

Salute Mentale in Italia

La Mappa delle Disuguaglianze

A cura di F. Starace, F. Baccari, F. Mungai



QUADERNI DI EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA, N.2/2018

SIEP - Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica, n.2/2018

Comitato Scientifico

Fabrizio Starace

Walter Di Munzio

Andrea Gardini

Alessandro Guidi

Lorenza Magliano

Emiliano Monzani

Antonella Piazza

Elisabetta Rossi

Giuseppe Tibaldi

Salute Mentale in Italia

La Mappa delle Disuguaglianze

A cura di F. Starace, F. Baccari, F. Mungai

Introduzione

Con qualche mese di ritardo sul previsto, il 2 maggio di quest'anno è stato ufficialmente pubblicato dal Ministero della Salute il Rapporto Salute Mentale su dati 2016. A nostra conoscenza si tratta della più estesa (e regolarmente aggiornata) raccolta di informazioni che un Paese rende disponibile sul proprio sistema di cura per la Salute Mentale.

Questa seconda edizione del Rapporto recupera anche alcuni limiti e criticità incontrate nella rilevazione iniziale: una nuova Regione, la Sardegna, ha cominciato a conferire i dati; le strutture residenziali e semiresidenziali sono state calcolate con la relativa dotazione di posti; le dimissioni dai reparti di psichiatria sono state distribuite per struttura di ricovero e per raggruppamenti diagnostici; infine, nella quarta parte del Rapporto, sono state introdotte schede regionali con un gruppo selezionato di indicatori.

Come per la prima edizione del Rapporto, la SIEP ha prodotto una sistematizzazione delle informazioni disponibili ed una loro sintesi in 29 indicatori che vengono qui presentati a sostanziare l'evidenza di disuguaglianze non più tollerabili sul territorio nazionale.

All'analisi della rilevazione puntuale, quest'anno si associa il confronto con i dati 2015.

Rispetto all'anno precedente, la rete dei servizi registra un significativo incremento delle strutture territoriali mentre il numero di posti letto di degenza ordinaria presenta una riduzione. Il personale impiegato risulta in crescita. È probabile tuttavia che in alcuni casi le variazioni evidenziate rappresentino "aggiustamenti" di rilevazioni incomplete o parziali riportate l'anno precedente. È poco probabile, infatti, che nel breve volgere di un anno vi sia stato un reale aumento delle strutture territoriali dei DSM (da 2,2 del 2015 a 2,6 / 100.000 ab. maggiorenni del 2016). Anche il +8,1% nella dotazione complessiva di personale appare in contraddizione con una condizione di sofferenza da più parti evidenziata e che non ci pare nel 2016 sia stata affrontata con i risultati che leggiamo nei numeri. Potrebbe in questo caso trattarsi del risultato di una attribuzione ai DSM di unità di personale di area disciplinare affine alla Salute Mentale (es: psicologi, assistenti sociali, TRP, educatori...) ma che in realtà svolgono la propria attività presso altre macro-strutture aziendali (es. cure primarie, distretti).

Si rileva inoltre una riduzione del tasso di incidenza trattata, con un incremento del tasso di incidenza di schizofrenia (+16,4%), a segnalare un probabile innalzamento della soglia d'accesso che privilegia i casi potenzialmente più gravi.

Quanto alla terapia psicofarmacologica, si registra infine un forte incremento dei soggetti ai quali sono stati prescritti farmaci antipsicotici e un più contenuto aumento di coloro ai quali è stato prescritto litio. Anche in questo caso, è difficile credere che le persone cui sono stati prescritti farmaci neurolettici siano aumentate, sul territorio nazionale, del 30% circa, e vanno quindi analizzati i motivi di tali discrepanze. Il fenomeno, particolarmente evidente in alcune Regioni, richiederebbe un'attenta revisione locale.

Come si vede, vi sono ambiti in cui sarebbe giustificato - sulla base delle informazioni certificate dalle stesse Regioni - un intervento diretto del Ministero volto a chiarire e/o eventualmente correggere le differenze riportate.

L'intento è di scongiurare il pericolo che queste informazioni costituiscano strumento troppo complesso e articolato per essere effettivamente utilizzato e non divengano un formidabile strumento di "accountability" su cui riflettere per programmare. Lo sforzo compiuto rischia cioè di rimanere mero esercizio accademico, se non lo si adopera come base dati cui dare senso nel contesto storico, assistenziale e socio-economico, e dal quale trarre indicazioni per scelte di programmazione e cambiamento.

Ci è parso infatti di cogliere che alla enorme mole di dati già disponibili col primo Rapporto abbiano dedicato attenzione *solo* i professionisti e le realtà associative di familiari e utenti.

Come se la carenza di risorse (professionali ed economiche), la scarsa accessibilità del sistema, la sua staticità rispetto alla mutata domanda di assistenza, la prevalenza di approcci farmacologici, *fossero una questione di interesse limitato*, forse solo agli oltre 800.000 cittadini italiani seguiti dai Servizi, ai milioni di loro familiari colpiti indirettamente dalla malattia mentale del congiunto, e a quei professionisti che tra mille difficoltà tentano quotidianamente di dar corpo a un'idea di salute mentale di comunità sempre più esposta al rischio di depotenziamento, innanzitutto culturale.

La diffusione delle informazioni, a partire da quelle che la SIEP ha elaborato documentando il sotto-finanziamento del sistema, sembra essere caduta nella sostanziale indifferenza dei decisori politici, forse a causa della necessità, che la lettura dei dati imporrebbe, di procedere in alcuni contesti regionali a revisioni radicali del sistema di cura per la salute mentale.

Ed è paradossale che ciò avvenga proprio in occasione dell'anno in cui si celebra il quarantennale della Legge 180, che ha certamente rivoluzionato aspetti cruciali dell'assistenza psichiatrica - i dati riportati lo confermano al di là delle opposte visioni ideologiche - ma in molti casi attende ancora piena applicazione ed attualizzazione, alla luce dei mutamenti sociali ed economici intervenuti.

In questo senso va interpretata la richiesta unanime, di cui la SIEP si è fatta inizialmente interprete, e che è stata autorevolmente rilanciata da tutte le

associazioni e società scientifiche che hanno promosso l'11 e 12 maggio u.s. la Riunione Nazionale sul quarantennale della 180, a che Regioni e Ministero convochino - a più di 15 anni dalla prima - la Conferenza sulla Salute Mentale “con l'obiettivo di rendere conto in modo pubblico, partecipato e trasparente del reale funzionamento dei sistemi locali per la salute mentale, dei modelli organizzativi adottati, delle risorse umane ed economiche effettivamente impiegate, del grado di raggiungimento degli obiettivi di Piano Regionale e Nazionale, dei livelli di efficacia ed inclusione sociale conseguiti”.

Fabrizio Starace

Presidente, Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica

L'Italia

Vengono qui descritti gli aspetti strutturali e di attività dei Dipartimenti di Salute Mentale in Italia.

I singoli indicatori vengono presentati in valore assoluto e come tasso in rapporto alla popolazione adulta residente nell'anno 2016, nonché confrontati con i valori riportati l'anno precedente.

Tutti gli indicatori sono stati ricavati dal Rapporto Salute Mentale (RSM), prodotto dal Ministero della Salute.

Il valore medio nazionale è stato utilizzato come standard di riferimento per i confronti tra le Regioni.

Nel 2016 vengono censiti in Italia 163 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). La rete dei servizi, costituita da Centri di Salute Mentale, centri diurni e strutture residenziali, conta 3.974 strutture: 1.303 servizi territoriali (2,6 / 100.000 ab.), 1.844 servizi residenziali (3,6 / 100.000 ab.) e 827 servizi semiresidenziali (1,6 / 100.000 ab.). Complessivamente sono disponibili 4.831 posti letto di degenza ordinaria (9,5 / 100.000 ab.), di cui 75% pubblici e 25% privati. Più della metà delle Regioni (13 su 21) hanno esclusivamente posti letto pubblici. Risultano inoltre disponibili 26.117 posti in strutture residenziali (52 / 100.000 ab.) e 13.949 posti in strutture semiresidenziali (28 / 100.000 ab.). La dotazione complessiva di personale dipendente è pari a 31.586 (62,4 / 100.000 ab.).

Il costo complessivo dell'assistenza psichiatrica è stato di € 3.824.693.000 (il 94,3% del costo è relativo alla spesa territoriale), con un costo medio annuo per residente pari a € 75,5. Considerando la consistenza complessiva del FSN come desunta dal riparto disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale nell'anno 2016, all'assistenza psichiatrica viene assegnato il 3,5% della spesa sanitaria complessiva.

L'utenza trattata dai servizi di Salute Mentale nell'anno 2016 è stata di 807.035 soggetti, con un tasso pari a 1.609 / 100.000 ab.), mentre l'utenza al primo contatto è stata di 349.176 soggetti, pari al 43,3% dei trattati e a 689 / 100.000 ab.). Sono stati trattati 161.597 soggetti (319 / 100.000 ab.) con diagnosi di «Schizofrenia altre psicosi funzionali», di cui 35.967 al primo contatto (71 / 100.000 ab.). Le prestazioni erogate sono risultate pari a 11.860.073 (15,4 per utente).

Sono state registrate 108.847 dimissioni in regime ordinario da reparti di psichiatria (214,9 / 100.000 ab.) con una degenza media di 12,7 giorni e 48.497 dimissioni con diagnosi principale psichiatrica da reparti ospedalieri non psichiatrici¹ (95,7 / 100.000 ab.). Le riammissioni non programmate entro 30 giorni nei reparti di psichiatria sono state 16.610, pari al 17,7% delle dimissioni. I pazienti che hanno ricevuto una visita psichiatrica entro 14 giorni dalla dimissione (da una qualsiasi struttura ospedaliera o residenziale) sono il 40,1% del totale. Il numero di Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi (TSO) è stato 7.963 (16 / 100.000 ab.). Il numero di accessi al PS per patologie psichiatriche ammonta

¹ Si fa riferimento alla differenza tra il totale delle dimissioni con diagnosi psichiatrica e le dimissioni con diagnosi psichiatrica effettuate da reparti psichiatrici. Il dato è ottenuto dai valori riportati in tabella 12.1.1 del RSM - Distribuzione regionale delle dimissioni con diagnosi di disturbo mentale per unità di dimissione (strutture pubbliche e private) - p. 124 - Anno 2016 - Ministero della Salute

a 575.416 (1.136 / 100.000 ab.). Nell'anno considerato sono state conteggiate 31.593 persone in cura c/o strutture residenziali (63 / 100.000 ab.), di cui 16.904 nuovi ammessi (33,4 / 100.000 ab.). Sono inoltre state registrate 28.239 presenze c/o strutture semiresidenziali (56 / 100.000 ab.) per un totale di 1.782.613 accessi nell'anno (63,1 per utente presente). La durata media del trattamento residenziale è stata pari a 673,9 giorni.

Sono stati in trattamento con antidepressivi 127 / 1.000 ab., 30,2 / 1.000 ab. con antipsicotici e 2 / 1.000 ab. con sali di litio.

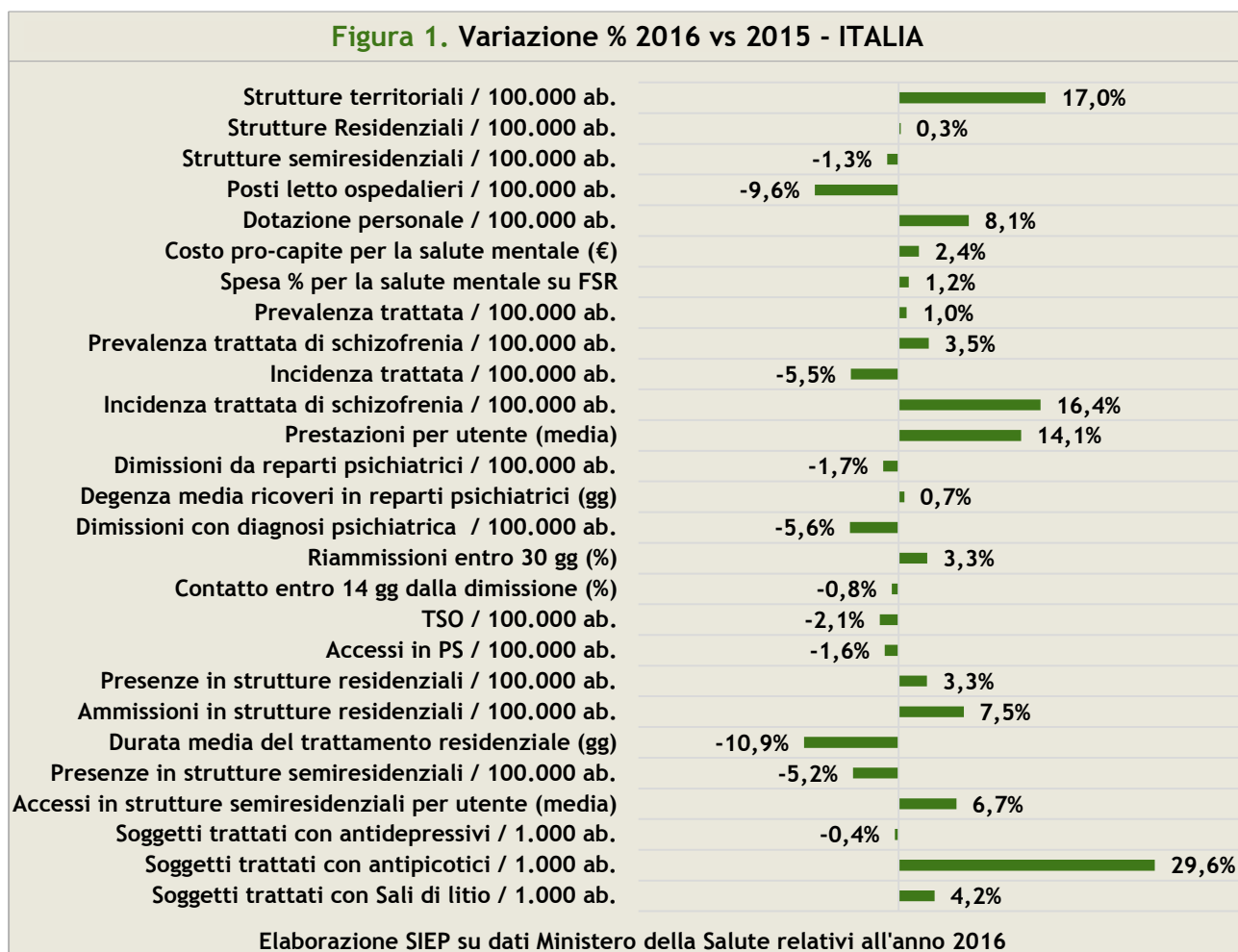
I dati sono sintetizzati in tabella 1.

Tabella 1. Indicatori (Valore Nazionale)

Indicatori	Valore Nazionale
Strutture Territoriali	2,6 / 100.000 ab.
Strutture Residenziali	3,6 / 100.000 ab.
Strutture Semiresidenziali	1,6 / 100.000 ab.
Posti letto ospedalieri	9,5 / 100.000 ab.
Posti Residenziali	52 / 100.000 ab.
Posti Semiresidenziali	28 / 100.000 ab.
Dotazione complessiva del personale	62,4 / 100.000 ab.
Costo pro-capite per la salute mentale	€ 75,5
Spesa per la salute mentale sul totale della spesa sanitaria	3,5%
Prevalenza trattata	1.609 / 100.000 ab.
Prevalenza trattata di Schizofrenia	319 / 100.000 ab.
Incidenza trattata	689 / 100.000 ab.
Incidenza trattata di Schizofrenia	71 / 100.000 ab.
Prestazioni per utente	15,4
Dimissioni da reparti psichiatrici	214,9 / 100.000 ab.
Degenza media ricoveri reparti psichiatrici	12,7 giorni
Dimissioni con diagnosi psichiatrica da reparti non psichiatrici	95,7 / 100.000 ab.
Riammissioni entro 30 giorni	17,7%
Continuità assistenziale	40,1%
TSO	16 / 100.000 ab.
Accessi in PS con diagnosi psichiatrica	1.135,9 / 100.000 ab.
Presenze in strutture residenziali	63 / 100.000 ab.
Ammissioni in strutture residenziali	34,7 / 100.000 ab.
Durata media del trattamento residenziale	673,9 giorni
Presenze in strutture semiresidenziali	56 / 100.000 ab.
Accessi in strutture semiresidenziali per utente	63,1
Soggetti trattati con antidepressivi	127 / 1.000 ab.
Soggetti trattati con antipsicotici	30,2 / 1.000 ab.
Soggetti trattati con litio	2 / 1.000 ab.

Elaborazione SIEP su dati Ministero della Salute relativi all'anno 2016

Dal confronto con i valori dell'anno precedente emerge la situazione riportata in figura 1.



La rete dei servizi risulta ampiamente modificata: si registra un significativo incremento delle strutture territoriali (+17%), mentre il numero di posti letto di degenza ordinaria presenta una riduzione del 9,6% rispetto all'anno precedente. Il personale impiegato risulta in crescita (+8,1%). Nonostante la riduzione del tasso di incidenza trattata (-5,5%), si riscontra un incremento del tasso di incidenza di schizofrenia (+16,4%). Per quel che riguarda i trattamenti presso strutture residenziali e semiresidenziali, si evince una riduzione del numero di presenze presso strutture semiresidenziali (-5,2%) e della durata media del trattamento residenziale (-10,9%). Rispetto alla terapia farmacologica, si registra un forte incremento dei soggetti ai quali sono stati prescritti farmaci antipsicotici (+29,6%) e un più contenuto aumento di coloro ai quali è stato prescritto litio (+4,2%). Gli altri indicatori rimangono sostanzialmente stabili rispetto ai valori riportati nell'anno precedente.

È probabile che in alcuni casi le variazioni evidenziate rappresentino "aggiustamenti" di rilevazioni incomplete o parziali riportate l'anno

precedente. È poco probabile, infatti, che nel breve volgere di un anno vi sia stato un reale aumento delle strutture territoriali dei DSM (da 2,2 del 2015 a 2,6 / 100.000 ab. maggiorenni del 2016).

Anche il +8,1% nella dotazione complessiva di personale appare in contraddizione con una condizione di sofferenza da più parti evidenziata che affligge i Servizi da diversi anni e che non ci pare nel 2016 sia stata affrontata con i risultati che leggiamo nei numeri. Non vorremmo si trattasse del risultato di una attribuzione ai DSM di unità di personale che per area disciplinare è affine alla Salute Mentale (es: psicologi, assistenti sociali, TRP, educatori...) ma che in realtà svolge la propria attività presso altre macro-strutture aziendali (es. cure primarie, distretti).

Coerente con la riduzione (-9,6%) dei posti letto ospedalieri (presumibilmente effetto della riclassificazione degli stessi in posti residenziali, operata in alcune Regioni sull'offerta dell'ospedalità privata) sembra la riduzione (-5,6%) dei ricoveri ospedalieri. Meno immediata risulta l'interpretazione di una lieve flessione dei nuovi casi venuti in contatto con i DSM (-5,5%), a fronte di un significativo incremento (+16,4%) dei nuovi casi di schizofrenia e altre psicosi, a segnalare un probabile innalzamento della soglia d'accesso che privilegia i casi potenzialmente più gravi.

Infine, è difficile credere che le persone cui sono stati prescritti farmaci neurolettici siano aumentate, sul territorio nazionale, del 30% circa. Tuttavia, il fenomeno, particolarmente evidente in alcune Regioni, richiederebbe un'attenta revisione.

