolarmente difficili e a rischio (ad es. persone aggressive o con elevato rischio suicidario). Inoltre, dai risultati ottenuti nell'ambito di questo stesso progetto, nel *census-day* nazionale dell'8 maggio 2003 (i cui dati dettagliati verranno presentati a parte) è emerso che tendenzialmente le strutture pubbliche ricoverano persone più giovani e di sesso maschile, mentre le CdC tendono a ricoverare persone più anziane e di sesso femminile. Almeno in parte, queste differenti caratteristiche sembrano influenzare la durata della degenza, il cui valore medio nelle CdC è pari a circa tre volte quello osservato negli SPDC.

La riforma legislativa del 1978 (e i successivi DL) non ha mai specificato il ruolo delle CdC nell'economia generale dei servizi di salute mentale; non è infatti chiaro se il ruolo di tali strutture nei confronti delle strutture pubbliche è da considerare in un'ottica *competitiva* (regolata principalmente dalle leggi di mercato della domanda-offerta), *integrativa* (che sottosta quindi alle norme che regolano il funzionamento complessivo del SSN) o infine *sostitutiva*, soprattutto nelle aree in cui vi è carenza di posti-letto pubblici. Appare ovvio che un chiarimento in tal senso prima o poi dovrà essere fatto, specie per quelle regioni (come il Lazio, la Campania e la Calabria) nelle quali l'offerta complessiva per il ricovero in acuzie è rappresentata soprattutto dalle CdC.

IL CONFRONTO INTERNAZIONALE

Se si guardano i dati del *Mental Health Atlas* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ¹², relativi

al numero di letti psichiatrici per 10.000 abitanti nei paesi dell'Europa occidentale, si evidenzia come le differenze, anche tra paesi relativamente omogenei, siano rilevanti.

L'Italia ha un numero di posti-letto in relazione alla popolazione superiore solamente a quello della Spagna, e tale valore è molto inferiore a quello mediano europeo. È tuttavia impossibile estrapolare dai dati dall'OMS la quota di posti destinata alle persone con disturbo psichico in acuzie in quanto essa non è specificamente indicata a parte. La stessa definizione di "letto psichiatrico", come è stato notato anche in una recente ricerca della Commissione Europea, non è univoca e si presta a differenti interpretazioni ¹³.

Nel Regno Unito, nel settembre del 2004, erano presenti 12.277 posti-letto pubblici per persone con disturbo psichico in acuzie (incluse le strutture di trattamento intensivo, i reparti materno-infantili e quelli specializzati per il trattamento dei disturbi di personalità), con 2,5 posti-letto per 10.000 abitanti – un numero più che triplo rispetto a quello italiano (Glover, comunicazione personale). Sembra dunque probabile, pur considerando le CdC, che il numero complessivo di posti-letto per acuti su 10.000 abitanti in Italia (1,72/10.000) sia da considerare tra i più bassi dei paesi industrializzati. Va comunque considerato che, anche in paesi come il Regno Unito, le politiche di salute mentale tendano a implementare la rete comunitaria e a ridurre il numero complessivo di posti-letto.

ARCHITETTURA E LOGISTICA:

LE STRUTTURE DI RICOVERO SONO ADEGUATE?

Sebbene la maggior parte delle strutture pubbliche per ricoveri psichiatrici sia stata aperta in tempi relativamente recenti (tutti gli SPDC e il 70% delle CPU hanno aperto dopo il '78), molte presentano gravi limitazioni logistiche e architettoniche. Ad esempio, il 3,1% degli SPDC è ubicato in seminterrati, il 42,4% non ha camere singole e molte strutture hanno una quota considerevole di camere triple o quaduple. Più di 1/3 degli SPDC non dispone di uno spazio all'aperto fruibile dalle persone ricoverate, e circa il 40% degli SPDC non possiede una sala comune oltre la sala da pranzo. Tra gli SPDC che non possiedono uno spazio aperto, la metà non dispone di una sala comune. In maniera ancora più sorprendente, va rilevato che, una quota, anche se piccola, di SPDC e CPU non ha una stanza dedicata alle attività cliniche (ad es., valutazioni diagnostiche, incontri con i familiari o incontri con gli operatori dei CSM ecc.): viene da chiedersi come e dove abbiano luogo le usuali attività cliniche in tali strutture. Le CdC per contro, sembrano godere di migliori condizioni logistiche e architettoniche.

