



SALUTE MENTALE/ Il Forum nato nel 2003 per dare attuazione alla riforma Basaglia

# Cure psichiatriche, il Ssn scompare

Il 70% dei posti letto è nel privato convenzionato - Le pratiche manicomiali

Un Centro-Sud sempre più sguarnito di servizi pubblici e sempre più in mano al privato. Ma anche il grosso neo - che riguarda più o meno tutta l'Italia - del persistere di un'assistenza che ricorda troppo quella dei metodi utilizzati nei manicomi, chiusi con la legge 180 del 1978 ispirata da Franco Basaglia, scomparso ormai 25 anni fa.

È questa la fotografia nitida scattata a fine settembre a Bari dal Forum salute mentale (nato nel 2003 con l'obiettivo di dare concreta attuazione alla legge Basaglia) che in questa occasione, su sollecitazione dei Forum delle Regioni meridionali, ha deciso di accendere i riflettori sull'assistenza psichiatrica nel Meridione.

Un'assistenza dove il Ssn perde terreno costantemente: basti pensare che solo il 30% dei posti letto appartiene alla rete dei servizi pubblici; il resto dell'assistenza è in casa di cura convenzionata.

Mentre al Nord il rapporto è quasi del 50% con una leggera prevalenza dei letti "privati" (una vera e propria eccezione nel panorama italiano dell'assi-

Le richieste
• <b>Costituzione di Dipartimenti di salute mentale (Dsm) strutturali con budget almeno del 5% del bilancio delle Asl</b>
• <b>Centralità nel Dsm dei Centri di salute mentale aperti sulle 24 ore e dotati di posti letto per l'accoglienza delle persone anche in crisi</b>
• <b>Garanzia della cura nel rispetto della dignità e dei diritti. Impegno e lotta contro la contenzione e il sistema dei servizi con le porte chiuse</b>
• <b>Autorizzazione non burocratica da parte del servizio pubblico dei ricoveri nelle strutture private con il mantenimento dei compiti di progettazione e verifica dei programmi di cura e riabilitazione</b>
• <b>Costituzione di gruppi di convivenza, fino a 6 persone, in case di civile abitazione per le persone con disturbo mentale che necessitano temporaneamente di un abitare sostenuto, protetto ed emancipativo</b>
• <b>Attivazione di programmi individuali di abilitazione, formazione e inserimento lavorativo per le persone con disturbo mentale</b>
• <b>Attivazione di programmi e sostegno dei familiari</b>
• <b>Attuazione della legge 230/1999 per la cura e riabilitazione dei/le detenuti con problemi di salute mentale da parte dei Dipartimenti</b>

stenza sanitaria dove il pubblico prevale sempre).

Al Sud «il servizio pubblico per lo più appare debole e grande è la sfiducia nelle istituzioni pubbliche da parte dei cittadini e degli operatori stessi», ha spiegato **Giovanna Del Giudice**, portavoce del Forum salute mentale, a una platea di addetti

ai lavori e di assessori alla Salute del Meridione. Per questo motivo è importante il ruolo del privato che «necessita - aggiunge Del Giudice - di politiche di investimento precise quali: il riconoscimento delle priorità, la definizione di obiettivi, la trasparenza delle pratiche, la valorizzazione delle professionali-

tà presenti e ricerca di nuove, la formazione del personale, la qualificazione degli habitat, lo sviluppo dell'accoglienza».

Ma il Forum lancia un altro forte allarme: quello dell'abuso dei mezzi di contenzione nei due terzi dei luoghi di cura; che si tratti di Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) o di cliniche private. «Basti considerare - spiega la portavoce del Forum - che il 63% dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura usa in maniera routinaria i mezzi di contenzione, opera a porte chiuse con un uso massiccio di psicofarmaci, quando non di elettroshock. Mentre le strutture residenziali solo nel 7% dei casi sono abitazioni di dimensioni familiari, 5-6 persone, e una quotidianità che le faccia assomigliare a una vera casa».

Da qui la richiesta del Forum di rilanciare il servizio pubblico, partendo da una serie di richieste specifiche (vedi tabella) che chiedono tra l'altro budget certi per i distretti di salute mentale (Dsm) e la garanzia dell'apertura 24 ore al giorno dei Centri di salute mentale.

Mar.B.

## Così mezz'Italia

Il rapporto del 2001 del ministero della Sanità confermeva la presenza della rete di servizi per la tutela della salute mentale: 707 centri di salute mentale, 321 servizi psichiatrici di diagnosi e cura negli ospedali e 17mila posti residenziali diversamente distribuiti nelle Regioni, 56 case di cura private e accreditate e 23 cliniche psichiatriche universitarie. Per quanto una rete di servizi sia presente in ogni provincia e Asl italiana, le risorse messe in campo soffrono di molte approssimazioni e si mostra insufficiente la distribuzione delle componenti organizzative dei Dsm nelle Regioni promotrici del Forum rispetto al resto d'Italia.