Gli indicatori

Vengono di seguito riportati tutti gli indicatori, analizzati singolarmente, per il confronto tra le Regioni in base alla variazione percentuale dal valore medio nazionale. Ciò offre un'immagine immediata del posizionamento delle singole Regioni rispetto al dato di tendenza centrale. Ad esempio, in Piemonte, il numero di strutture territoriali per 100.000 residenti è pari a 2,0; in Italia è pari a 2,6; il valore dello scostamento per il Piemonte sarà, quindi, pari a -23,1%, calcolato attraverso la formula:

$$[(\text{Tasso Piemonte} - \text{Tasso Italia}) / \text{Tasso Italia}] * 100.$$

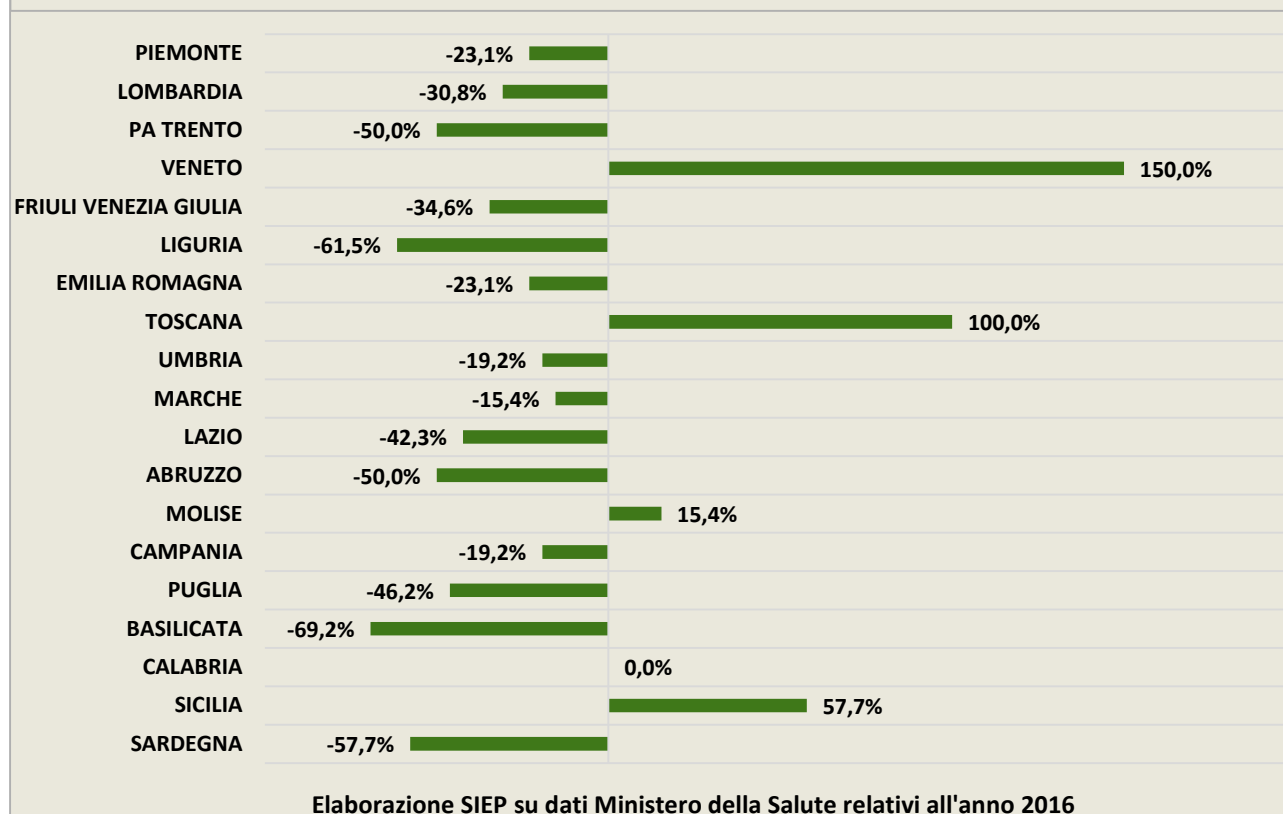
Quando l'indicatore non è stato rilevato per il mancato invio dei dati al Ministero, la Regione non è riportata nel grafico.

Strutture Territoriali Psichiatriche attive pubbliche e private

Il tasso di strutture territoriali psichiatriche in Italia è pari a 2,6 / 100.000 ab., apparentemente in crescita rispetto all'anno precedente (2,2 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 0,8 strutture territoriali / 100.000 ab. in Basilicata (-69,2%), dove la rete dei servizi territoriali è la più povera del Paese, ad un massimo di 6,5 in Veneto (+150%), a segnalare la presenza di una rete assistenziale ricca e articolata con una capillare diffusione sul territorio. Anche Toscana e Sicilia presentano un numero di strutture territoriali psichiatriche / 100.000 ab. sensibilmente superiore al valore medio nazionale (rispettivamente +100,0% e +57,7%). I valori più bassi si riscontrano in Liguria (-61,5%), Sardegna (-57,7%), Abruzzo (-50%) e PA di Trento (-50%).

Figura 2. Numero di Strutture Territoriali Psichiatriche attive pubbliche e private
Variazione % sui tassi regionali - Valore di riferimento nazionale: 2,6 / 100.000*



*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta e PA di Bolzano per mancato invio dei dati

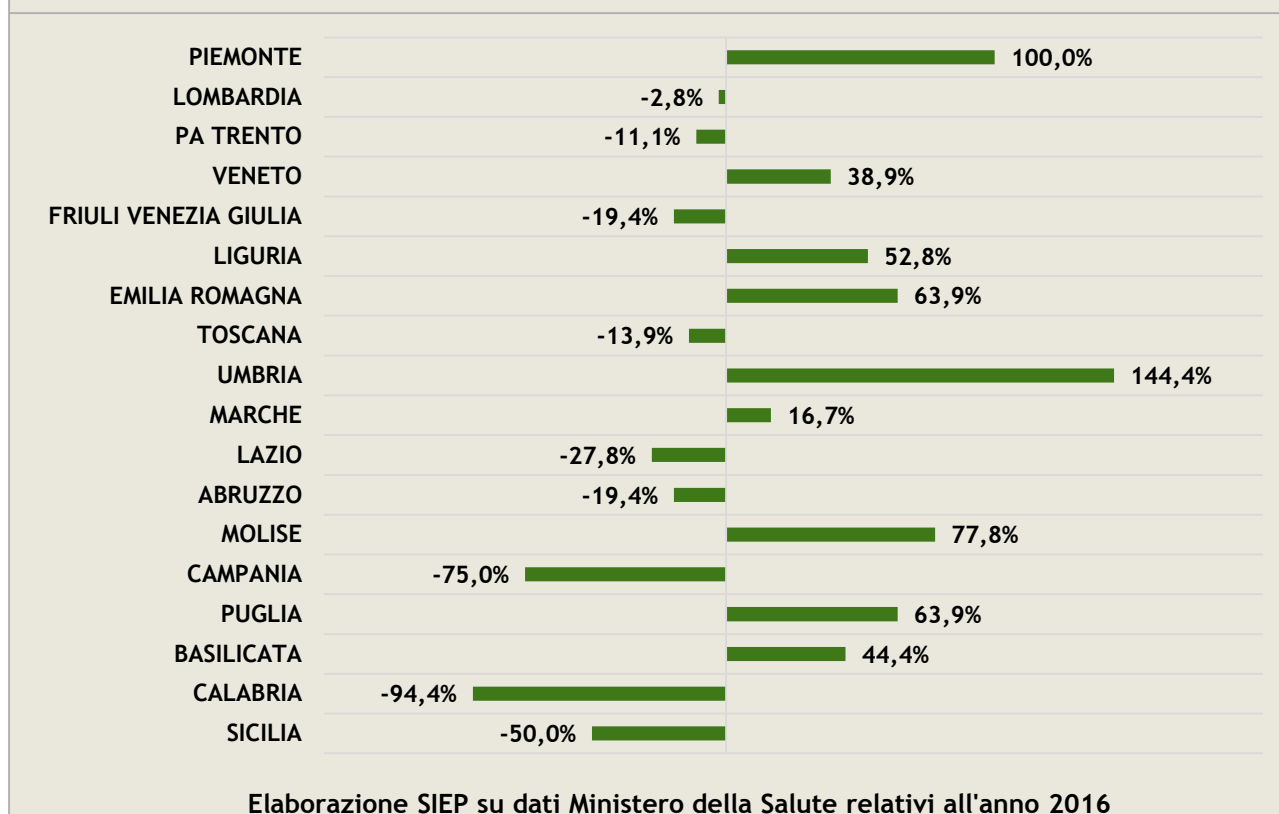
Strutture Residenziali Psichiatriche attive pubbliche e private

Il tasso di strutture residenziali psichiatriche in Italia è pari a 3,6 / 100.000 ab., stabile rispetto all'anno precedente (3,6 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 0,2 strutture residenziali / 100.000 ab. in Calabria (-94,4%) ad un massimo di 8,8 in Umbria (+144,4%).

Valori superiori al 50% del riferimento nazionale si riscontrano anche in Piemonte (+100,0%). Molise (77,8%), Emilia-Romagna (+63,9%), Puglia (+63,9%) e Liguria (+52,8%). Una dotazione di strutture residenziali psichiatriche / 100.000 ab. inferiore al 50% del valore medio nazionale si rileva Campania (-75,0%) e Sicilia (-50,0%).

Figura 3. Numero di Strutture Residenziali Psichiatriche attive pubbliche e private
Variazione % sui tassi regionali - Valore di riferimento nazionale: 3,6 / 100.000*



*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta, PA di Bolzano e Sardegna per mancato invio dei dati

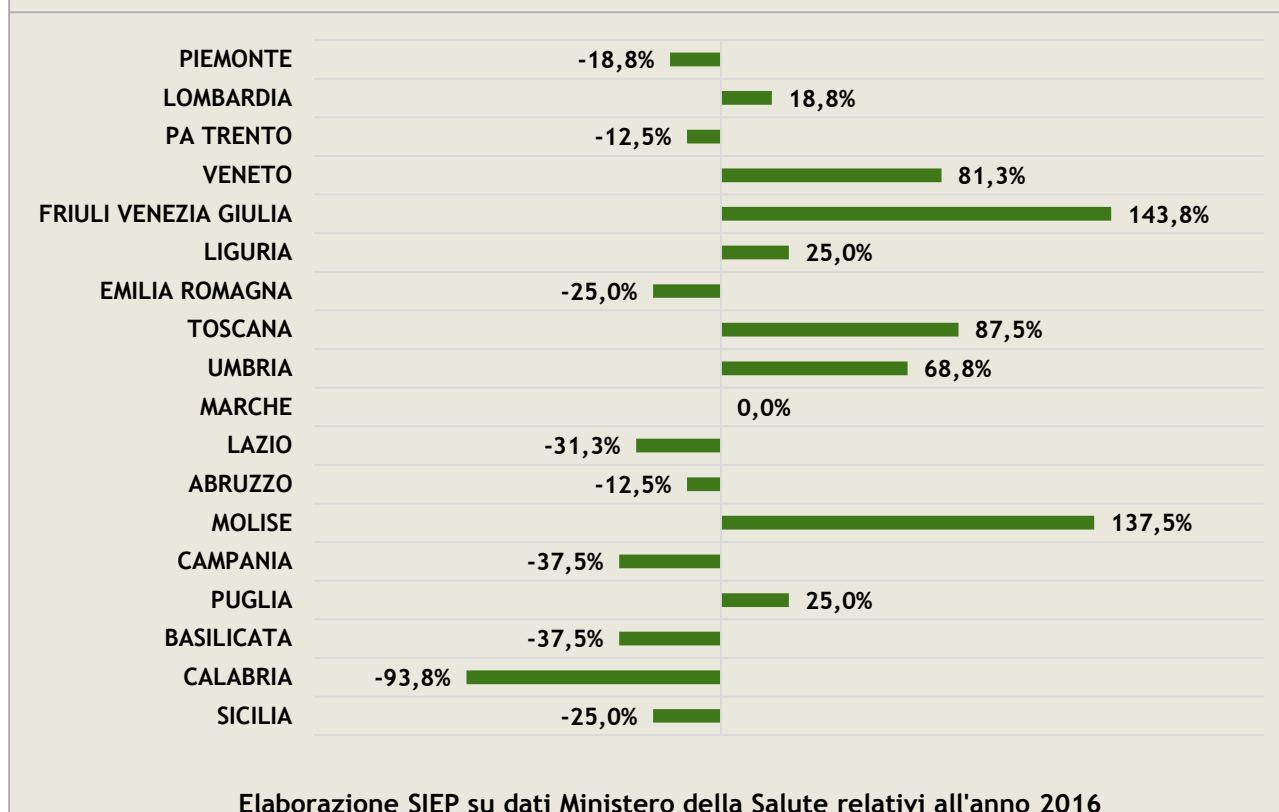
Strutture Semiresidenziali Psichiatriche attive pubbliche e private

Il tasso di strutture semiresidenziali psichiatriche in Italia è pari a 1,6 / 100.000 ab., sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente (1,7 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 0,1 strutture semiresidenziali / 100.000 ab. in Calabria (-93,8%) ad un massimo di 3,9 in Friuli-Venezia Giulia (+143,8%).

Le altre Regioni che mostrano un numero di strutture semiresidenziali psichiatriche / 100.000 ab. superiore al 50% del riferimento nazionale sono, nell'ordine, Molise (+137,5%), Toscana (87,5%), Veneto (+81,3%) e Umbria (+68,8%). Basilicata, Campania e Lazio mostrano un numero di strutture semiresidenziali psichiatriche / 100.000 ab. mediamente inferiore del 30% rispetto al valore di riferimento nazionale.

Figura 4. Numero di Strutture Semiresidenziali Psichiatriche attive pubbliche e private
Variazione % sui tassi regionali - Valore di riferimento nazionale: 1,6 / 100.000*



*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta, PA di Bolzano e Sardegna per mancato invio dei dati

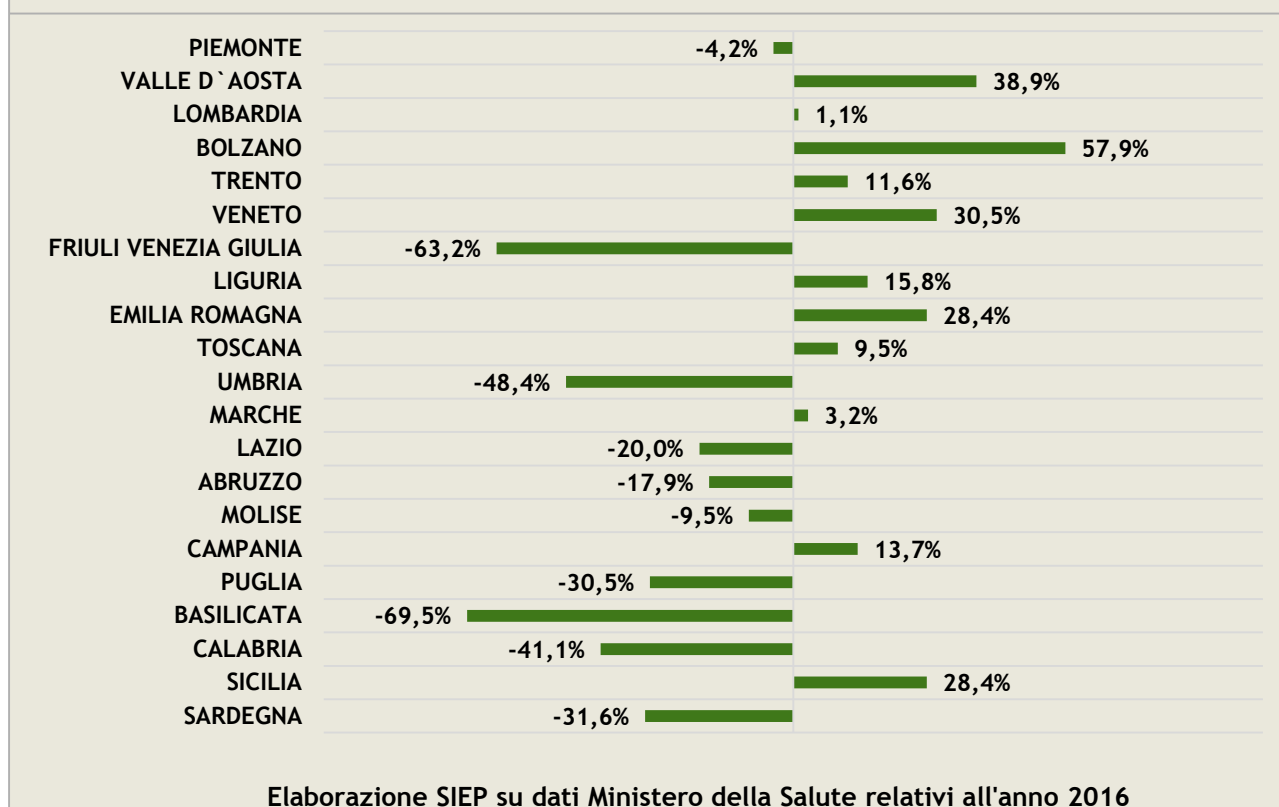
Posti letto ospedalieri di degenza ordinaria

Il tasso di posti letto ospedalieri in Italia è pari a 9,5 / 100.000 ab., in calo rispetto all'anno precedente (10,5 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 2,9 posti letto ospedalieri di degenza ordinaria / 100.000 ab. in Basilicata (-69,5%) ad un massimo di 15 nella PA di Bolzano (+57,9%).

Il valore di riferimento nazionale dei posti letto ospedalieri di degenza ordinaria rispecchia lo standard di un posto / 10.000 ab. previsto dal progetto Obiettivo². Valori superiori al 30% dal riferimento nazionale si riscontrano in Valle D'Aosta (+38,9%) e in Veneto (+30,5%). Un numero di posti letto inferiore al 50% di quello di riferimento si riscontra in Friuli-Venezia Giulia (-63,2%).

Figura 5. Posti letto ospedalieri di degenza ordinaria - Variazione % sui tassi regionali
Valore di riferimento nazionale: 9,5 / 100.000



² Decreto del Presidente della Repubblica n. 274 del 29/11/1999; Progetto Obiettivo «Tutela Salute Mentale 1998-2000»

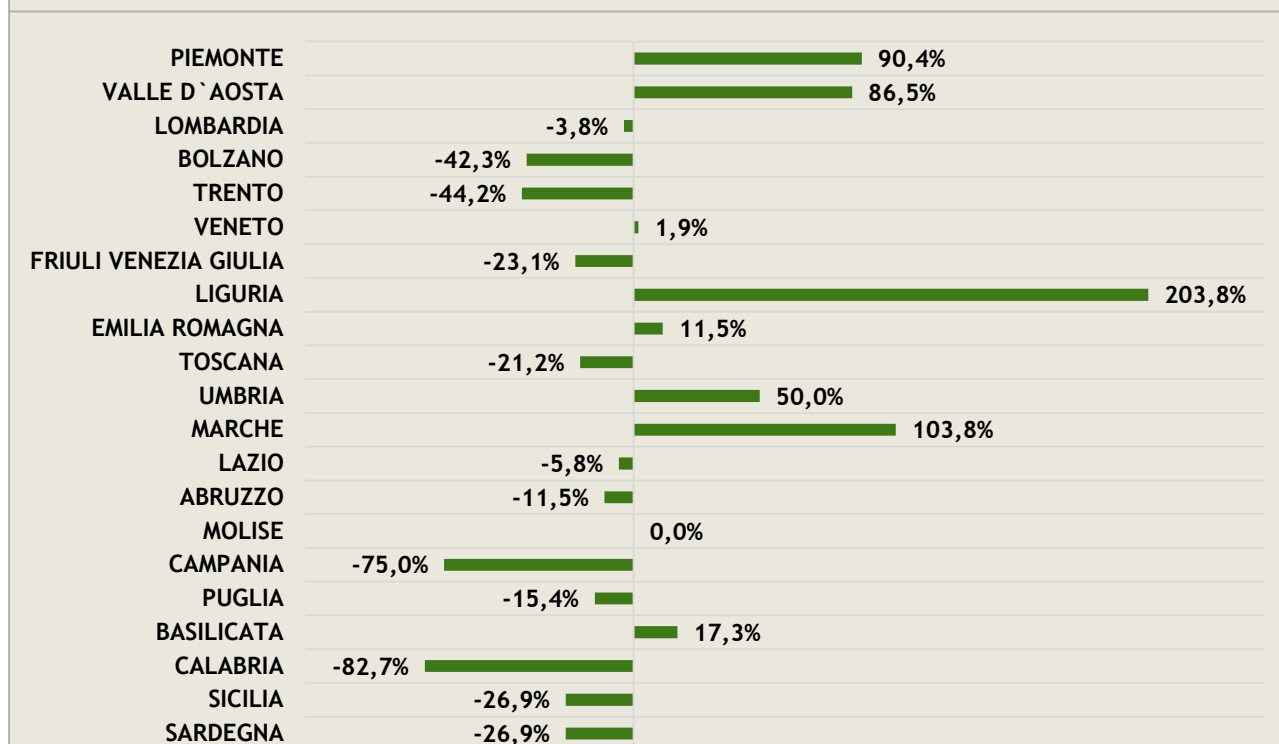
Posti in Strutture Residenziali Psichiatriche

Il tasso di posti in strutture residenziali psichiatriche in Italia è pari a 52 / 100.000 ab.. Nella precedente edizione del RSM questo dato non era disponibile.