Le condizioni logistiche e architettoniche così insoddisfacenti di molti SPDC sollevano seri problemi: infatti, è da lungo tempo riconosciuta l'enorme influenza che le caratteristiche strutturali del luogo di ricovero esercitano su numerose variabili cliniche e interpersonali, inclusa la soddisfazione dei pazienti e del personale¹⁴⁻¹⁸.

Horsburgh¹⁹ ha sottolineato che "l'assistenza medica non può essere disgiunta dal luogo in cui essa viene erogata". Se questa affermazione è vera per le altre branche della medicina, essa è ancora più valida per quanto concerne l'assistenza a persone con disturbo psichico. Inoltre caratteristiche strutturali e architettoniche appropriate giocano un ruolo fondamentale nella sicurezza sia delle persone ricoverate sia del personale, così come nel combattere lo stigma dei disturbi mentali, storicamente associato ai vecchi edifici asilari degradati e disumani. Tale situazione dovrà quindi essere oggetto di attenta considerazione da parte delle autorità di sanità pubblica.

CRITERI DI AMMISSIONE

Riguardo ai criteri di esclusione e ammissione è emersa una marcata variabilità tra le diverse tipologie di struttura, analogamente ad altri studi²⁰: appare quindi urgente giungere ad una omogeneizzazione di tali criteri, al fine di evitare che cittadini portatori di problematiche cliniche e di bisogni assistenziali simili si trovino dinanzi a risposte istituzionali del tutto difformi.

LA DURATA DEI RICOVERI

In questo studio, la durata media dei ricoveri è risultata considerevolmente più lunga nelle CdC; nelle CPU essa è più elevata rispetto agli SPDC, probabilmente per via della diversa tipologia di persone ricoverate (per esempio casi complessi ricoverati per ulteriori valutazioni e terapie ecc.).

La maggior durata media dei ricoveri nei 16 CSM-24 ore rispetto agli SPDC e alle CPU sembrerebbe essere determinata da differenze significative tra le strutture in questione: i CSM-24 ore vengono infatti più frequentemente impiegati come strumento flessibile per rispondere a una grande varietà di bisogni delle persone (per esempio risoluzione di episodi di scompenso, conflitti familiari ecc.) e non esclusivamente per il trattamento di episodi acuti di malattia. In tal senso, essi funzionano soprattutto offrendo ospitalità a persone con necessità molto disparate, piuttosto che realizzare una ospedalizzazione nel senso tradizionale del termine. Le persone accolte sono infatti incoraggiate a frequentare molte attività nella comunità (lavoro, svago, incontri con strutture sociali e sanitarie ecc.); la durata di un ricovero è quindi in funzione, non solo della risoluzione della sintomatologia clinica acuta, ma anche della riso-

luzione di bisogni individuali²¹. Va tuttavia anche notato che se i CSM-24 ore, nelle aree in cui sono attivi, trattano gran parte dei casi altrove presi in carico dagli SPDC (e quindi del tutto simili dal punto di vista socio-demografico, clinico e assistenziale), occorrerà studiare con attenzione le dinamiche che conducono a durate medie dei ricoveri (o ospitalità, nel caso dei CSM 24-ore) sensibilmente diverse, al fine di comprendere a fondo le ragioni di tali significative differenze.

Anche altri studi effettuati a livello locale hanno messo in evidenza che in Italia la lunghezza dei ricoveri nelle strutture pubbliche è più breve che in altri paesi europei^{7 22} e non europei²². Tuttavia la durata media della degenza in SPDC è molto simile al valore mediano (15 giorni) dell'Inghilterra negli anni 1999-2000²³.

È importante notare che una degenza più breve non è necessariamente associata a un esito peggiore: una revisione sistematica che ha comparato l'efficacia di ricoveri programmati brevi (dai 10,8 a 25 giorni) rispetto a quelli lunghi (media: 90 giorni) ha dimostrato che non emergono differenze di efficacia in termini di indicatori di esito (tassi di riammissione, successiva adesione al trattamento post-dimissione, possibilità di programmare la dimissione stessa ecc.)²⁴.