I valori regionali variano da un minimo di 9 posti in strutture residenziali psichiatriche / 100.000 ab. in Calabria (-82,7%) ad un massimo di 158 in Liguria (+203,8%).

Un numero di posti superiore al 50% di quello di riferimento si riscontra anche nelle Marche, in Piemonte, in Valle d'Aosta e in Umbria (rispettivamente +103,8%, +90,4%, +86,5%, +50,0%). Un numero di posti inferiore al 50% di quello di riferimento si riscontra in Campania (-75,0%).

Figura 6. Posti in strutture residenziali psichiatriche - Variazione % sui tassi regionali
Valore di riferimento nazionale: 52 / 100.000



Elaborazione SIEP su dati Ministero della Salute relativi all'anno 2016

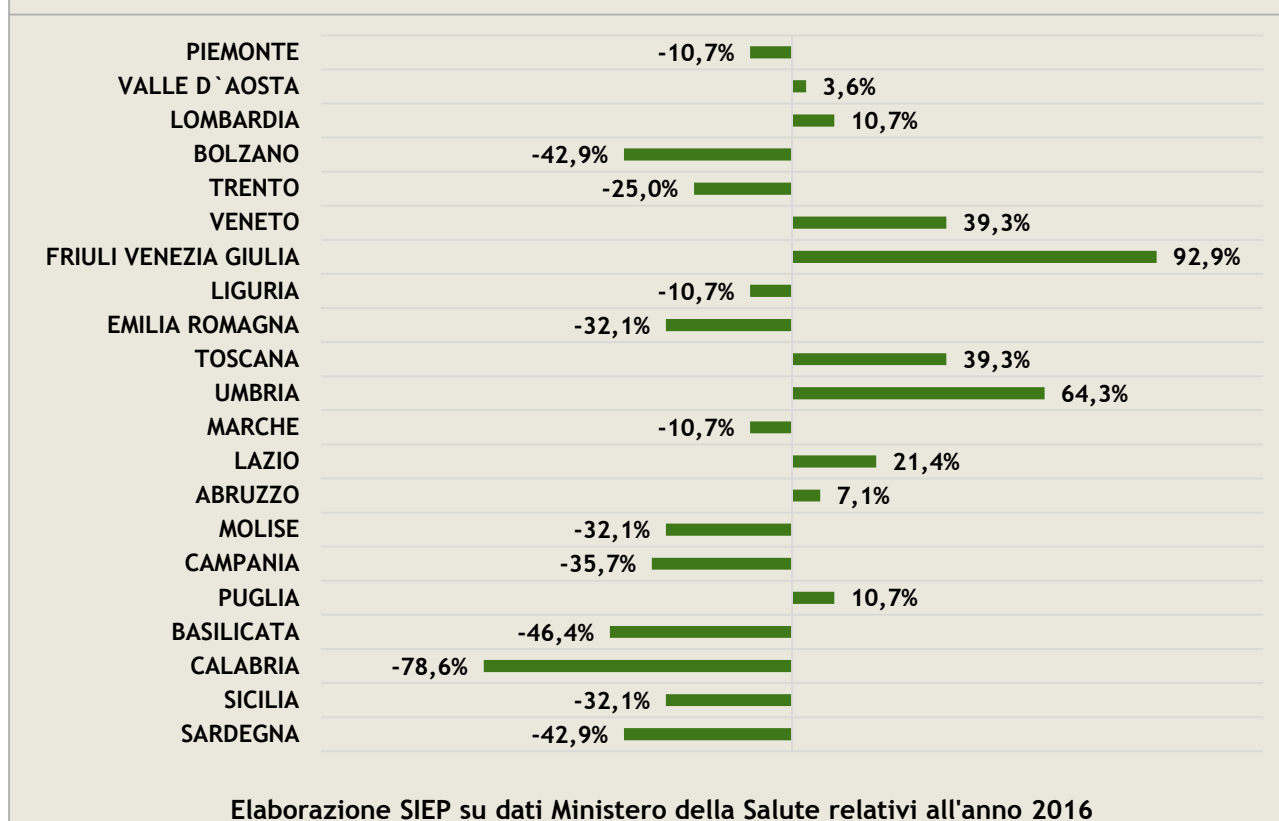
Posti in Strutture Semiresidenziali

Il tasso di posti in strutture semiresidenziali è pari a 28 / 100.000 ab.. Nella precedente edizione del RSM questo dato non era disponibile.

I valori regionali variano da un minimo di 6 posti in strutture semiresidenziali / 100.000 ab. in Calabria (-78,6%) ad un massimo di 54 in Friuli-Venezia Giulia (+92,9%).

Un numero di posti superiore al 50% di quello di riferimento si riscontra in Umbria (64,3%); 12 Regioni presentano un valore inferiore alla media nazionale.

Figura 7. Posti in strutture semiresidenziali - Variazione % sui tassi regionali
Valore di riferimento nazionale: 28 / 100.000



Dotazione complessiva di personale

Il tasso di operatori presenti sul territorio nazionale è pari a 62,4 / 100.000 ab., in crescita rispetto all'anno precedente (57,7 / 100.000 ab.).

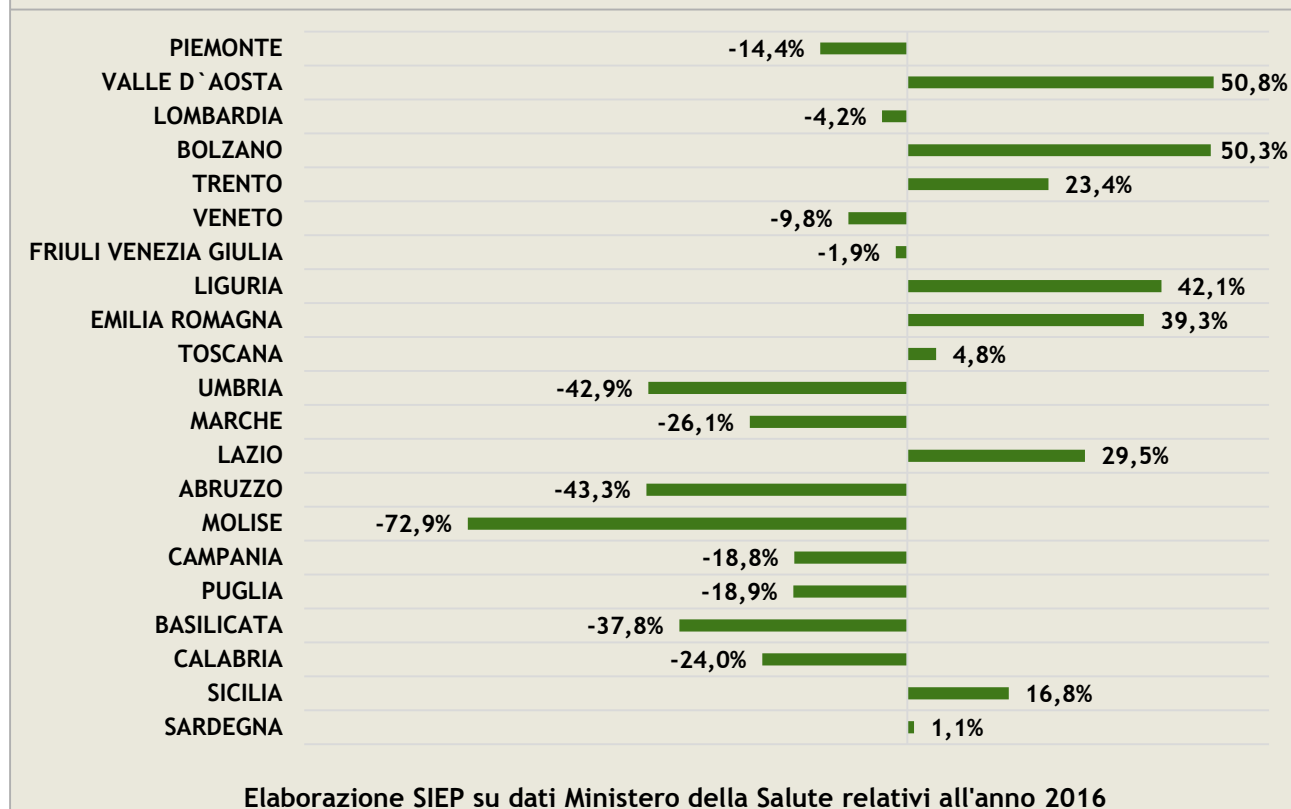
I valori regionali variano da un minimo di 16,9 operatori / 100.000 ab. in Molise (-72,9%) ad un massimo di 94,1 in Valle D'Aosta (50,8%).

Come si ricorderà, lo standard del progetto Obiettivo³ prevedeva un organico di almeno un operatore / 1.500 ab. (ovvero 66,7 / 100.000 ab.).

Assieme alla Valle D'Aosta, l'unico territorio che presenta valori sensibilmente superiori a quello medio nazionale è la PA di Bolzano (+50,3%). Una dotazione di personale inferiore al 30% del valore di riferimento si rileva in Abruzzo (-43,3%), Umbria (-42,9%) e Basilicata (-37,8%).

Come si evince, il numero di operatori presenta un gradiente di variabilità a livello territoriale, con valori mediamente più elevati al Nord e più bassi nel Centro-Sud con l'eccezione di Lazio e Sicilia.

Figura 8. Dotazione complessiva di personale - Variazione % sui tassi regionali
Valore di riferimento nazionale: 62,4 / 100.000



³ Decreto del Presidente della Repubblica n. 274 del 29/11/1999; Progetto Obiettivo «Tutela Salute Mentale 1998-2000»

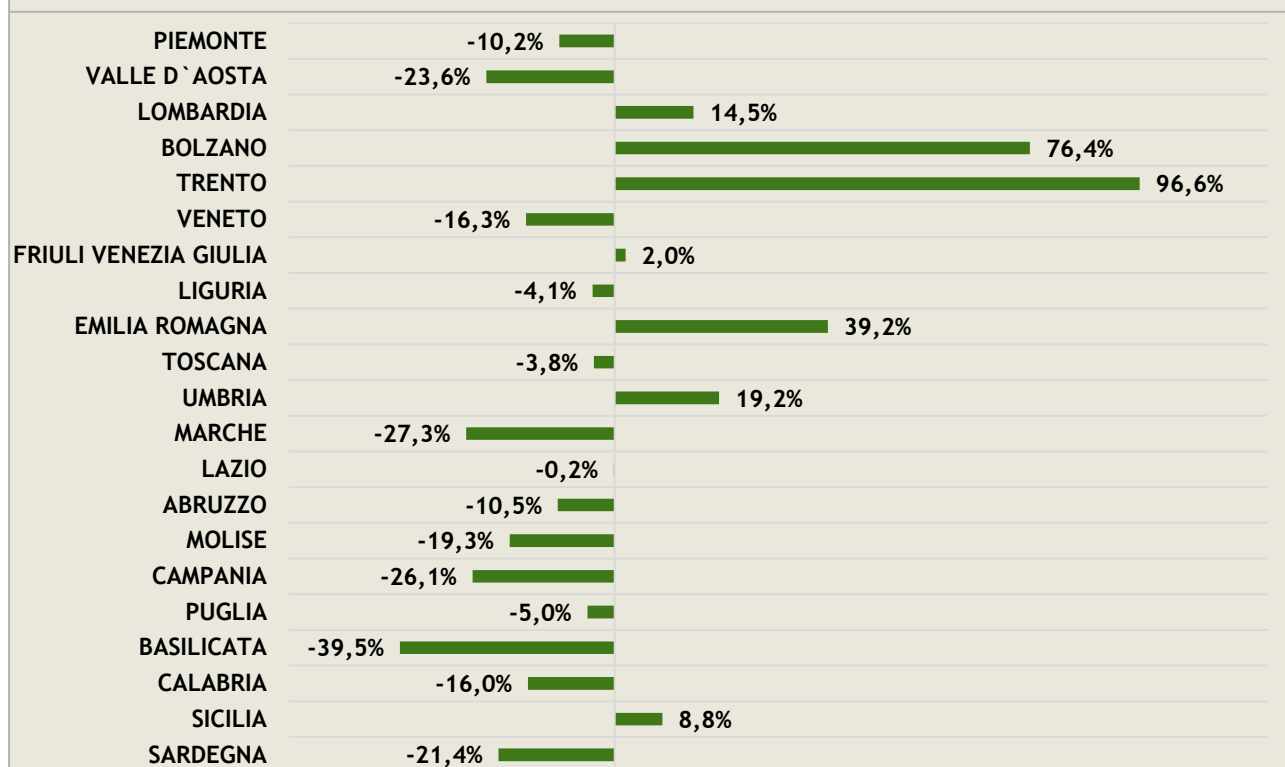
Costo pro-capite per la Salute Mentale

Il costo pro-capite per residente per la Salute Mentale in Italia è pari a € 75,5, in crescita rispetto all'anno precedente (€ 73,8).

Il valori regionali variano da un minimo di € 45,7 in Basilicata (-39,5%) ad un massimo € 148,4 nella PA di Trento (+96,6%).

Le PA Bolzano mostra un costo medio annuo per residente superiore al 50% del valore di riferimento nazionale (+76,4%) e soltanto Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia e Sicilia presentano variazioni incrementali rispetto al valore medio nazionale. Per tutte le altre Regioni il costo medio annuo è inferiore al valore di riferimento nazionale.

Figura 9. Costo pro-capite per la Salute Mentale - Variazione % sui dati regionali
Valore di riferimento nazionale: € 75,5



Elaborazione SIEP su dati Ministero della Salute relativi all'anno 2016

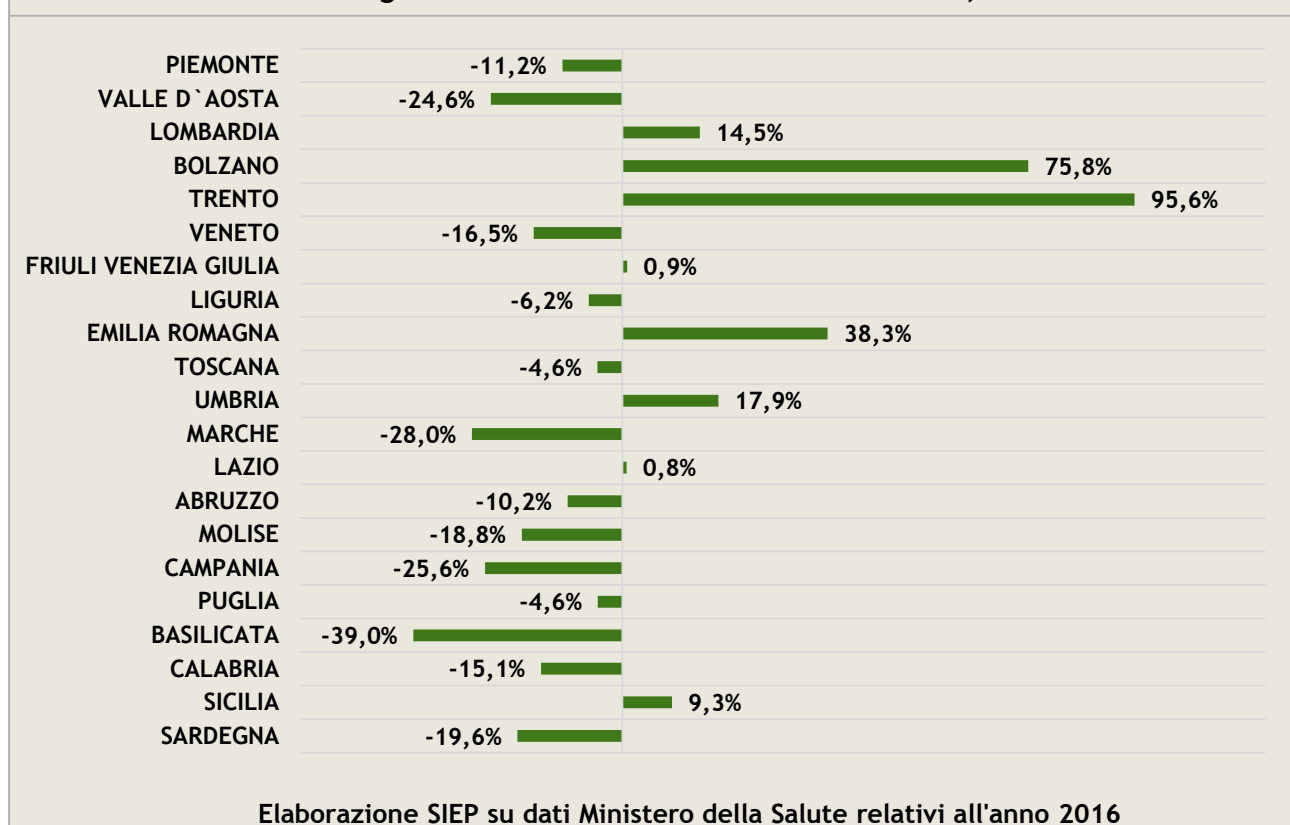
Spesa per la Salute Mentale sul totale della spesa sanitaria

La spesa per la Salute Mentale calcolata nel RSM è pari al 3,5% del Fondo Sanitario Nazionale, stabile rispetto all'anno precedente (3,5%).

I valori regionali variano da un minimo di 2,2% in Basilicata (-39%) ad un massimo di 6,9% nella PA di Trento (+95,6%).

Il dato relativo alla spesa per la salute mentale sul totale della spesa sanitaria riflette fedelmente l'andamento del costo pro-capite, con valori superiori alla media nazionale per le PA di Trento e Bolzano e per le Regioni Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia e Sicilia.

Figura 10. Spesa per la Salute Mentale sul totale della spesa sanitaria - Variazione % sui dati regionali - Valore di riferimento nazionale: 3,5%



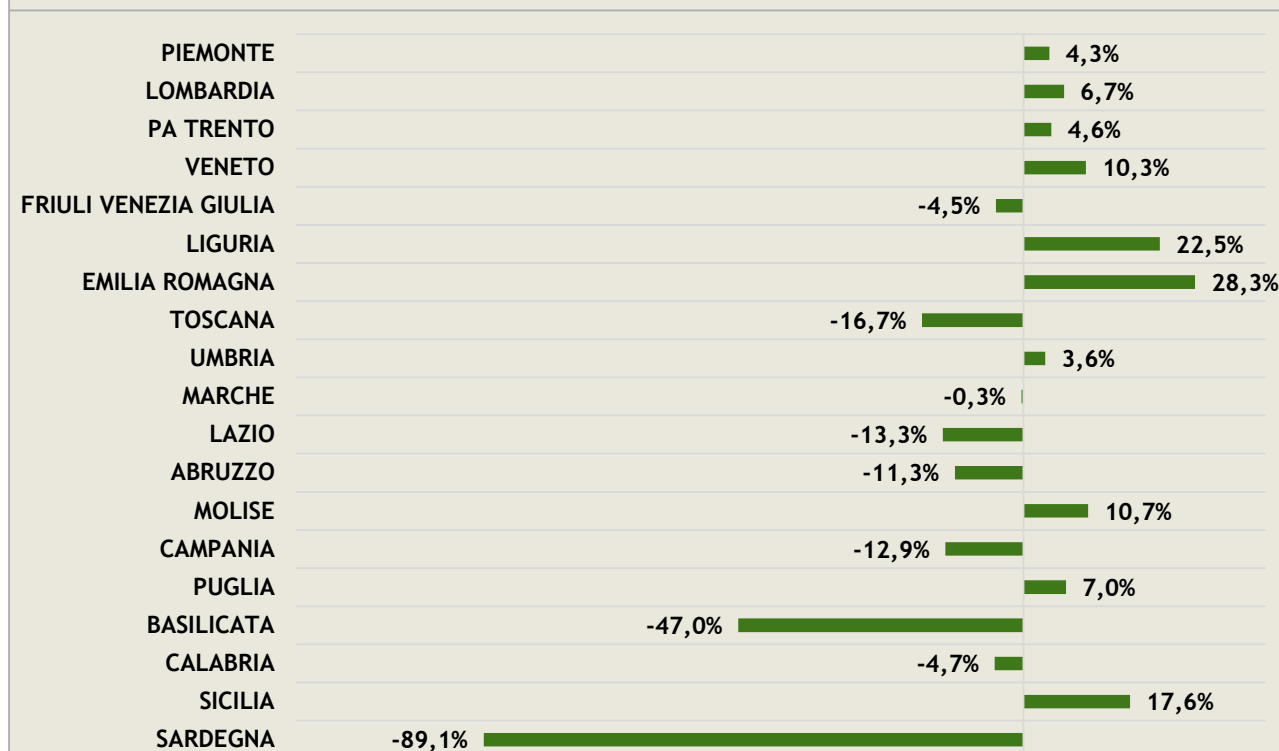
Prevalenza trattata

Il tasso di soggetti trattati presso i DSM a livello nazionale è pari a 1.609 / 100.000 ab., in crescita rispetto all'anno precedente (1.593,8 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 176 utenti trattati / 100.000 ab. in Sardegna (-89,1%) a 2.065 in Emilia-Romagna (+28,3%).

Anche Liguria e Sicilia sembrano intercettare una parte rilevante della domanda (rispettivamente +22,5% e +17,6% del valore medio nazionale). Dopo la Sardegna, il tasso più basso si riscontra in Basilicata (-47,0%), mentre le altre Regioni non si discostano significativamente dal valore medio di riferimento.

Figura 11. Prevalenza trattata - Variazione % sui tassi regionali - Valore di riferimento nazionale: 1.609 / 100.000*



Elaborazione SIEP su dati Ministero della Salute relativi all'anno 2016

*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta e PA di Bolzano per mancato invio dei dati

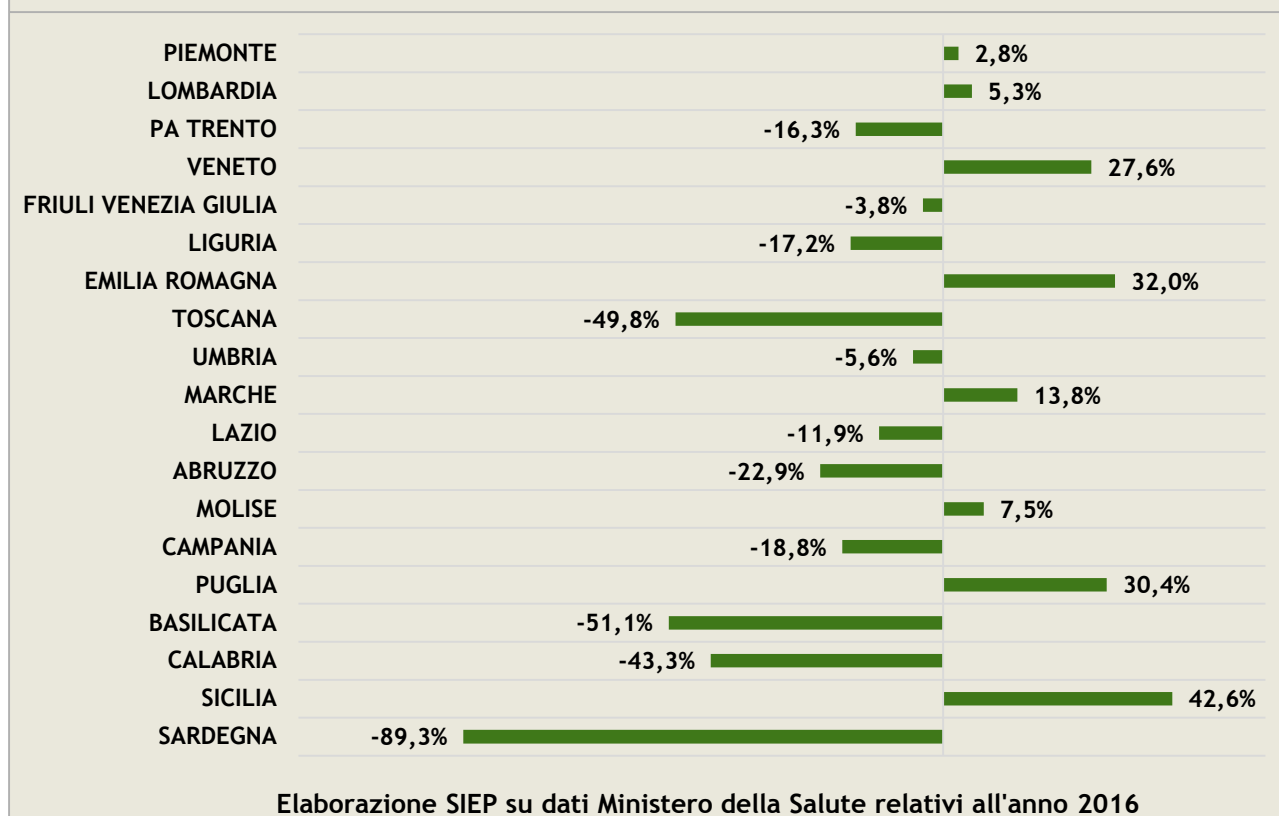
Prevalenza trattata di Schizofrenia

Il tasso di prevalenza trattata di schizofrenia a livello nazionale è pari a 319 / 100.000 ab., in crescita rispetto all'anno precedente (308,3 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 34 utenti con diagnosi di «Schizofrenia e altre psicosi funzionali» trattati / 100.000 ab. in Sardegna (-89,3%) a 455 in Sicilia (+42,66%).

Anche Emilia-Romagna, Puglia e Veneto sembrano trattare una quota rilevante di persone con diagnosi di Schizofrenia (rispettivamente +32,0%, +30,4% e +27,6% del valore medio nazionale). Dopo la Sardegna, i valori più bassi si riscontrano in Basilicata (-51,1%), Toscana (-49,8%) e in Calabria (-43,3%).

Figura 12. Prevalenza trattata di Schizofrenia - Variazione % sui tassi regionali
Valore di riferimento nazionale: 319 / 100.000*



*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta e PA di Bolzano per mancato invio dei dati

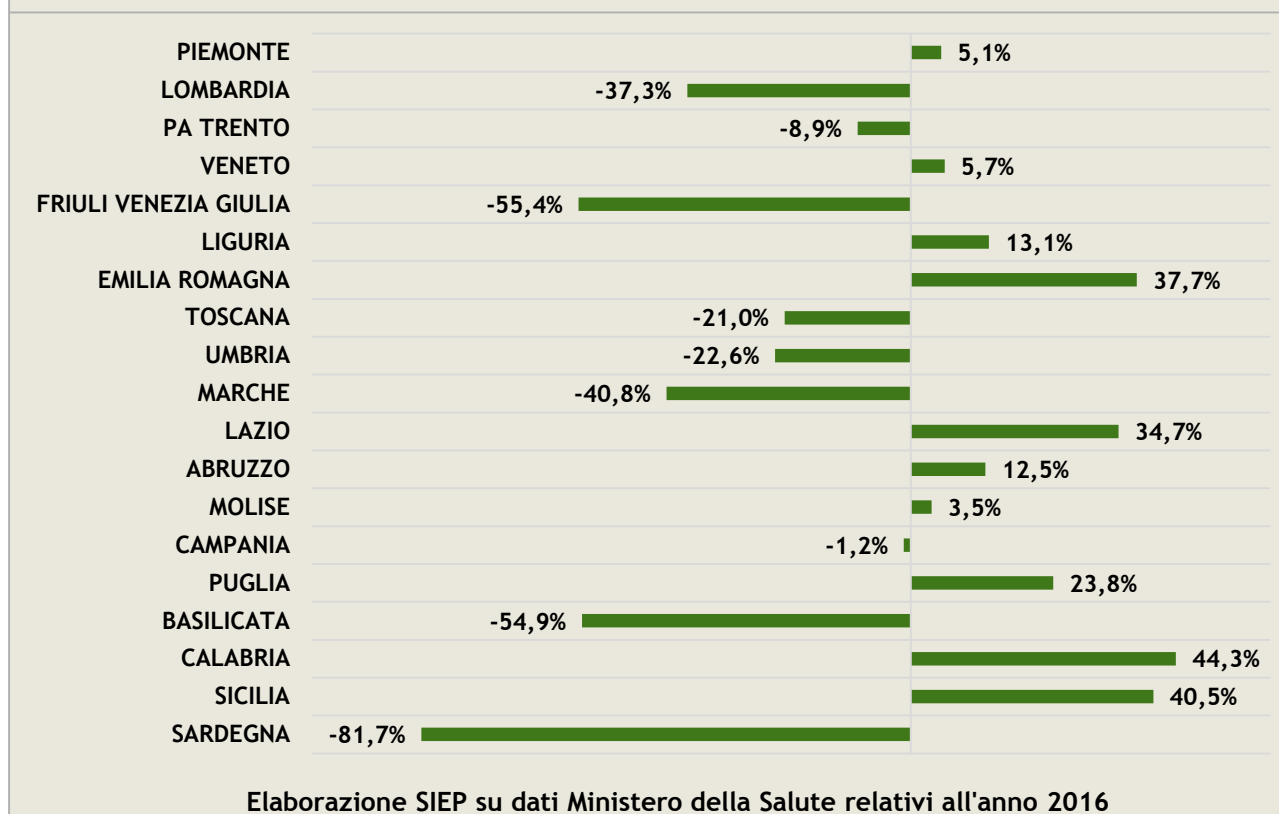
Incidenza trattata

Il tasso di nuovi casi trattati sul territorio nazionale è pari a 689 / 100.000 ab., in calo rispetto all'anno precedente (728,9 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 126 utenti trattati / 100.000 ab. in Sardegna (-81,7%) ad un massimo di 994 in Calabria (+44,3%). A livello nazionale, nell'anno considerato sono entrati in contatto con i DSM circa 7 nuovi utenti ogni 1.000 abitanti adulti residenti sul territorio.

Valori superiori al riferimento nazionale si riscontrano anche in Sicilia, Emilia-Romagna e Lazio (rispettivamente +40,5% e +37,7% e 34,7%). I valori più bassi si riscontrano in Friuli-Venezia Giulia (-55,4%) e Basilicata (-54,9%), oltre che in Sardegna.

Figura 13. Incidenza trattata - Variazione % sui tassi regionali - Valore di riferimento nazionale: 689 / 100.000*



*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta e PA di Bolzano per mancato invio dei dati

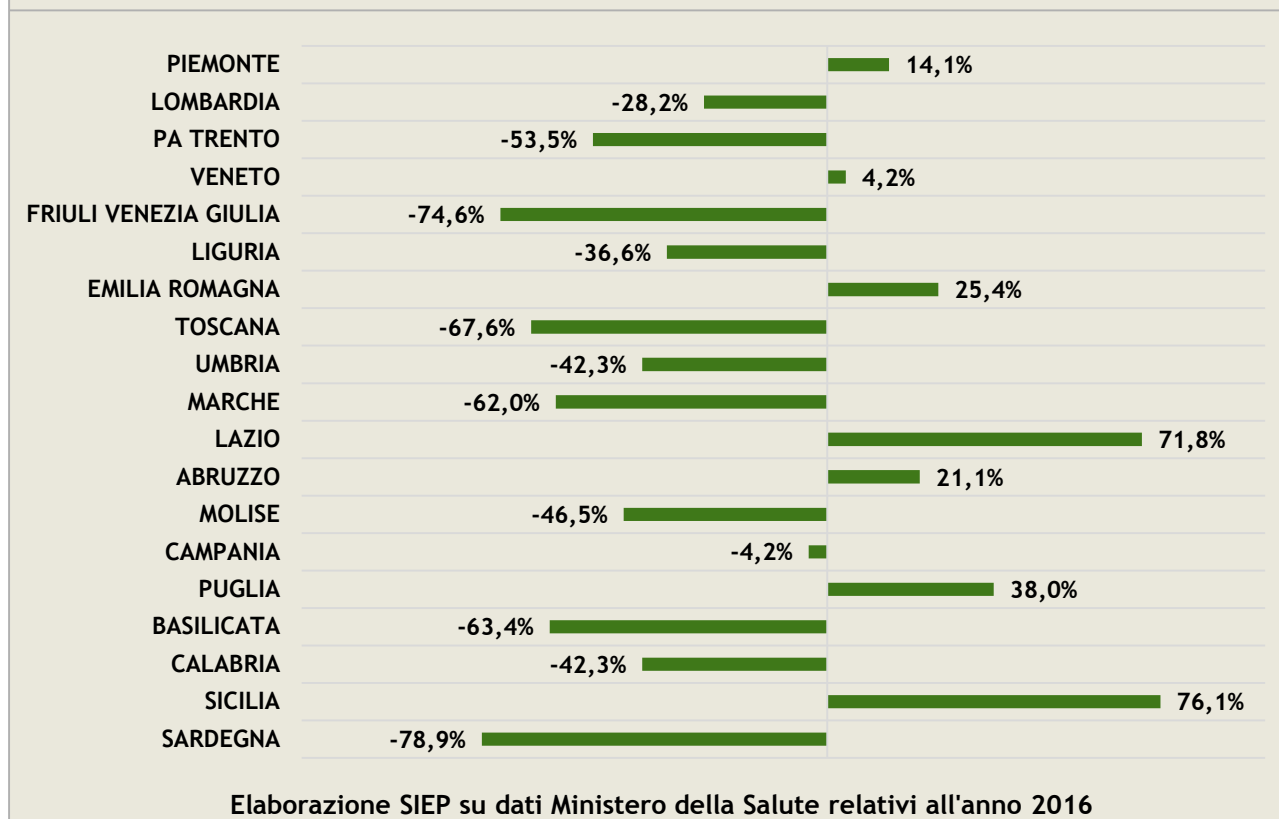
Incidenza trattata di Schizofrenia

Il tasso di nuovi casi di schizofrenia trattati sul territorio nazionale è pari a 71 / 100.000 ab., in crescita rispetto all'anno precedente (61 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 15 utenti trattati / 100.000 ab. in Sardegna (-78,9%) ad un massimo di 125 in Sicilia (+76,1%).

Valori superiori al 50% del valore medio nazionale si riscontrano anche in Lazio (+71,8). La maggior parte delle Regioni presenta valori del tasso inferiori al 50% del riferimento nazionale, a segnalare scarsa capacità di intercettare nuovi casi di schizofrenia.

Figura 14. Incidenza trattata di Schizofrenia - Variazione % sui tassi regionali
Valore di riferimento nazionale: 71 / 100.000*



*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta e PA di Bolzano per mancato invio dei dati

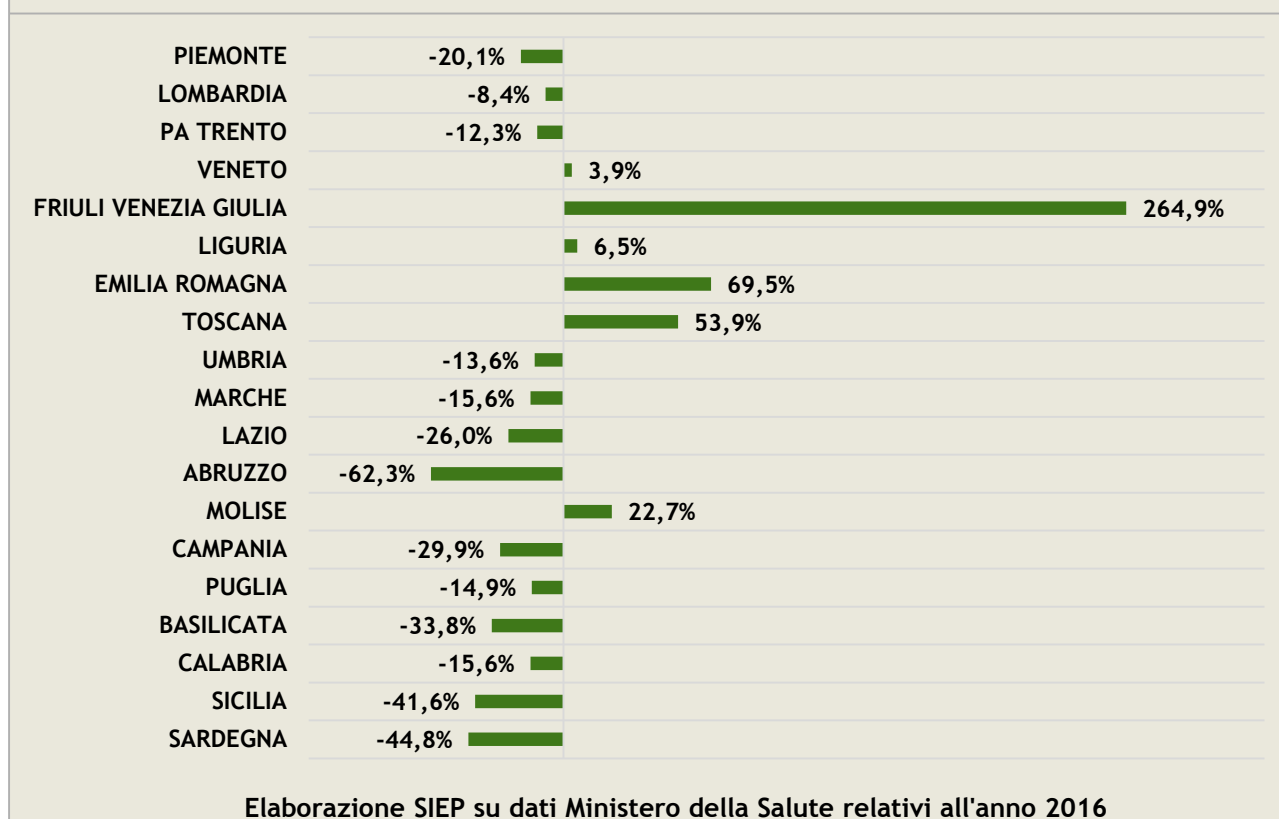
Prestazioni per utente

Il numero medio di prestazioni per utente in Italia è pari a 15,4, in crescita rispetto all'anno precedente (13,5).

I valori regionali variano da un minimo di 5,8 per l'Abruzzo (-62,3%) ad un massimo di 56,2 per il Friuli-Venezia Giulia (+264,9%).