PORTE APERTE E PORTE CHIUSE

La maggior parte degli SPDC (quasi l'80%) e i 2/3 delle CPU hanno la porta di ingresso chiusa. Al contrario, 15 CSM-24 ore (su 16) hanno la porta aperta; anche la maggior parte delle CdC (che tuttavia non ricoverano persone in TSO) non ha sempre la porta chiusa.

I servizi ospedalieri per pazienti psichiatrici acuti che hanno la porta sempre chiusa sembrano essere più diffusi in Italia rispetto ad altri paesi europei, come risulta da studi condotti in Inghilterra (e in particolare a Londra) dove tale misura veniva presa dal 9% al 75% delle strutture²⁵⁻²⁷, così come da rilevazioni portate a termine nell'Europa dell'Est (Ungheria, Romania, Slovacchia e Slovenia) in cui il 21% dei pazienti valutati nel "census day" si trovava in un reparto a porte chiuse²⁸. Bisogna tuttavia considerare che i servizi ospedalieri italiani, in relazione al basso tasso di letti sulla popolazione, selezionano probabilmente un'utenza di particolare gravità clinica. Comunque le ragioni per tali differenze andranno meglio indagate.

Va detto che alcuni studi che hanno messo a confronto strutture con porte aperte e chiuse hanno evidenziato un maggior gradimento delle persone ricoverate per la prima soluzione²⁹, e anche questo dato sottolinea la necessità di un'accurata valutazione di tali problematiche.

IL PERSONALE

Il rapporto medio personale/paziente nelle strutture pubbliche, oscilla da 1,44 a 5,18 a seconda del tipo di struttura considerata, sottolineando il grande affidamento che queste strutture fanno sulle risorse umane, mentre la quantità di personale impiegato nelle CdC è molto inferiore. Un'elevata dotazione di personale si accompagna ad elevati costi di gestione, dal momento che la spesa per il personale rappresenta di gran lunga la voce più significativa della spesa complessiva dei servizi di salute mentale.

Il numero di operatori che lavorano nelle strutture di ricovero pubbliche italiane appare più elevato di quello di altri paesi. Per esempio, nel *Mental Health Residential Care Study* condotto in Inghilterra, il rapporto personale/posti-letto delle strutture per acuti era pari a 1,27³⁰, mentre in uno studio effettuato negli Stati Uniti questo rapporto variava da 0,32 a 2,08³¹; in un altro studio condotto negli Stati Uniti era stato raggiunto un rapporto pari a 3,3 valutandone gli effetti ai fini di un minor ricorso a soluzioni restrittive³². Questa variabilità dimostra che tuttora non vi sono rigidi *standard* quantitativi per reparti per acuti e che tali *standard* dipendono probabilmente dal tipo di interventi effettuati in ciascuna struttura, con una più elevata dotazione di personale per le strutture che effettuano una maggiore articolazione di interventi nel corso del ricovero³². A dimostrazione di questo assunto, va notato che le strutture italiane che hanno la maggior dotazione di personale (come i CSM-24 ore) sono proprio quelle che oltre all'attività rivolta alle persone accolte sulle 24 ore nei posti-letto del CSM, si fanno carico dei bisogni di salute mentale del territorio di competenza. I dati relativi al personale impiegato nelle strutture per il ricovero di persone con disturbo psichico possono essere utili per effettuare una stima approssimativa dell'attenzione complessiva che i ricoverati ricevono dal personale, e ciò può essere correlato allo stile di lavoro di ciascuna struttura^{33 32}, sebbene in molti casi l'esito degli interventi e la qualità complessiva dell'assistenza dipendano più da un insieme di differenti aspetti organizzativi piuttosto che dalla semplice quantità di personale disponibile^{31 32}.

La variabilità nella dotazione di personale delle strutture pubbliche e delle CdC può essere spiegata dalla diversa tipologia di persone ricoverate e quindi da una diversa funzione di queste due tipologie di struttura: quasi tutti gli SPDC accettano persone in TSO e con disturbi gravi, oltre a fornire un servizio di consulenza psichiatrica per il Pronto Soccorso (che costituisce la principale via di accesso) e per gli altri reparti ospedalieri.