Valori superiori al 50% del valore medio nazionale si riscontrano anche in Emilia-Romagna e in Toscana (rispettivamente +69,5% e +53,9%). Quasi tutte le altre Regioni erogano un numero di prestazioni per utente trattato inferiore a quello di riferimento. Nello specifico le Regioni che mostrano il numero medio di prestazioni più basso dopo l'Abruzzo sono Sardegna e Sicilia (rispettivamente -44,8% e -41,6%).

Figura 15. Prestazioni per utente - Variazione % sui dati regionali - Valore di riferimento nazionale: 15,4*



*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta e PA di Bolzano per mancato invio dei dati

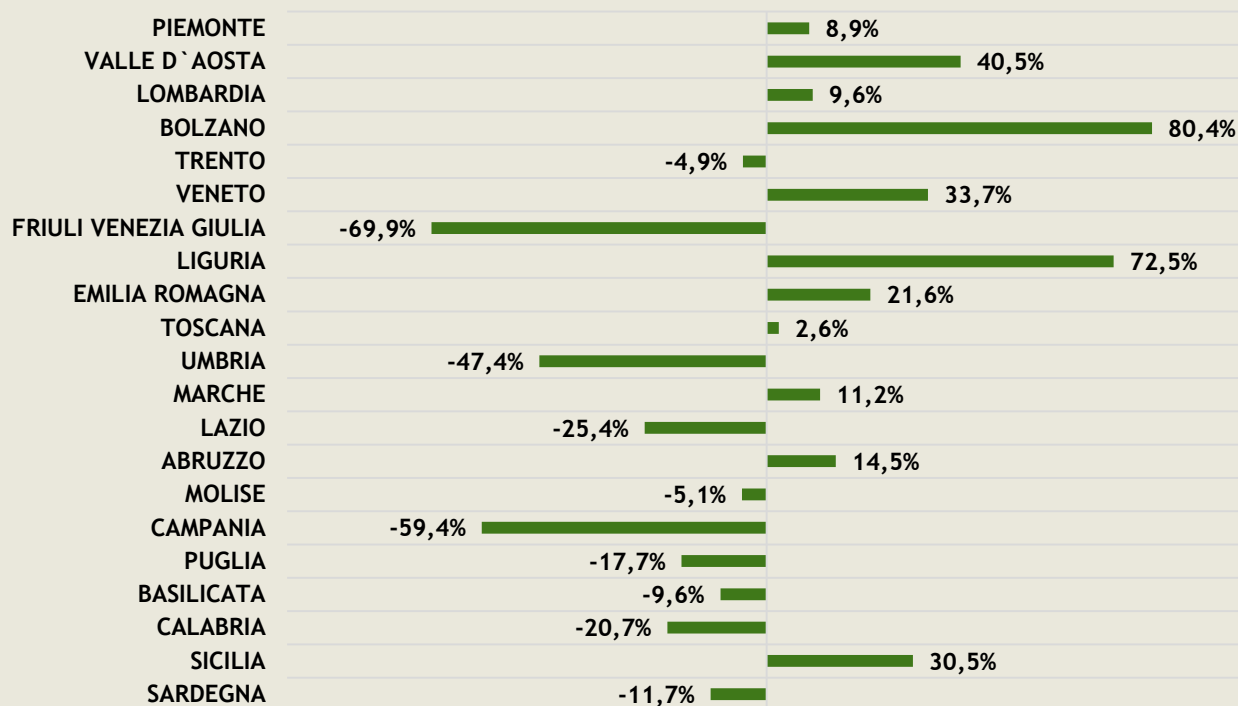
Dimissioni da reparti psichiatrici

Il tasso di dimissioni da reparti psichiatrici in Italia è pari a 214,9 / 100.000 ab., in lieve calo rispetto all'anno precedente (218,7 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 64,7 / 100.000 ab. in Friuli-Venezia Giulia (-69,9%) ad un massimo di 387,7 nella PA di Bolzano (+80,4%).

Le Regioni che mostrano un numero di dimissioni superiore al valore di riferimento nazionale, a segnalare un largo utilizzo della pratica di ricovero ospedaliero, sono la Liguria (+72,5%), la Valle D'Aosta (+40,5%) e il Veneto (+33,7%). Un numero di dimissioni da reparti psichiatrici inferiore al valore medio nazionale si riscontra oltre che in Friuli-Venezia Giulia, in Campania e Umbria (rispettivamente -59,4% e -47,4%).

Figura 16. Dimissioni da reparti psichiatrici - Variazione % sui tassi regionali - Valore di riferimento nazionale: 214,9 / 100.000



Elaborazione SIEP su dati Ministero della Salute relativi all'anno 2016

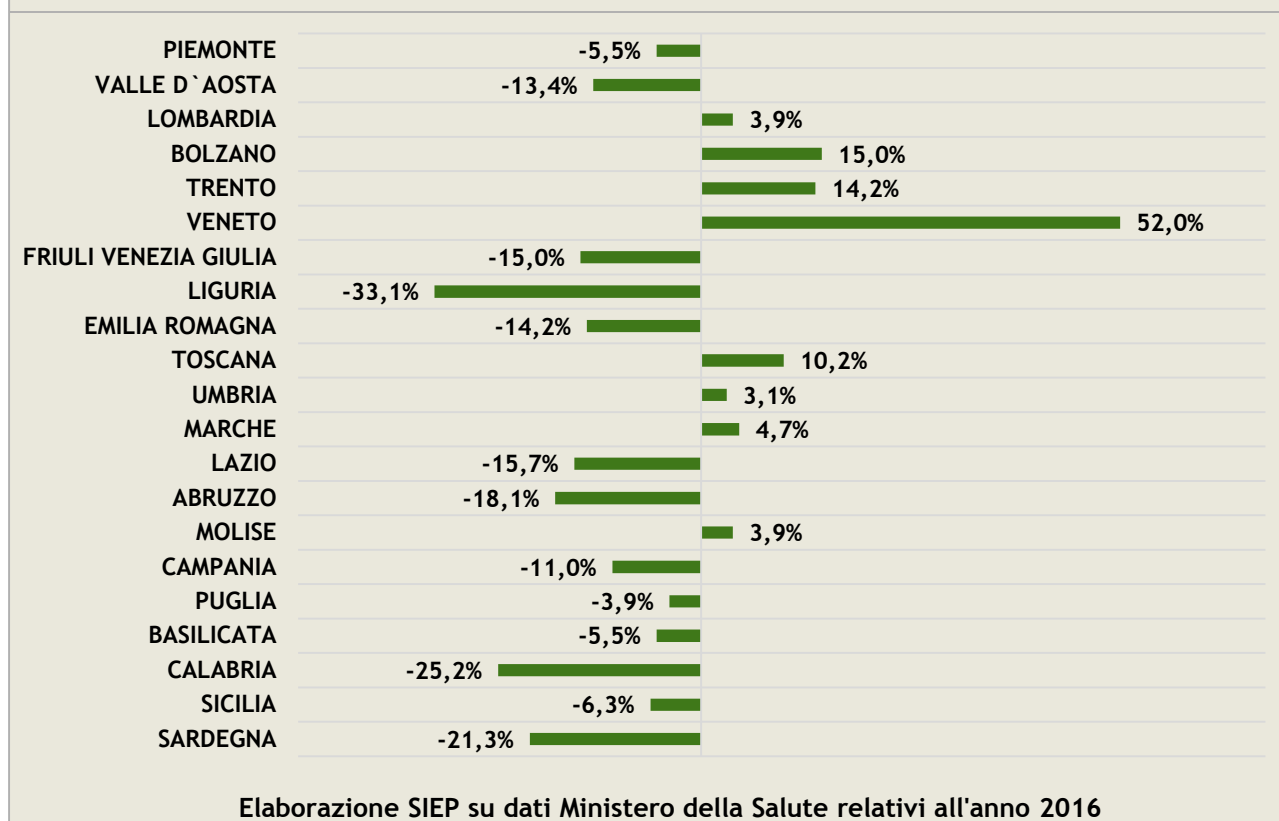
Degenza media dei ricoveri in reparti psichiatrici

La durata media di degenza dei ricoveri in reparti psichiatrici in Italia è pari a 12,7 giorni, sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente.

I valori regionali variano da un minimo di 8,5 giorni per la Liguria (-33,1%) ad un massimo di 19,3 giorni per il Veneto (+52%).

In generale, le variazioni, sia in positivo che in negativo, risultano contenute entro i limiti del 30%.

Figura 17. Degenza media dei ricoveri in reparti psichiatrici - Variazione % sui dati regionali - Valore di riferimento nazionale: 12,7 giorni



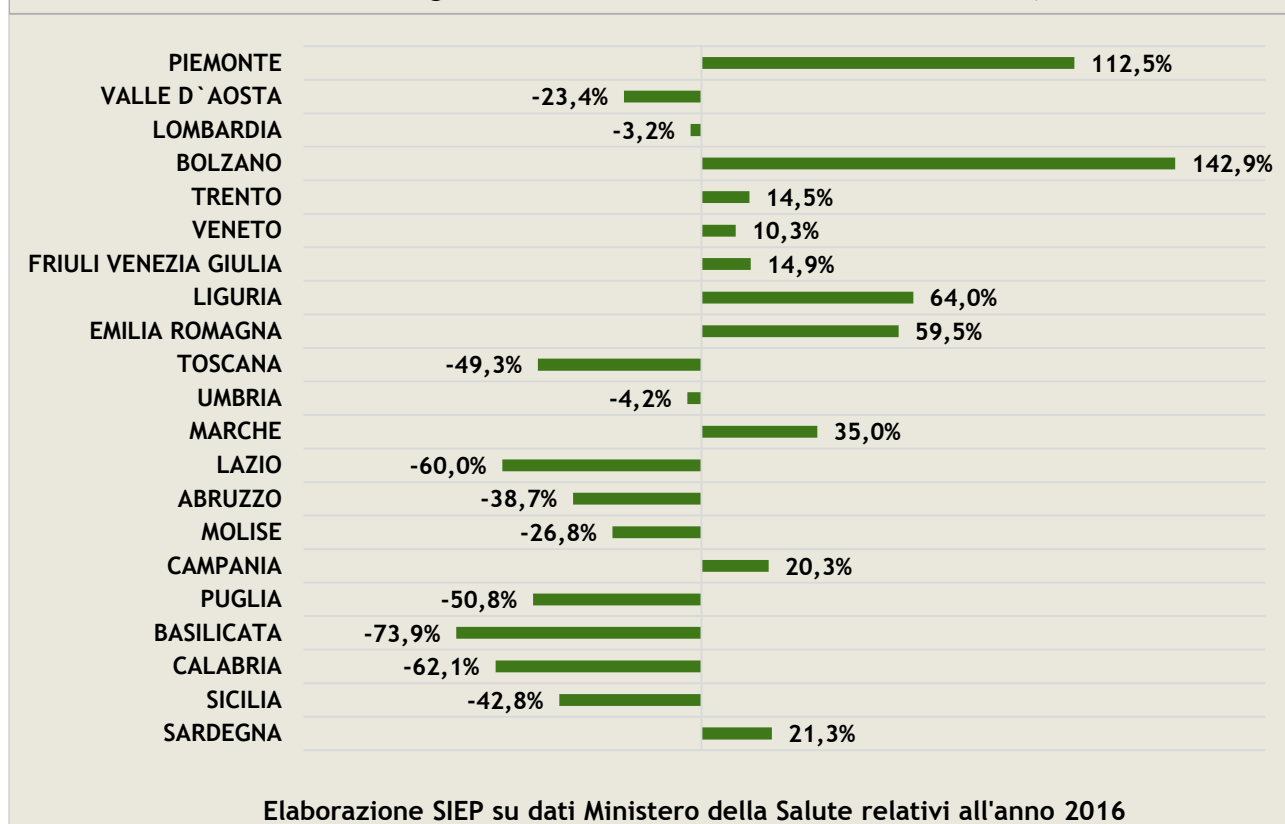
Dimissioni con diagnosi principale psichiatrica da reparti non psichiatrici

Il tasso di dimissioni con diagnosi principale psichiatrica da reparti non psichiatrici⁴ in Italia è pari a 95,7 / 100.000 ab., in calo rispetto all'anno precedente (101,4 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 24,5 dimissioni con diagnosi principale psichiatrica / 100.000 ab. in Basilicata (-73,9%) ad un massimo di 264,9 nella PA di Bolzano (+142,9%).

Le altre Regioni che mostrano un numero di dimissioni superiore al 50% del valore di riferimento nazionale, a segnalare una scarsa appropriatezza del motivo di ricovero, sono il Piemonte (+112,5%), la Liguria (+64%) e l'Emilia-Romagna (+59,5%). Un numero di dimissioni inferiore di almeno il 50% del valore medio nazionale si rileva, oltre che in Basilicata, in Calabria, Lazio e Puglia (rispettivamente -62,1%, -60% e -50,8%).

Figura 18. Dimissioni con diagnosi principale psichiatrica da reparti non psichiatrici
Variazione % sui tassi regionali - Valore di riferimento nazionale: 95,7 / 100.000



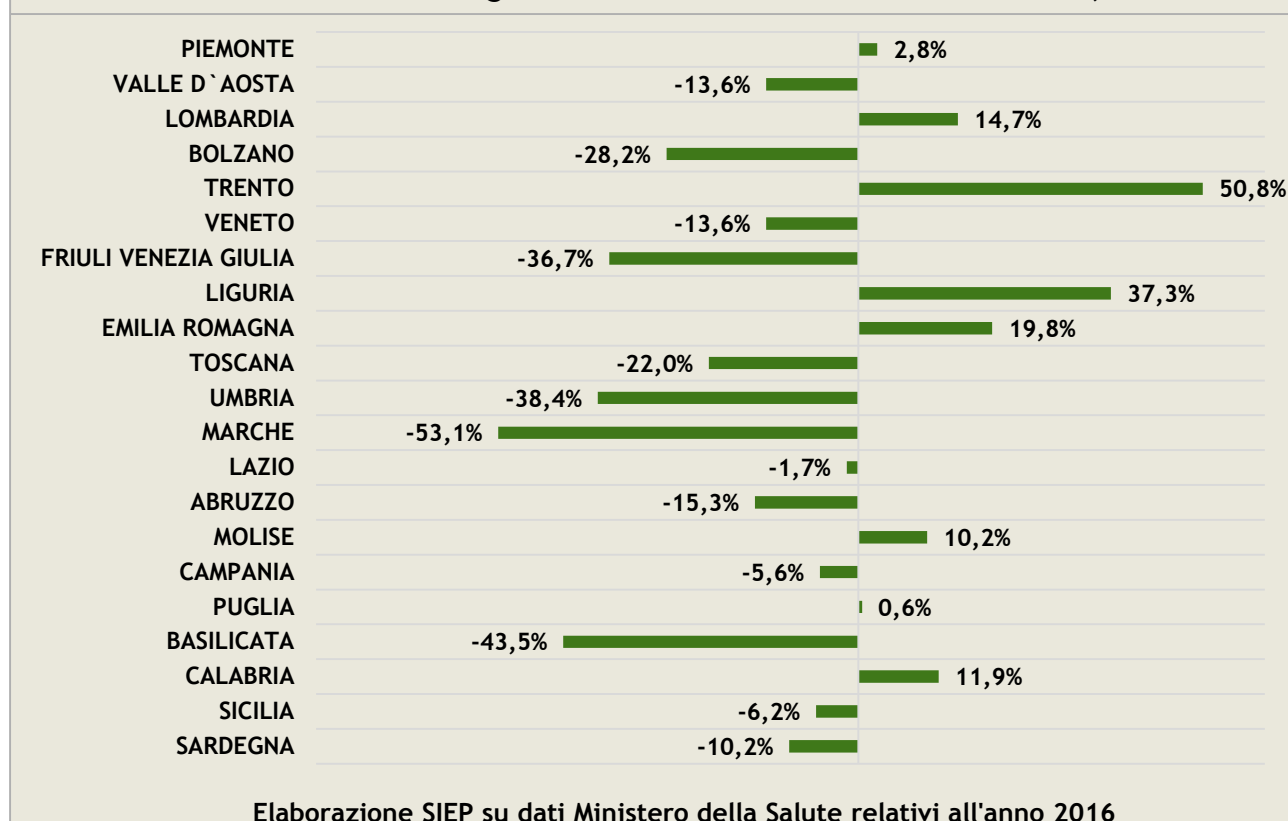
⁴ L'indicatore fa riferimento alla differenza tra il totale delle dimissioni con diagnosi psichiatrica e le dimissioni con diagnosi psichiatrica effettuate da reparti psichiatrici. Il dato è ottenuto dai valori riportati in tabella 12.1.1 del RSM - Distribuzione regionale delle dimissioni con diagnosi di disturbo mentale per unità di dimissione (strutture pubbliche e private) - p. 124 - Anno 2016 - Ministero della Salute

Riammissioni non programmate entro 30 giorni dalla dimissione

La percentuale di riammissioni non programmate entro 30 giorni dalla dimissione è considerata un indicatore di scarsa capacità di gestione territoriale dei casi per i quali è stato necessario un ricovero e una scarsa integrazione tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri. In Italia essa è pari al 17,7%, in leggera crescita rispetto all'anno precedente (17,1%).

I valori regionali variano da un minimo di 8,3% nelle Marche (-53,1%) ad un massimo di 26,7% nella PA di Trento (+50,8%). Anche la Liguria presenta una percentuale di riammissioni non programmate entro 30 giorni dalla dimissione sensibilmente superiore al valore di riferimento (+37,3%). I valori più bassi oltre che nelle Marche, si riscontrano in Basilicata, in Umbria e in Friuli-Venezia Giulia (rispettivamente -43,5%, -38,4% e -36,7%).

Figura 20. Riammissioni non programmate entro 30 giorni dalla dimissione
Variazione % sui dati regionali - Valore di riferimento nazionale: 17,7%

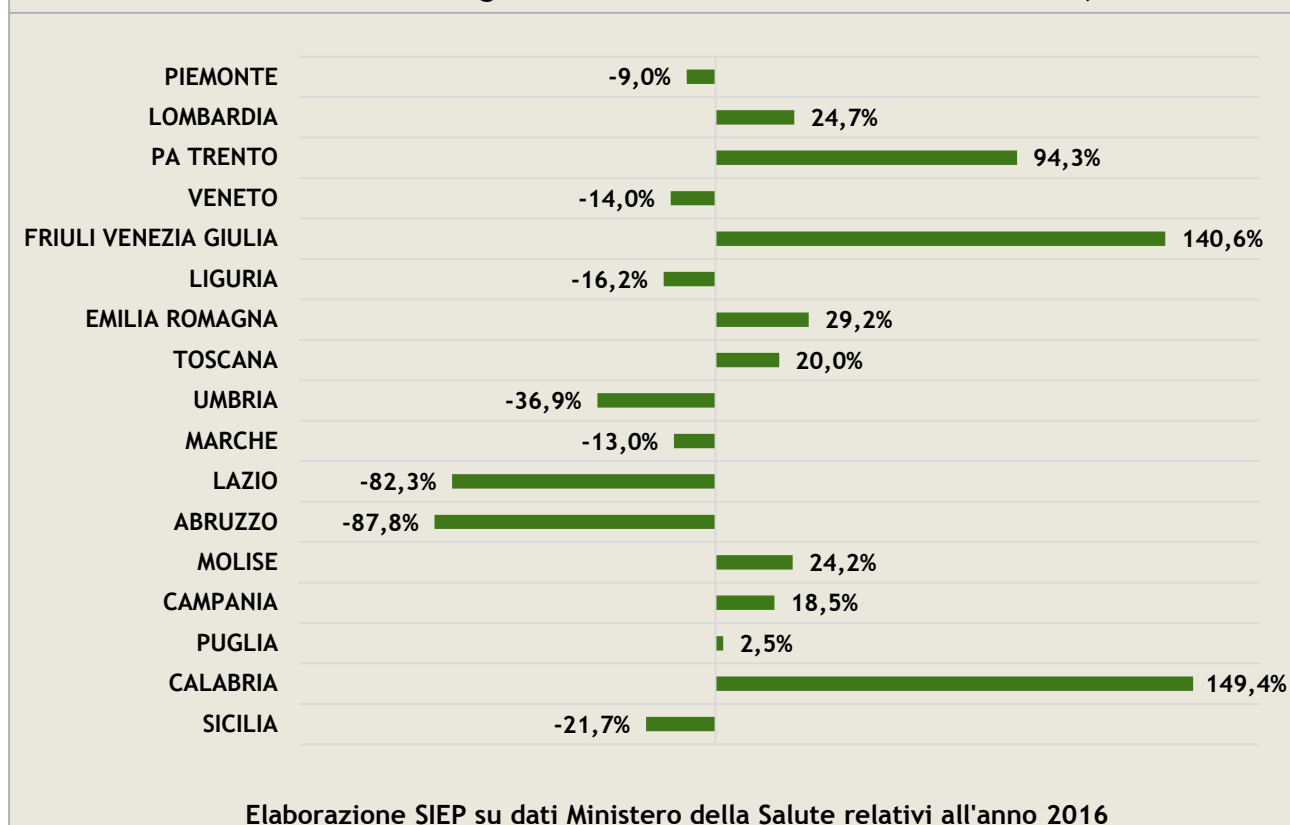


Contatto entro 14 giorni dalla dimissione

La percentuale di pazienti con visita psichiatrica entro 14 giorni dalla dimissione è considerata un indicatore della continuità assistenziale. In Italia essa è pari a 40,1%, in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente (40,4%).

I valori regionali variano da un minimo di 4,9% in Abruzzo (-87,8%) ad un massimo di 100% in Calabria (+149,4%), a segnalare una tempestiva presa in carico da parte dei servizi territoriali dei pazienti dimessi dalle strutture di ricovero. Valori superiori al 50% del riferimento nazionale si riscontrano anche in Friuli-Venezia Giulia (+140,6%) e per la PA di Trento (+94,3%). Una percentuale di pazienti con visita psichiatrica entro 14 giorni dalla dimissione significativamente inferiore al valore di riferimento nazionale oltre che in Abruzzo, si riscontra in Lazio (-82,3%) e in Umbria (-36,9%).

Figura 21. Pazienti con visita psichiatrica entro 14 giorni dalla dimissione
Variazione % sui dati regionali - Valore di riferimento nazionale: 40,1%*



*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta, PA di Bolzano e Basilicata per mancato invio dei dati

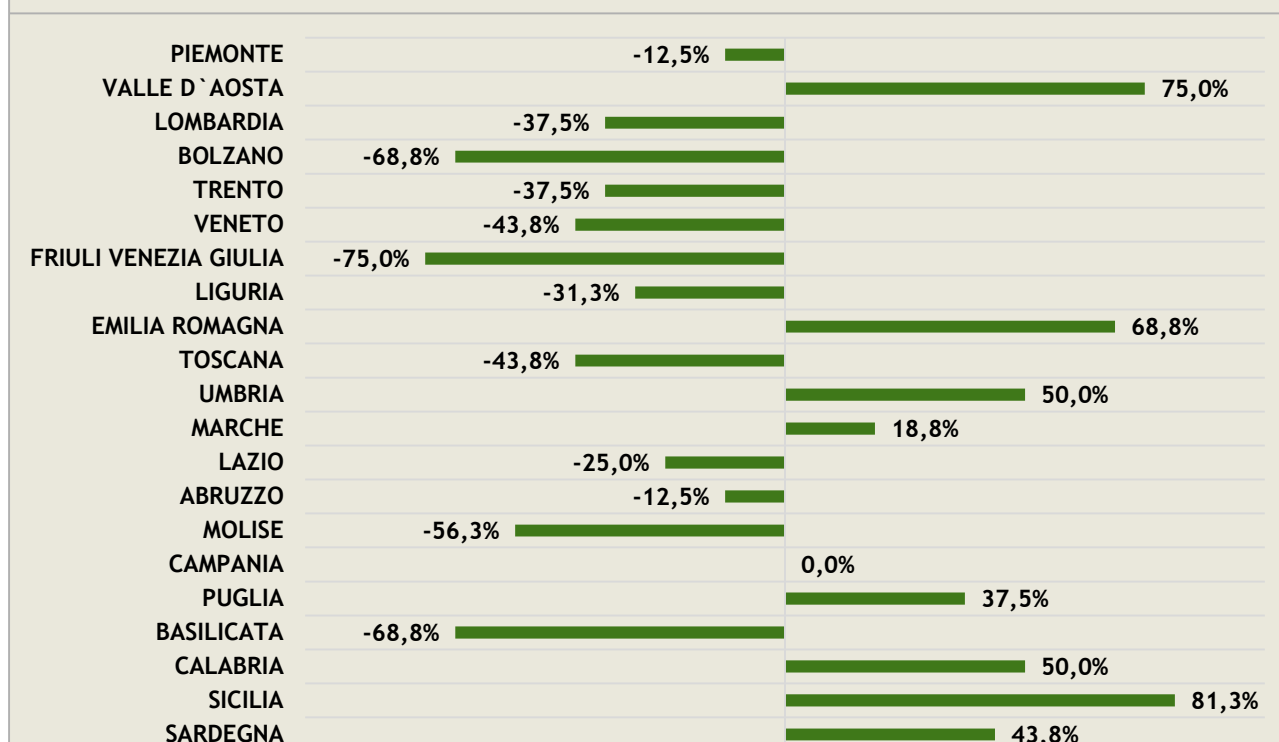
Trattamento Sanitario Obbligatorio

Il TSO è generalmente utilizzato come indicatore indiretto della scarsa efficacia dei programmi preventivi, terapeutici e riabilitativi realizzati dai DSM. Il tasso di riferimento nazionale è pari a 16 / 100.000 ab., in diminuzione rispetto all'anno precedente (17,3 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 4 TSO / 100.000 ab. in Friuli-Venezia-Giulia (-75%) ad un massimo di 29 in Sicilia (+81,3%).

Valori superiori al 50% del valore medio di riferimento sono registrati anche in Valle D'Aosta (+75%), in Emilia-Romagna (+68,8%), in Umbria e in Calabria (+50,0%). Un tasso di TSO / 100.000 ab. inferiore al 50% del valore medio nazionale si rileva oltre che in Friuli-Venezia Giulia, nella PA di Bolzano, in Basilicata e in Molise (rispettivamente -68,8%, -68,8% e -56,3%).

Figura 22. Trattamento Sanitario Obbligatorio - Variazione % sui tassi regionali - Valore di riferimento nazionale: 16 / 100.000



Elaborazione SIEP su dati Ministero della Salute relativi all'anno 2016

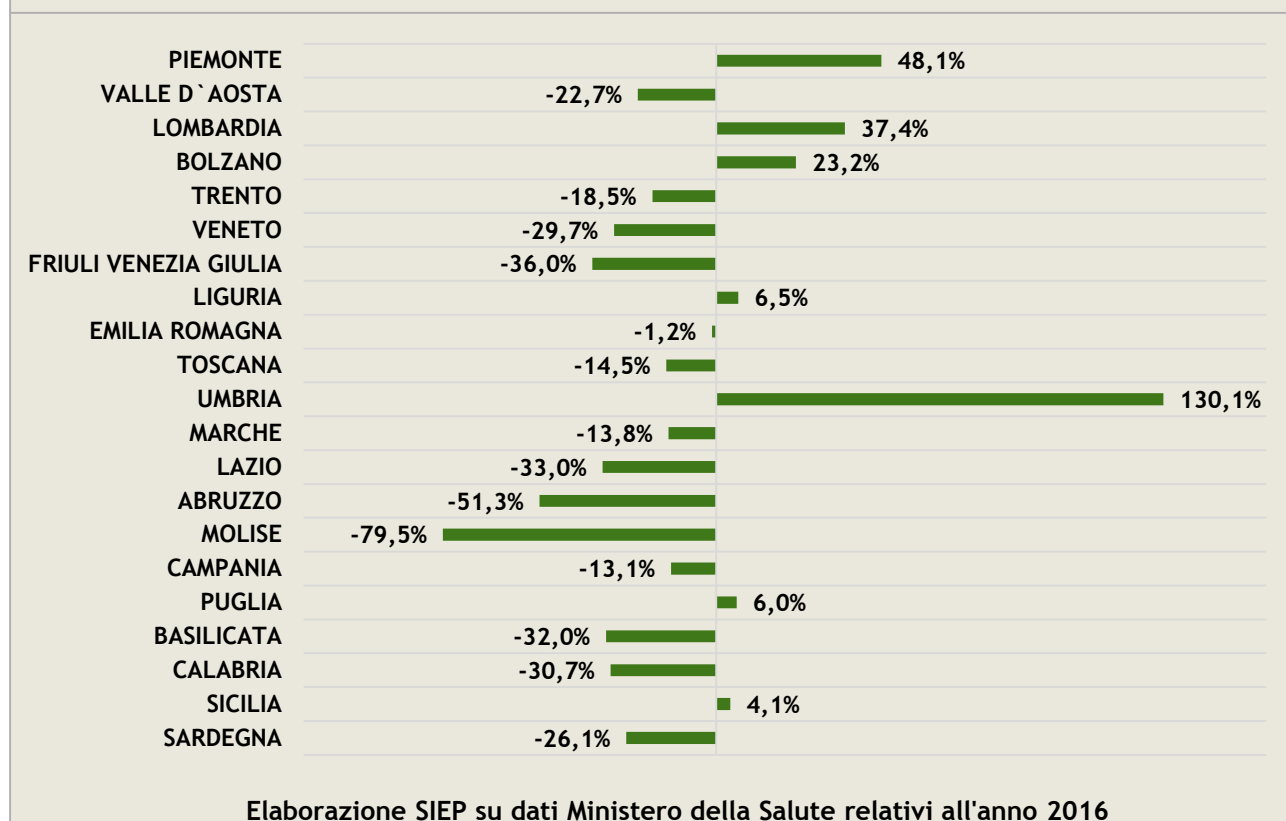
Accessi in Pronto Soccorso con diagnosi psichiatrica

Il tasso di accessi in PS per motivi psichiatrici può essere considerato un indicatore della scarsa accessibilità dei servizi territoriali. Il valore di riferimento nazionale è pari a 1.136 / 100.000 ab., in calo rispetto all'anno precedente (1.154,6 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 233 accessi in PS / 100.000 ab. in Molise (-79,5%) ad un massimo di 2.614 in Umbria (130,1%).

Valori significativamente superiori alla media si riscontrano anche in Piemonte (+48,1%). Valori inferiori al 50% della media nazionale si registrano oltre che in Molise, in Abruzzo (-51,3%). In generale, la maggior parte delle Regioni mostra un tasso di accessi in PS / 100.000 ab. inferiore alla media nazionale.

Figura 23. Accessi in PS con diagnosi psichiatrica - Variazione % sui tassi regionali
Valore di riferimento nazionale: 1.136 / 100.000



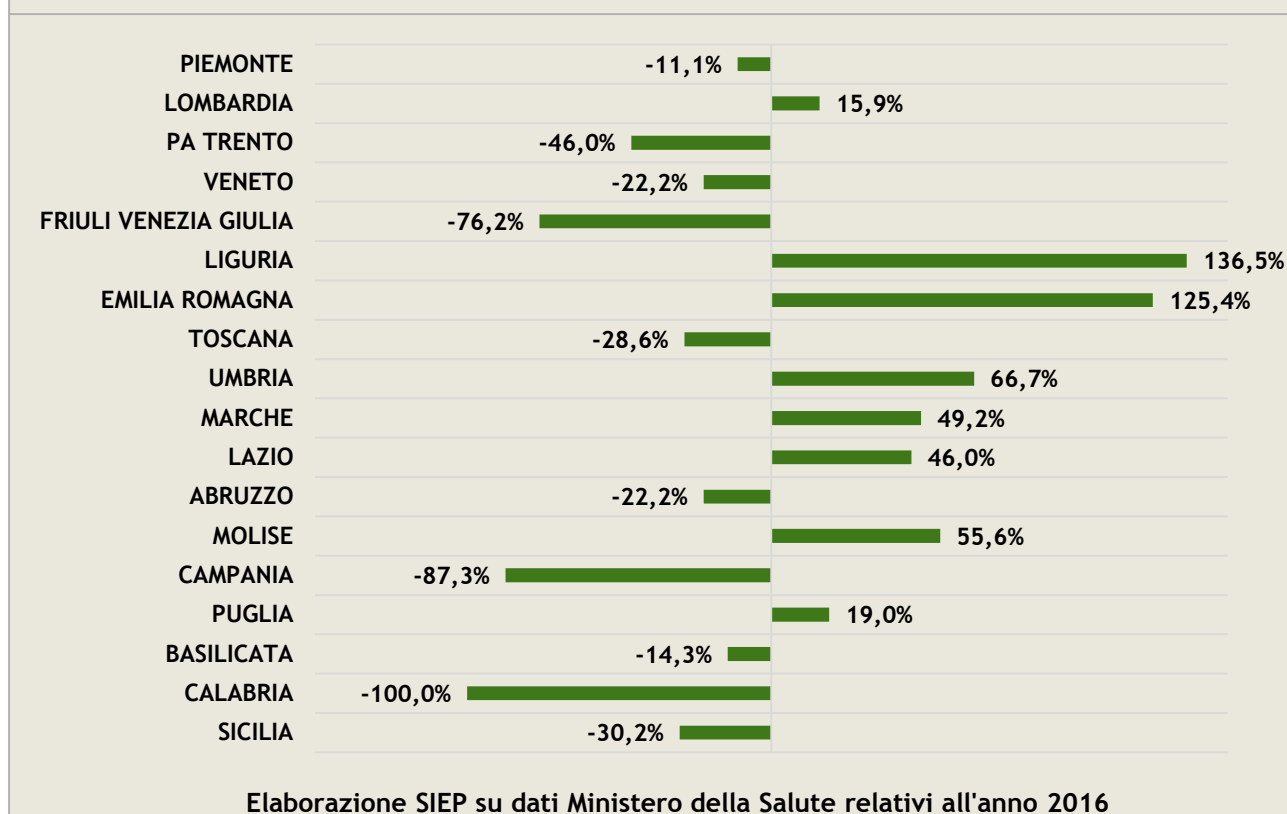
Presenze in Strutture Residenziali Psichiatriche

Il tasso di presenze in strutture residenziali psichiatriche in Italia è pari a 63 / 100.000 ab., in crescita rispetto all'anno precedente (61 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 0,2⁵ presenze in strutture residenziali psichiatriche / 100.000 ab. in Calabria (-100%) ad un massimo di 149 in Liguria (+136,5%).

Valori superiori al 50% del riferimento nazionale si riscontrano anche in Emilia-Romagna, Umbria e Molise (rispettivamente +125,4%, +66,7% e +55,6%). I valori più bassi si riscontrano oltre che in Calabria, in Campania e Friuli-Venezia Giulia (rispettivamente -87,3% e -76,2%).

Figura 24. Presenze annuali in Strutture Residenziali Psichiatriche - Variazione % sui tassi regionali - Valore di riferimento nazionale: 63 / 100.000*



*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta, PA di Bolzano e Sardegna per mancato invio dei dati

⁵ Il tasso della Calabria, pari a 0,2, deriva da un numero assoluto di presenze annuali in strutture residenziali pari a 3

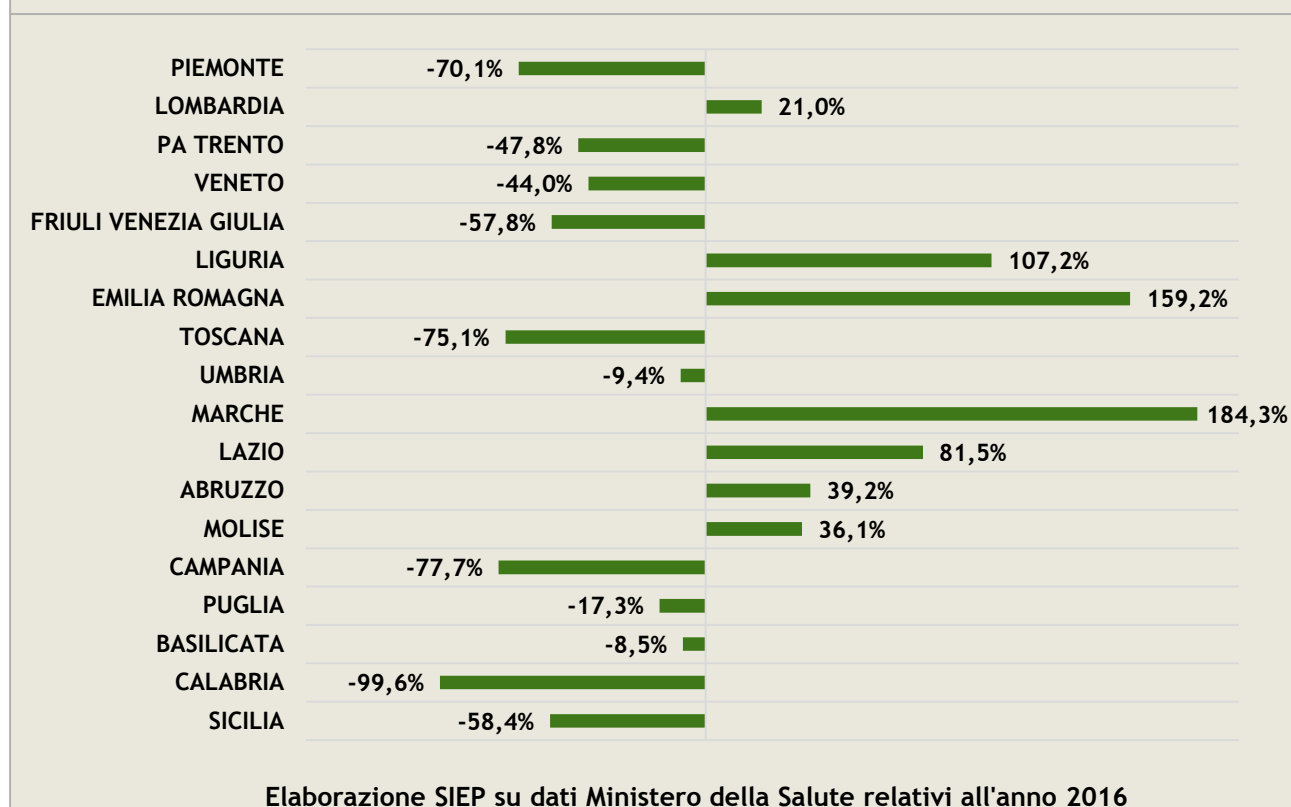
Ammissioni in Strutture Residenziali Psichiatriche

Il tasso di nuove ammissioni in strutture residenziali psichiatriche in Italia è pari a 34,7 / 100.000 ab., in crescita rispetto all'anno precedente (32,3 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 0,2⁶ presenze in strutture residenziali psichiatriche / 100.000 ab. in Calabria (-100%) ad un massimo di 149 in Liguria (+136,5%).

Valori superiori al 50% del riferimento nazionale si riscontrano anche in Emilia-Romagna, Umbria e Molise (rispettivamente +125,4%, +66,7% e +55,6%). I valori più bassi si riscontrano oltre che in Calabria, in Campania e Friuli-Venezia Giulia (rispettivamente -87,3% e -76,2%).