Infine, va sottolineato che specifici ruoli professionali (ad es., psicologi, tecnici della riabilitazione ecc.) risultano poco rappresentati all'interno delle strutture di ricovero, il che suggerisce la necessità di favorire

la creazione di *equipe* più orientate in senso multidisciplinare, in grado di gestire persone con complessi e molteplici bisogni di cura, quali quelli ricoverati per un episodio di scompenso acuto.

I DATI DI ATTIVITÀ

Dai dati ottenuti in questa ricerca emerge un tasso di 19,8 ricoveri psichiatrici per 10.000 abitanti; se si aggiungono i 6,9 ricoveri per 10.000 abitanti relativo alle CdC del 2001, si arriva a un tasso complessivo di 26,7 ricoveri psichiatrici all'anno per 10.000 abitanti. Questo tasso è lievemente inferiore a quello trovato in Inghilterra per persone ricoverate di età compresa tra 16 e 64 anni negli anni 1999-2000 (32 per 10.000 abitanti)²³. Inoltre il numero di ricoveri psichiatrici in strutture pubbliche per tutte le fasce di età in Italia nel 2001 (n = 103.260) è molto simile a quello delle strutture pubbliche inglesi nello stesso anno (n = 102.980), sebbene la popolazione inglese (48.968.310 abitanti) sia inferiore rispetto a quella italiana²³.

Il numero relativamente limitato di posti-letto può fungere da deterrente al ricovero: uno studio italiano ha infatti messo in luce che la semplice disponibilità di posti-letto era direttamente correlata a una maggiore probabilità di ricovero⁶.

Per quanto riguarda la variabilità dei tassi di ricovero tra le diverse aree geografiche, questa era già stata riscontrata in precedenti ricerche⁵. L'impiego di criteri più omogenei nella selezione dei casi da ricoverare potrebbe forse attenuare la marcata variabilità tra i tassi di ricovero che attualmente si riscontra in Italia.

TSO

I TSO rappresentano il 13% di tutti i ricoveri annui in Italia, ma il tasso per 10.000 abitanti è pari a 2,5. Una recente revisione della letteratura sui ricoveri obbligatori in Europa ha evidenziato che la percentuale di tali ricoveri sul totale delle degenze varia da un minimo di 3,2% del Portogallo a un massimo del 30% in Svezia, con un valore mediano di 13,2³⁴. Tuttavia il tasso per 10.000 abitanti varia da un minimo di 0,6 a un massimo di 21,8, con una mediana di 7,4, che è tre volte superiore al dato italiano.

Nel succitato studio condotto in 24 diversi reparti psichiatrici europei²⁸, l'11,4% delle 4191 persone ricoverate valutate nel "*census-day*" erano state ricoverate obbligatoriamente. Infine, in Inghilterra, tra il 2000 e il 2001 ci sono stati 26.700 ricoveri obbligatori secondo la normativa del *1983 Mental Health Act*³⁵ – pari a circa la metà dei TSO effettuati in Italia negli stessi anni. Le analisi dell'andamento dei TSO nel tempo mostrano una sostanziale stabilità della percentuale dei TSO sul totale dei ricoveri³⁶.

Conclusioni

In un recente studio riguardante gli elementi indispensabili di un servizio di salute mentale moderno, Thornicroft & Tansella³⁷ affermano: “Non vi è evidenza alcuna che un efficace sistema per la cura dei disturbi psichici possa funzionare in assenza di strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti”. Tuttavia, nonostante l'importanza dell'assistenza ospedaliera ai persone con disturbo psichico in acuzie, molte delle caratteristiche qualitative e quantitative delle strutture di ricovero rimangono inesplorate, e moltissimi pro-

blemi rimangono ad oggi senza soluzione³⁸, e ciò è vero anche in Italia.

La grande variabilità trovata in molti indicatori quantitativi e di attività relativi alle strutture di ricovero italiane per persone con disturbo psichico in acuzie – pubbliche e CdC – fa sorgere importanti domande circa l'equità trasversale, che si riferisce alla misura in cui persone con le medesime caratteristiche cliniche possono usufruire di servizi omogenei nelle varie regioni di un paese³⁹. Sono queste alcune delle sfide che attendono la psichiatria negli anni a venire.