Figura 25. Ammissioni in Strutture Residenziali Psichiatriche - Variazione % sui tassi regionali - Valore di riferimento nazionale: 34,7 / 100.000*



*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta, PA di Bolzano e Sardegna per mancato invio dei dati

⁶ Il tasso della Calabria, pari a 0,2, deriva da un numero assoluto di presenze annuali in strutture residenziali pari a 3

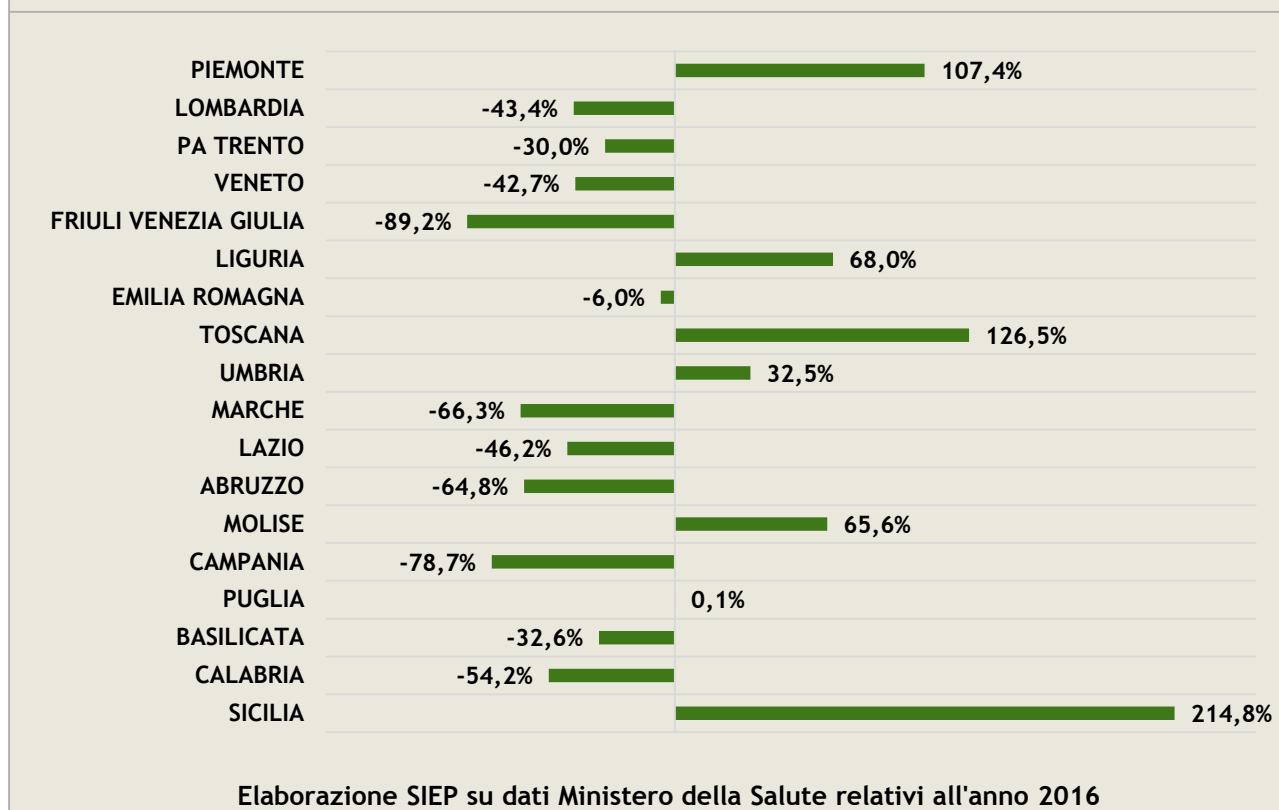
Durata del trattamento residenziale

La durata del trattamento residenziale in Italia è pari a 673,9 giorni, in calo rispetto all'anno precedente (756,4 giorni).

I valori regionali variano da un minimo di 72,5 giorni in Friuli-Venezia Giulia (-89,2%) a un massimo di 2.121,5 giorni in Sicilia (+214,8%).

Scostamenti sensibilmente più elevati dal valore di riferimento nazionale si riscontrano anche in Toscana, Piemonte, Liguria e Molise (rispettivamente +126,5%, +107,4%, +68,0% e +65,6%). I valori più bassi si riscontrano oltre che in Friuli-Venezia Giulia, in Campania (-78,7%), Marche (-66,3%), Abruzzo (-64,8%) e Calabria (-54,2%).

Figura 26. Durata del trattamento residenziale - Variazione % su dati regionali
Valore di riferimento nazionale: 673,9 giorni*



*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta, PA di Bolzano e Sardegna per mancato invio dei dati

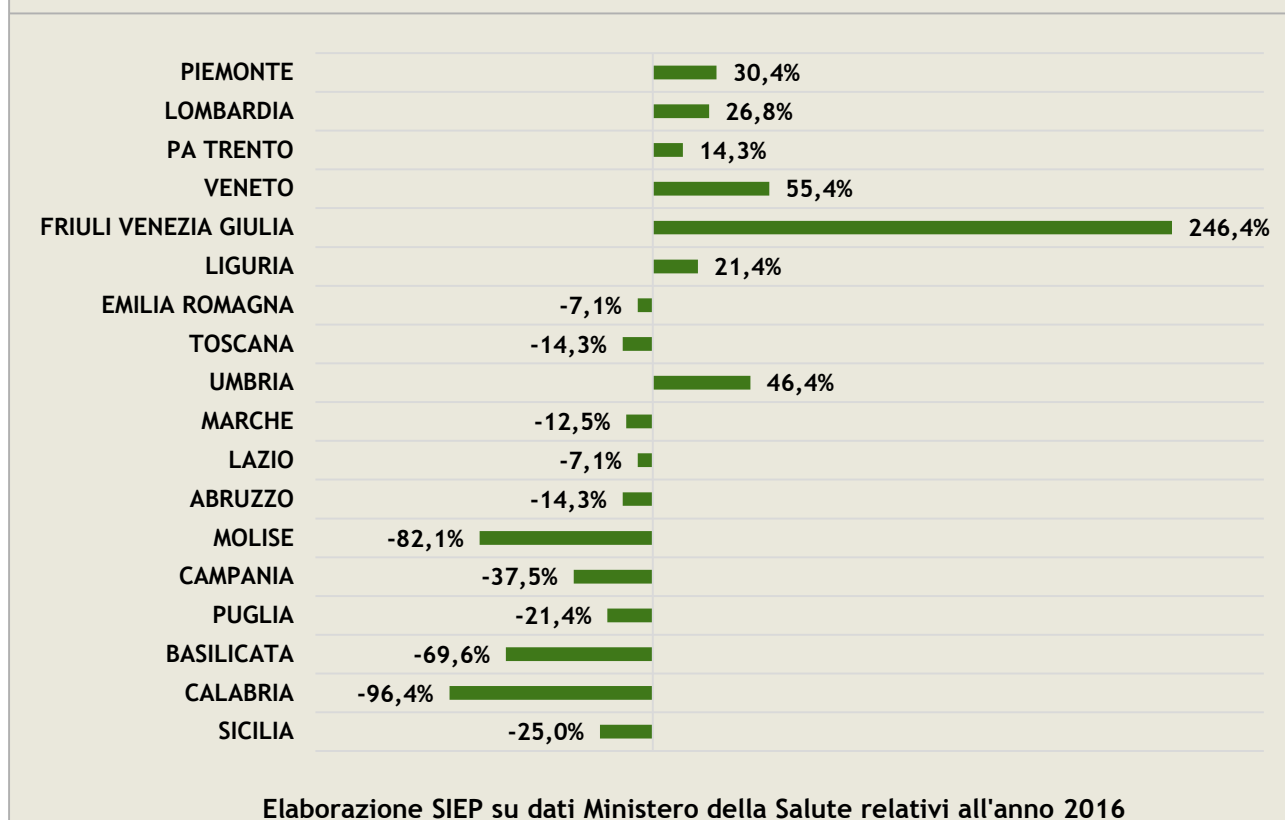
Presenze in Strutture Semiresidenziali Psichiatriche

Il tasso di presenze in strutture semiresidenziali psichiatriche in Italia è pari a 56 / 100.000 ab., in calo rispetto all'anno precedente (59,1 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 2 presenze in strutture semiresidenziali psichiatriche / 100.000 ab. in Calabria (-96,4%) ad un massimo di 194 in Friuli-Venezia Giulia (+246,4%).

Valori superiori al riferimento nazionale si riscontrano anche in Veneto e in Umbria (rispettivamente +55,4% e +46,4%). In generale la maggior parte delle Regioni mostra un tasso di presenze in strutture semiresidenziali psichiatriche / 100.000 ab. inferiore a quello medio nazionale. Valori inferiori al 50% si riscontrano oltre che in Calabria, in Molise e Basilicata (rispettivamente -82,1% e -69,6%).

Figura 27. Presenze in Strutture Semiresidenziali Psichiatriche - Variazione % sui tassi regionali Valore di riferimento nazionale: 56 / 100.000*



*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta, PA di Bolzano e Sardegna per mancato invio dei dati

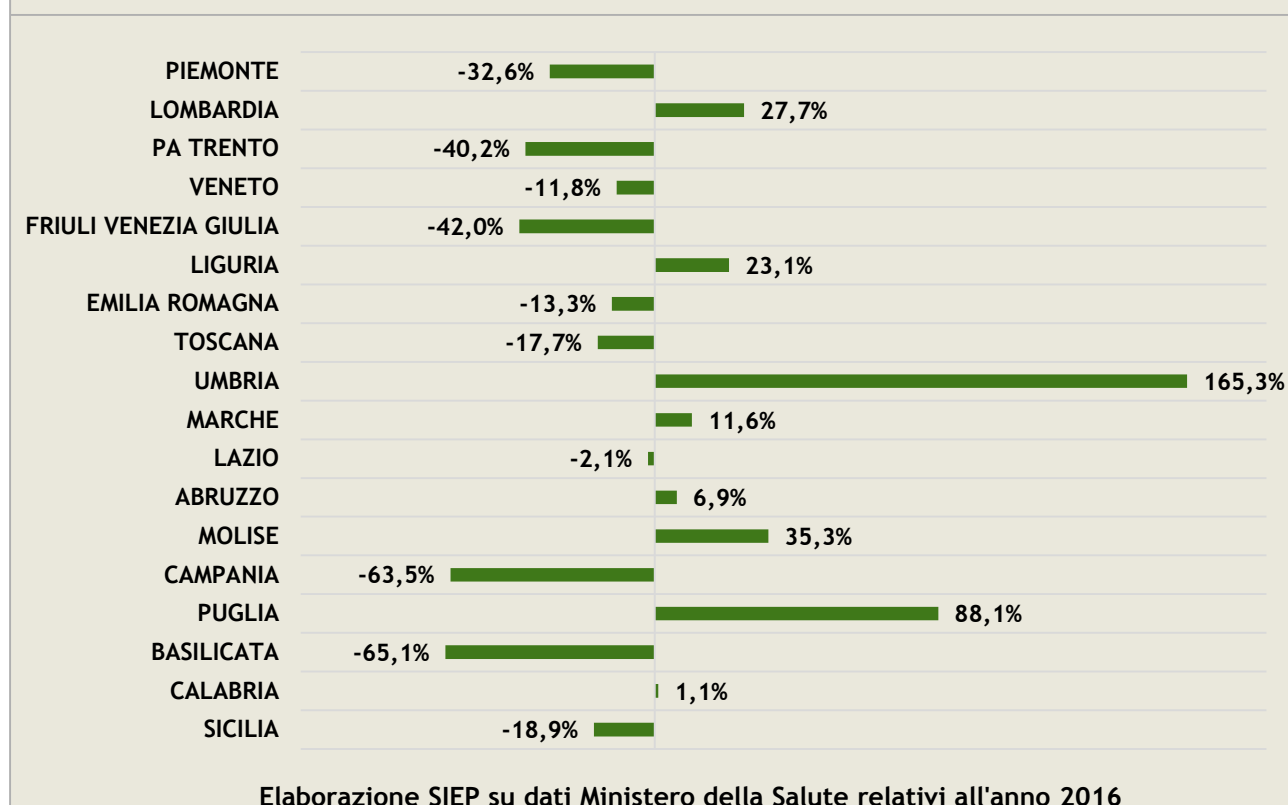
Accessi in Strutture Semiresidenziali Psichiatriche

Il numero medio di accessi per utente in strutture semiresidenziali psichiatriche in Italia è pari a 63,1, in leggera crescita rispetto all'anno precedente (59,2).

I valori regionali variano da un minimo di 22,1 accessi in strutture semiresidenziali psichiatriche per utente in Basilicata (-65,1%) ad un massimo di 167,5 in Umbria (+165,3%).

Valori superiori al riferimento nazionale si riscontrano anche in Puglia (+88,1%). Valori inferiori al 50% si riscontrano oltre che in Basilicata, anche in Campania (-63,5%).

Figura 28. Accessi in Strutture Semiresidenziali Psichiatriche - Variazione % sui tassi regionali Valore di riferimento nazionale: 63,1*



*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta, PA di Bolzano e Sardegna per mancato invio dei dati

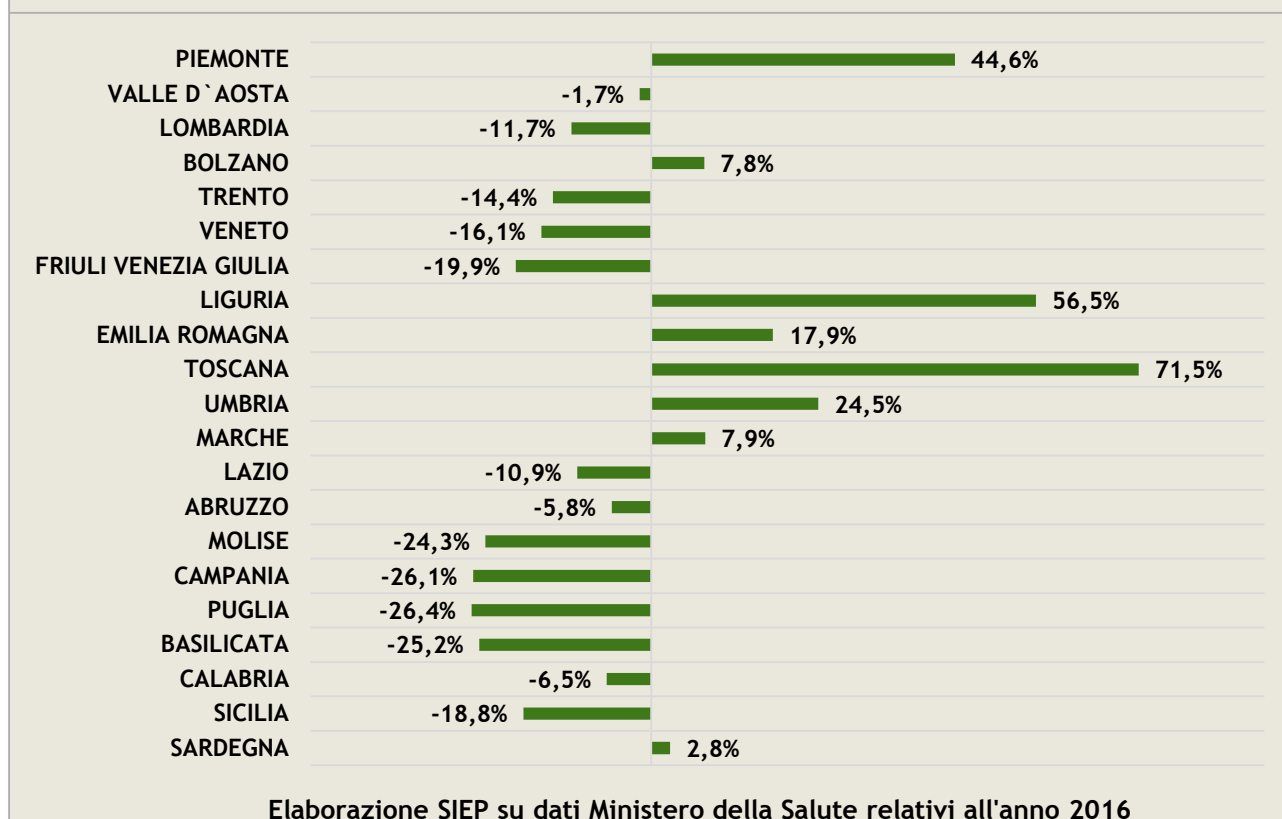
Soggetti trattati con antidepressivi

Il tasso di soggetti trattati con farmaci antidepressivi⁷ in Italia è pari a 127 / 1.000 ab., sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente (127,6 / 1.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 93,6 soggetti trattati con antidepressivi / 1.000 ab. in Puglia (-26,4%) ad un massimo di 217,9 in Toscana (+71,5%).

Anche la Liguria mostra un tasso superiore al 50% del valore di riferimento nazionale (+56,5%). Si nota una maggiore frequenza di prescrizioni nell'area centrale del Paese. I valori più bassi oltre che in Puglia, si riscontrano in Campania, Basilicata e Molise (rispettivamente -26,1%, -25,2% e -24,3%).

Figura 29. Soggetti trattati con AD - Variazione % sui tassi regionali - Valore di riferimento nazionale: 127 / 1.000



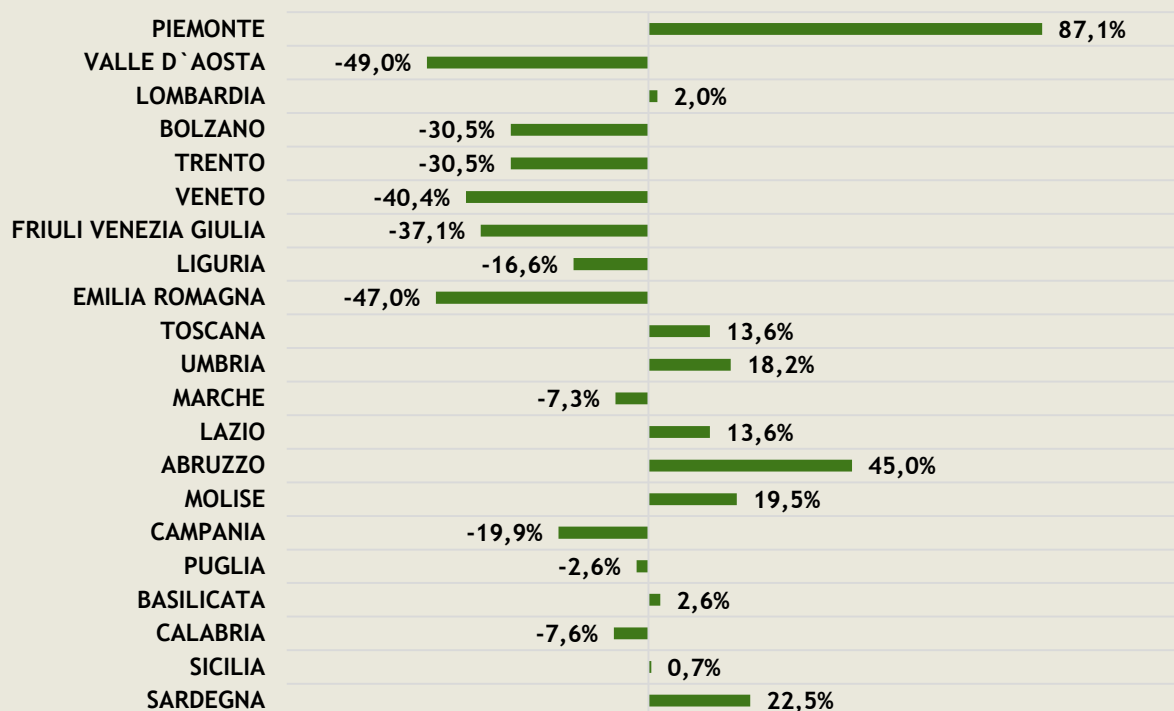
⁷ I dati riportati fanno riferimento ai farmaci erogati in regime convenzionato e ai farmaci erogati in distribuzione diretta. I rispettivi indicatori, espressi come tassi per 1.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni, sono stati sommati per ogni categoria di farmaco considerata. Ciò potrebbe determinare una sovrastima per la presenza di soggetti che nell'anno considerato hanno avuto accesso ad entrambe le modalità di erogazione

Soggetti trattati con antipsicotici

Il tasso di soggetti trattati con farmaci antipsicotici⁸ in Italia è pari a 30,2 / 100.000 ab., in crescita rispetto all'anno precedente (23,3 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 15,4 soggetti trattati con antipsicotici / 1.000 ab. in Valle D'Aosta (-49%) ad un massimo di 56,5 in Piemonte (+87,1%). Valori sensibilmente elevati si riscontrano anche in Abruzzo (+45,0%). Valori più bassi si riscontrano anche in Emilia-Romagna e Veneto (rispettivamente -47,0% e -40,0%).

Figura 30. Soggetti trattati con AP - Variazione % sui tassi regionali - Valore di riferimento nazionale: 30,2 / 1.000



Elaborazione SIEP su dati Ministero della Salute relativi all'anno 2016

⁸ I dati riportati fanno riferimento ai farmaci erogati in regime convenzionato e ai farmaci erogati in distribuzione diretta. I rispettivi indicatori, espressi come tassi per 1.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni, sono stati sommati per ogni categoria di farmaco considerata. Ciò potrebbe determinare una sovrastima per la presenza di soggetti che nell'anno considerato hanno avuto accesso ad entrambe le modalità di erogazione

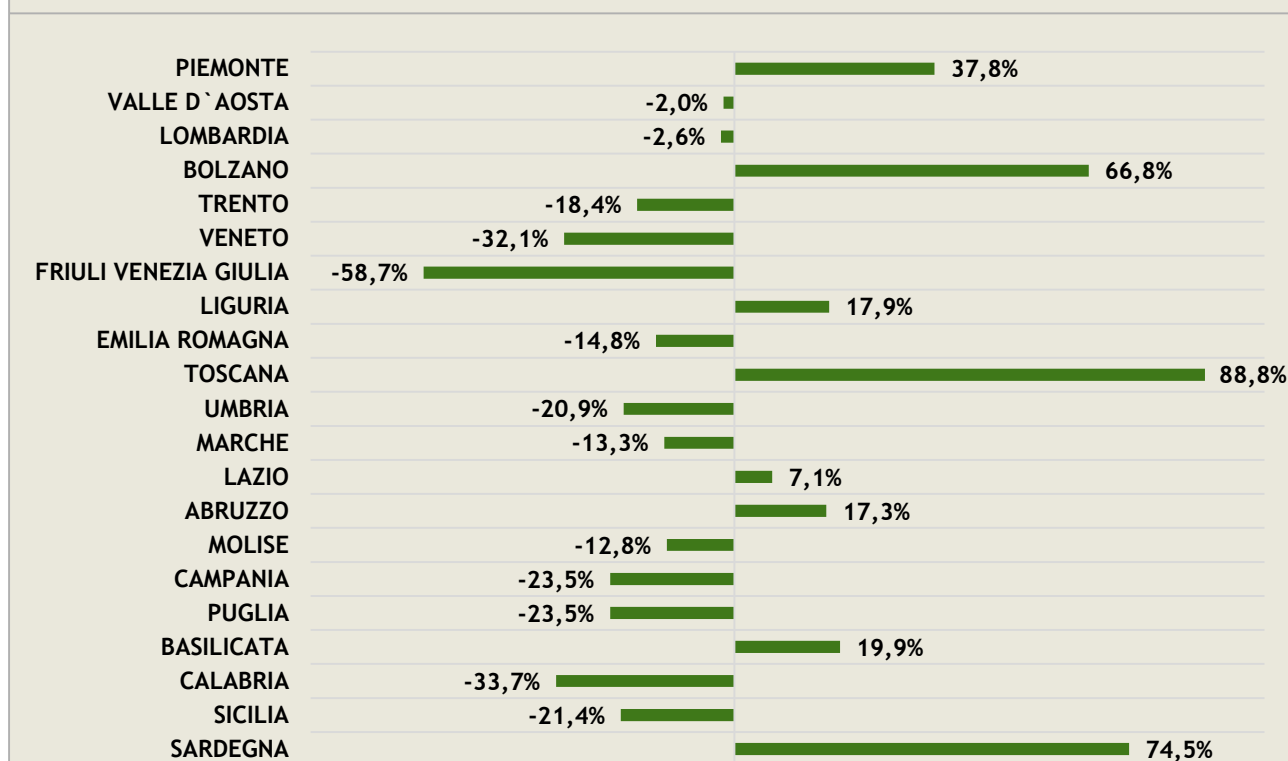
Soggetti trattati con Sali di Litio

Il tasso di soggetti trattati con Sali di litio⁹ in Italia è pari a 2 / 100.000 ab., stabile rispetto all'anno precedente (1,9 / 100.000 ab.).

I valori regionali variano da un minimo di 0,8 soggetti trattati con Sali di litio / 1.000 ab. in Friuli-Venezia Giulia (-58,7%) ad un massimo di 3,7 in Toscana (88,8%).

Le altre Regioni che presentano tassi superiori al 50% del valore medio di riferimento sono la Sardegna (+74,5%) e la PA di Bolzano (+66,8%). Valori di trattamento più bassi si riscontrano oltre che in Friuli-Venezia Giulia, in Calabria e Veneto (rispettivamente -33,7% e -32,1%).

Figura 31. Soggetti trattati con Sali di litio - Variazione % sui tassi regionali - Valore di



Elaborazione SIEP su dati Ministero della Salute relativi all'anno 2016

⁹ I dati riportati fanno riferimento ai farmaci erogati in regime convenzionato e ai farmaci erogati in distribuzione diretta. I rispettivi indicatori, espressi come tassi per 1.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni, sono stati sommati per ogni categoria di farmaco considerata. Ciò potrebbe determinare una sovrastima per la presenza di soggetti che nell'anno considerato hanno avuto accesso ad entrambe le modalità di erogazione

In queste pagine vengono brevemente illustrate le caratteristiche e le modalità di calcolo degli indicatori proposti ai fini dell'analisi descrittiva e comparativa del Rapporto Salute Mentale (RSM) realizzato dal Ministero della Salute. Per il calcolo dei tassi è stata presa come riferimento la popolazione italiana e per Regione di età ≥ 18 anni, residente al 1 Gennaio 2016 (dati ISTAT).

Strutture Territoriali, Residenziali e Semiresidenziali

I dati riportati fanno riferimento ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) che hanno alimentato il flusso SISM¹⁰ (152 rispetto ai 183 attesi secondo quanto riportato nel RSM) ed alle strutture pubbliche e private che «erogano assistenza psichiatrica e/o assistenza ai disabili psichici» a livello territoriale, residenziale e semiresidenziale. I rispettivi indicatori sono espressi in tassi per 100.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni. A valori maggiori corrisponde una più ampia articolazione della rete dei servizi.

Posti letto ospedalieri

Il dato riportato fa riferimento al totale dei posti letto ospedalieri di degenza ordinaria (non sono stati considerati i 317 posti letto di DH) presso strutture ospedaliere psichiatriche pubbliche e private censiti durante l'anno. Il rispettivo indicatore è espresso come tasso per 100.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni. A valori elevati corrisponde una maggiore presenza di posti letto.

Posti residenziali e semiresidenziali

Il dato riportato fa riferimento al totale dei posti disponibili presso le strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali censiti durante l'anno. Il rispettivo indicatore è espresso come tasso per 100.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni. A valori elevati corrisponde una maggiore disponibilità di posti presso queste tipologie di strutture.

Dotazione complessiva di personale

Il dato riportato fa riferimento a tutto il personale attribuito ai servizi di Salute Mentale ed è stato ottenuto attraverso due fonti informative: il Conto annuale previsto dal Titolo V e il flusso SISM. Il rispettivo indicatore è espresso come tasso per 100.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni. A valori elevati corrisponde una maggiore dotazione di operatori.

¹⁰ Il Sistema Informativo per il monitoraggio e tutela della Salute Mentale (SISM), istituito nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) con decreto del Ministro della salute del 15 ottobre 2010, ha l'obiettivo di rilevare le informazioni riguardanti gli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al Sistema Sanitario Nazionale (SSN), nell'ambito dell'assistenza rivolta a persone adulte con problemi psichiatrici e alle loro famiglie

Costo pro-capite per la Salute Mentale

Il dato riportato fa riferimento ai costi delle «prestazioni/attività sanitarie e socio-sanitarie erogate in regime di residenzialità, semiresidenzialità, ambulatoriale e domiciliare, a favore delle persone adulte con disturbi mentali e/o delle loro famiglie» ed è stato ricavato dai Modelli LA¹¹ forniti dalle Regioni. Per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica ospedaliera, «la remunerazione teorica delle prestazioni di ricovero ospedaliero, poste a carico del S.S.N., è stimata sulla base dell'ipotesi che ogni ricovero sia remunerato in ogni Regione secondo i valori delle tariffe di riferimento nazionali ex d.m.18/10/2012 e la casistica sia raggruppata secondo il sistema di classificazione DRG versione 24. Il rispettivo indicatore è calcolato dividendo il costo complessivo dell'assistenza psichiatrica per la popolazione residente di età ≥ 18 anni. A valori elevati corrisponde un maggior impegno economico per cittadino residente.

Spesa % per la Salute Mentale sul totale della spesa sanitaria

Il dato riportato fa riferimento alla deliberazione CIPE di riparto tra le Regioni del Fondo Sanitario Nazionale. Il rispettivo indicatore è calcolato rapportando il costo complessivo dell'assistenza psichiatrica rilevato dai modelli LA forniti dalle Regioni al totale del fondo di finanziamento indistinto previsto per ogni Regione. A valori elevati corrisponde una proporzione maggiore di fondi impiegati per l'attività psichiatrica.

Prevalenza trattata

Il dato riportato fa riferimento ai pazienti entrati in contatto con i servizi psichiatrici almeno una volta nel corso dell'anno che sono stati registrati nel flusso SISM. Il rispettivo indicatore è espresso come tasso per 100.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni. A valori elevati corrisponde una proporzione maggiore di utenza trattata presso i servizi psichiatrici territoriali di Salute Mentale.

Prevalenza trattata di Schizofrenia

Il dato riportato fa riferimento ai pazienti entrati in contatto con i servizi psichiatrici almeno una volta durante l'anno per i quali è stata formulata diagnosi di «Schizofrenia e altre psicosi funzionali»¹². Il rispettivo indicatore è espresso come tasso per 100.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni. A valori elevati corrisponde una proporzione maggiore di utenza con diagnosi di Schizofrenia trattata presso i servizi psichiatrici territoriali di Salute Mentale.

¹¹ Il modello rileva sia le prestazioni ricomprese nei LEA sia le prestazioni extra LEA (queste ultime non sono a carico dello Stato, ma vengono erogate a carico del bilancio regionale). Nello specifico, le prestazioni extra Lea rilevate riguardano circa l'1 % del totale

¹² Nella categoria vengono incluse le diagnosi ICD-9: 295.** , 297.** , 298.** (esclusa la 298.0) e 299.**

Incidenza trattata

Il dato riportato fa riferimento «ai pazienti che hanno avuto per la prima volta in assoluto un contatto nell'anno di riferimento con strutture psichiatriche, siano esse pubbliche o private» che sono stati registrati nel flusso SISM. In questo computo sono inseriti sia gli utenti al primo contatto assoluto nella vita (first ever) che quelli già entrati in contatto in anni precedenti. Il rispettivo indicatore è espresso come tasso per 100.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni. A valori elevati corrisponde una proporzione maggiore di nuova utenza entrata in contatto con i servizi territoriali di Salute Mentale.

Incidenza trattata di Schizofrenia

Il dato riportato fa riferimento «ai pazienti che hanno avuto per la prima volta in assoluto un contatto nell'anno di riferimento con strutture psichiatriche, siano esse pubbliche o private» per i quali è stata formulata diagnosi di «Schizofrenia e altre psicosi funzionali»¹³. In questo computo sono inseriti sia gli utenti al primo contatto assoluto nella vita (first ever) che quelli già entrati in contatto in anni precedenti. Il rispettivo indicatore è espresso come tasso per 100.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni. A valori elevati corrisponde una proporzione maggiore di nuova utenza con diagnosi di Schizofrenia entrata in contatto con i servizi territoriali di Salute Mentale.

Prestazioni per utente

Il dato riportato fa riferimento alle prestazioni erogate dai servizi territoriali che sono state registrate nel flusso SISM. Il rispettivo indicatore è calcolato come rapporto tra il numero complessivo di prestazioni e l'utenza entrata in contatto con i servizi psichiatrici almeno una volta nel corso dell'anno. A valori maggiori corrisponde una maggiore frequenza di prestazioni.

Dimissioni e degenza media presso reparti psichiatrici

Il dato riportato fa riferimento alle dimissioni in regime ordinario con diagnosi di disturbo mentale e da reparti psichiatrici ospedalieri¹⁴ e alla loro relativa degenza (non sono state considerate le 10.962 dimissioni in regime diurno) e deriva dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Sono stati individuati due indicatori: il tasso di ospedalizzazione in reparti psichiatrici, espresso come tasso per 100.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni, e la degenza media, calcolata rapportando le giornate di degenza al numero di dimissioni. A valori elevati corrisponde un maggiore utilizzo (in frequenza e/o durata) del trattamento ospedaliero.

¹³ Nella categoria vengono incluse le diagnosi ICD-9: 295.** , 297.** , 298.** (esclusa la 298.0) e 299.**

¹⁴ Sono state considerate tutte le dimissioni da reparto di psichiatria (codice disciplina ospedaliera "40") con diagnosi principale di Disturbo Mentale (codici ICD-9-CM 290.** - 319.**)

Dimissioni con diagnosi principale psichiatrica da reparti ospedalieri non psichiatrici

Il dato riportato fa riferimento alle dimissioni in regime ordinario con diagnosi principale psichiatrica¹⁵ da reparti non psichiatrici e deriva dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). L'indicatore è stato determinato sottraendo al numero complessivo di dimissioni con diagnosi psichiatrica quelle da reparti psichiatrici ospedalieri e, successivamente, è stato espresso come tasso per 100.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni. A valori elevati corrisponde una maggiore tendenza al ricovero per motivi psichiatrici (in frequenza) presso reparti non psichiatrici.

Riammissioni entro 30 giorni in reparti psichiatrici (%)

Il dato riportato fa riferimento al numero di riammissioni non programmate entro 30 giorni sul totale delle dimissioni per disturbi mentali nei reparti di psichiatria delle strutture ospedaliere pubbliche e deriva dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Il rispettivo indicatore è calcolato come rapporto tra le riammissioni entro 30 giorni e il totale delle dimissioni. Valori elevati riflettono «la mancata presa in carico da parte dei servizi territoriali dei pazienti dimessi da strutture di ricovero per acuti».

Contatto entro 14 gg dalla dimissione (%)

Il dato riportato fa riferimento alle visite psichiatriche erogate a pazienti che hanno avuto un ricovero presso una qualsiasi struttura (ospedaliera o residenziale). Il rispettivo indicatore è espresso come percentuale di pazienti che riceve una visita entro 14 giorni dalla dimissione. A valori elevati corrisponde una maggiore continuità delle cure.

Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

Il dato riportato fa riferimento a tutti gli «interventi sanitari in condizioni di ricovero ospedaliero contro la volontà del cittadino» e deriva dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Il rispettivo indicatore è espresso come tasso per 100.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni. A valori elevati corrisponde un maggiore utilizzo di questa pratica coercitiva.

¹⁵ Sono state considerate le dimissioni con diagnosi principale di Disturbo Mentale (codici ICD-9-CM 290.** - 319.**)

Accessi in Pronto Soccorso (PS) con diagnosi psichiatrica

Il dato riportato fa riferimento agli accessi in Pronto Soccorso di utenti per i quali viene formulata diagnosi di Disturbo mentale¹⁶, raccolti attraverso il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Sistema EMUR¹⁷). Il rispettivo indicatore è espresso come tasso per 100.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni. A valori elevati corrisponde una maggiore frequenza di accessi in PS per condizioni psichiatriche non intercettate dai servizi territoriali di Salute Mentale.

Presenze in Strutture Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche

I dati riportati fanno riferimento agli utenti in cura presso strutture psichiatriche residenziali¹⁸ e semiresidenziali¹⁹. I rispettivi indicatori sono espressi come tassi per 100.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni. A valori elevati corrisponde una maggiore frequenza di utilizzo di queste opzioni assistenziali.

Ammissioni in Strutture Residenziali

I dati riportati fanno riferimento ai nuovi utenti ammessi nell'anno di riferimento presso strutture psichiatriche residenziali²⁰. Il rispettivo indicatore è espresso come tasso per 100.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni. A valori elevati corrisponde una maggiore frequenza di utilizzo di questa opzione assistenziale.

Durata media del trattamento residenziale

I dati riportati fanno riferimento alla durata del trattamento degli utenti in cura presso strutture psichiatriche residenziali. Per i contatti conclusi, la durata è calcolata come differenza tra la data di dimissione e la data di ammissione; per i contatti aperti, come differenza tra l'ultimo giorno del periodo di riferimento (31 dicembre 2015) e la data di ammissione. Il rispettivo indicatore è espresso come durata media del trattamento in giorni. A valori elevati corrisponde una maggiore permanenza nelle strutture.

¹⁶ Sono state considerate le diagnosi con codici ICD-9-CM 290.** - 319.** escluse la 298.0 e la 300.4

¹⁷ Relativamente all'anno 2015, tutte le regioni e le province autonome hanno inviato i dati di Pronto Soccorso

¹⁸ Si definisce struttura residenziale una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato

¹⁹ Si definiscono strutture semiresidenziali le strutture che offrono ospitalità di tipo diurno e un diverso grado di intensità assistenziale in relazione ai bisogni dell'utenza

²⁰ Si definisce struttura residenziale una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato

Accessi in strutture semiresidenziali per utente

I dati riportati fanno riferimento al numero di accessi erogati presso strutture psichiatriche semiresidenziali²¹ nell'anno. Il rispettivo indicatore è espresso come media sul numero di utenti presenti nello stesso anno. A valori elevati corrisponde una maggiore frequenza di utilizzo di questa opzione assistenziale.

Prescrizioni di antidepressivi (AD), antipsicotici (AP) e con litio

I dati riportati fanno riferimento ai farmaci erogati in regime convenzionato²² e ai farmaci erogati in distribuzione diretta²³. I rispettivi indicatori, espressi come tassi per 1.000 abitanti residenti di età ≥ 18 anni, sono stati sommati per ogni categoria di farmaco considerata. Ciò potrebbe determinare una sovrastima per la presenza di soggetti che nell'anno considerato hanno avuto accesso ad entrambe le modalità di erogazione.

²¹ Si definiscono strutture semiresidenziali le strutture che offrono ospitalità di tipo diurno e un diverso grado di intensità assistenziale in relazione ai bisogni dell'utenza

²² I dati relativi al flusso della farmaceutica convenzionata sono rilevati ai sensi dell'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003 n. 326 che detta disposizioni in materia di monitoraggio della spesa del settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie. L'attuazione dell'articolo 50 prevede interventi finalizzati al monitoraggio delle spesa sanitaria attraverso la raccolta, tra l'altro, dei dati delle ricette mediche a carico del SSN recanti le prescrizioni dei farmaci

²³ Il flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta o per conto è regolato dal decreto ministeriale del 31 luglio 2007. La distribuzione diretta è intesa come la dispensazione, per il tramite delle strutture sanitarie, di medicinali ad assistiti per la somministrazione al proprio domicilio. Tale distribuzione può avvenire anche attraverso specifici accordi con le farmacie territoriali, pubbliche e private (distribuzione per conto). Si segnala che sono state escluse dalle analisi dei dati della distribuzione diretta le prescrizioni per le quali gli assistiti hanno chiesto l'anonimato e pertanto non è stato possibile determinare l'età