Bibliografia

- 1 de Girolamo G, Picardi A, Santone G, Semisa P, Morosini P per il Gruppo Nazionale PROGRES. *Le strutture residenziali e i loro ospiti: i risultati della fase 2 del Progetto Nazionale PROGRES*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale 2004 (Monograph Supplement 7).
- 2 de Girolamo G, Picardi A, Santone G, Falloon I, Morosini P, Fioritti A, et al. (Gruppo PROGRES). *The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy*. Psychol Med 2005;34:1-11.
- 3 Santone G, de Girolamo G, Falloon I, Fioritti A, Micciolo R, Picardi A, et al. (Gruppo PROGRES). *The process of care in residential facilities. A national survey in Italy*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:540-50.
- 4 Picardi A, de Girolamo G, Santone G, Falloon I, Fioritti A, Micciolo R, et al. *The Environment and Staff of Residential Facilities: Findings from the Italian 'Progres' National Survey*. Community Ment Health J 2006;42:263-79.
- 5 de Girolamo G, Mors O, Rossi G, Grandi L, Ardigò W, Munk-Jorgensen P. *General Hospital Psychiatric Wards in Italy. 1: A comparison between two areas with differing provision of outpatient care*. Int J Soc Psychiatry 1988;34:248-57.
- 6 Mattioni T, Di Lallo D, Roberti R, Miceli M, Stefani M, Maci C, et al. *Determinants of psychiatric inpatient admissions to general hospital psychiatric wards: An epidemiological study in a region of central Italy*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999;34:425-31.
- 7 McCrone P, Lorusso P. *A comparison of psychiatric casemix in the UK and in Italy*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999;34:432-6.
- 8 Tansella M, Micciolo R, Biggeri A, Bisoffi G, Balestrieri M. *Episodes of care for first-ever psychiatric patients: A long-term case-register evaluation in a mainly urban area*. Br J Psychiatry 1995;167:220-7.
- 9 Barbato A, Terzian E, Saraceno B, De Luca L, Tognoni G. *Outcome of discharged psychiatric patients after short inpatient treatment: An Italian collaborative study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1992;27:192-7.
- 10 Barbato A, Terzian E, Saraceno B, Montero Barquero F, Tognoni G. *Patterns of aftercare for psychiatric patients discharged after short inpatient treatment. An Italian collaborative study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1992;27:42-56.
- 11 Ministero della Salute. *Compendio del Servizio Sanitario Nazionale 1998-2001*. Roma: Ministero della Salute 2003.
- 12 World Health Organization. *Mental Health Atlas*. Geneva: WHO 2005.
- 13 Carta MG, Kovess V, Hardoy MC, Brugha T, Fryers T, Lehtinen V, et al. *Psychosocial well-being and psychiatric care in the European communities: analysis and macro indicators*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39:883-92.
- 14 Gross R, Sasson Y, Zarhy M, Zohar J. *Healing environment in psychiatric hospital design*. Gen Hosp Psychiatry 1998;20:108-14.
- 15 Gutkowski S, Ginath Y, Guttman F. *Improving psychiatric environments through minimal architectural change*. Hosp Community Psychiatry 1992;43:920-3.
- 16 Holahan CJ, Saegert S. *Behavioral and attitudinal effects of large-scale variation in the physical environment of psychiatric wards*. J Abnorm Psychol 1973;82:454-62.
- 17 Tyson GA, Lambert G, Beattie L. *The impact of ward design on the behaviour, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses*. J Psychiatr Ment Health Nurs 2002;11:94-102.
- 18 Whitehead CC, Polsky RH, Crookshank C, Fik E. *Objective and subjective evaluation of psychiatric ward redesign*. Am J Psychiatry 1984;141:639-44.
- 19 Horsburgh CR. *Healing by design*. N Engl J Med 1995;333:735-40.
- 20 Crowhurst N, Bowers L. *Philosophy, care and treatment on the psychiatric intensive care unit: themes, trends and future practice*. J Psychiatr Ment Health Nurs 2002;9:689-95.
- 21 Dell'Acqua G, Mezzina R. *Risposta alla crisi: strategie e intenzionalità dell'intervento nel servizio psichiatrico territoriale*. Per la Salute Mentale 1988;1:139-58.
- 22 Sytema S, Burgess P, Tansella M. *Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalization in new patients with schizophrenia disorders? A comparative case register study in Groningen, The Netherlands; Victoria, Australia; and South-Verona, Italy*. Schizophr Bull 2002;28:273-81.
- 23 Thompson A, Shaw M, Harrison G. *Patterns of hospital admission for adult psychiatric illness in England: analysis of Hospital Episode Statistics data*. Br J Psychiatry 2004;185:334-41.
- 24 Johnstone P, Zolse G. *Systematic review of the effectiveness of planned short hospital stays for mental health care*. BMJ 1999;318:1387-90.
- 25 Bowers L, Crowhurst N, Alexander J, Callaghan P, Eales

- S, Guy S, et al. *Safety and security policies on psychiatric acute admission wards: results from a London-wide survey.* J Psychiatr Ment Health Nurs 2002;9:427-33.
- ²⁶ Ford R, Durcan G, Warner L, Hardy P, Muijen M. *One day survey by the Mental Health Act Commission of acute adult psychiatric inpatient wards in England and Wales.* BMJ 1998;317:1279-83.
- ²⁷ Pereira SM, Sarsam M, Bhui K, Paton C. *The London Survey of Psychiatric Intensive Care Units: service provision and operational characteristics on National Health Service Units.* Journal of Psychiatric Intensive Care 2005;1:7-15.
- ²⁸ Rittmannsberger H, Sartorius N, Brad M, Burtea V, Capraru N, Cernak P, et al. *Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries.* Eur Psychiatry 2004;19:483-8.
- ²⁹ Muller MJ, Schlosser R, Kapp-Stein G, Schanz B, Benkert O. *Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward.* Psychiatric Q 2002;73:93-107.
- ³⁰ Lelliott P, Audini B, Knapp M, Chisholm D. *The mental health residential care study: classification of facilities and description of residents.* Br J Psychiatry 1996;169:139-47.
- ³¹ Coleman JC, Paul GL. *Relationship between staffing ratios and effectiveness of inpatient psychiatric units.* Psychiatr Serv 2001;52:1374-9.
- ³² Donat DC. *An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital.* Psychiatr Serv 2003;54:1119-23.
- ³³ Adams A, Bond S. *Staffing in acute hospital wards: Part 1. The relationship between number of nurses and ward organizational environment.* J Nurs Manag 2003;11:287-92.
- ³⁴ Salize H, Dressing H. *Coercion, involuntary treatment, and quality of mental health care: Is there any link?* Curr Opin Psychiatry 2005;18:576-84.
- ³⁵ Department of Health. *In-patients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983 and other legislation, England: 1990-1991 to 2000-2001.* Bulletin 2001/28. London: Department of Health and Social Security 2001.
- ³⁶ Guaiana G, Barbui C. *Trends in the use of the Italian Mental Health Act, 1979-1997.* Eur Psychiatry 2004;19:444-5.
- ³⁷ Thornicroft G, Tansella M. *Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence.* Br J Psychiatry 2004;185:283-90.
- ³⁸ Lelliott P, Quirk A. *What is life like on acute psychiatric wards?* Curr Opin Psychiatry 2004;17:297-301.
- ³⁹ Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, Munizza C (CSRP group), (RIRAG group). *Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain: an investigation using the European Service Mapping Schedule.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:149-59.

Ringraziamenti

Lo studio è stato finanziato dal Ministero della Salute. Un ringraziamento speciale va a Francesca Guzzetta e a Francesca Fontana per il contributo prezioso ed efficacissimo alla preparazione di questo articolo. Paul Lelliott, Roberto Mezzina, Stefan Priebe e Richard Warner hanno fornito preziosi suggerimenti. Giorgio Bignami non ha mai fatto mancare il suo insostituibile sostegno durante tutto lo svolgimento del Progetto Nazionale Salute Mentale, all'interno del quale anche questo studio è stato concepito. La signora Elena Cuomo ha fornito un validissimo aiuto nella ricerca bibliografica durante tutto lo svolgimento del progetto.