Nel Centro-Sud un Dsm ha mediamente 80mila abitanti in più rispetto al suo equivalente nel Nord Italia. Il territorio di competenza di un Csm è più popoloso nel meridione (86mila abitanti vs i 76mila nel Nord). Nel rapporto del 2001 non erano rilevati, ma sono presenti e di recente sono aumentati i Centri di salute mentale con p.l. aperti

24 ore su 24, sette giorni su sette. Solo in Campania se ne contano 10. La qualità dell'assistenza resta però in generale scadente: non sono diffusi dappertutto (nel Molise uno per 350mila abitanti) e la maggior parte sono aperti a fasce orarie (6 - max 8 ore) invece delle 12 ore previste dal Progetto obiettivo Tutela salute mentale.

Nel Centro-Sud c'è un p.l. in Spdc ogni 20mila abitanti contro i 2 p.l. ogni 30mila abitanti del resto d'Italia. Come rileva una ricerca recente dell'Istituto superiore della Sanità (Progressi acuti) la segregazione delle persone ricoverate è consuetudine e la negazione del diritto abituale. Il 67,7% dei servizi (Spdc, Cpu, Csm 24 ore) ha abitualmente la porta d'ingresso sbarrata, nel 77,5% dei servizi si legano le persone ricoverate, nel 24,5% delle strutture i ricoverati, anche se le loro condizioni lo permetterebbero, non possono uscire dal reparto per frequentare l'area

www.formazione.ilsole24ore.com

## Contratto, responsabilità e valutazione della dirigenza in Sanità

Milano, 24 e 25 ottobre 2005

### Programma

- Le novità introdotte dal CCNL del comparto S.S.N.
- La nuova struttura della retribuzione e il trattamento economico
- L'inquadramento, i criteri di valutazione ed il loro effetto
- Il processo di valutazione delle prestazioni
- L'individuazione delle finalità del sistema
- Gli attori coinvolti nell'iter valutativo
- Possibili elementi di distorsione della valutazione
- Gli strumenti per la valutazione: le schede obiettivo ed il piano d'azione
- L'integrazione tra il sistema di valutazione e gli altri sistemi gestionali
- Esito della valutazione e collegamento con il sistema degli incentivi
- Le responsabilità professionali nel S.S.N.

### Docenti

**Paolo Levoni**  
Direttore Dipartimento di Patologia clinica  
A.O. di Treviglio (BG)

**Stefano Simonetti**  
Direttore Amministrativo  
ASL di Pistoia

**Erminio Torresani**  
Direttore Struttura complessa di Patologia clinica  
Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena (MI)

In collaborazione con:

24 ORE  
**Sanità**

Servizio clienti  
Tel. 02 4587.020 Fax 02 4587.025  
info@formazione.ilsole24ore.com

Il Sole  
**24 ORE**

Il Sole 24 ORE Formazione  
Milano - via Monte Rosa, 91  
www.formazione.ilsole24ore.com

del 1978 lancia l'allarme sulle carenze del Meridione

# Andare al Centro-Sud

resistono nella maggioranza dei centri italiani

## I numeri dell'assistenza

### perde la rete dei servizi pubblici

ospedaliera e nella metà delle strutture non possono utilizzare tutti i tipi di posate per i pasti.

Per le strutture residenziali questi dati peggiorativi sono confermati dal fatto che nel Nord ogni 20mila abitanti ci sono 7 p.l. disponibili nelle residenze mentre al Sud i p.l. sono 5 ogni 20mila abitanti. Le strutture residenziali spesso sono luoghi pietrificati, se non realtà neomaniomiali con una sovrabbondanza di posti residenziali specie sulle 24 ore a fronte della scarsità quali-quantitativa dei servizi pubblici.

Accanto alla rete dei servizi messi in campo dai Dsm nel Centro-Sud sono diffuse le case di cura convenzionate e/o private.

I servizi per la tutela della salute mentale hanno un territorio di competenza definito, accolgono senza selezionare tutta la domanda proveniente da esso, compresi i ricoveri obbligatoriosi (Tso), a differenza delle case di cura che non hanno solitamente

un territorio definito, non accolgono le persone sottoposte a Tso e selezionano la domanda. Anche l'utenza è diversa, nei Spdc il gruppo più numeroso sono i giovani uomini tra i 25-44 anni (25,8%) mentre nelle case di cura convenzionate le donne con più di 55 anni sono il gruppo più rappresentato (30 per cento). Dall'analisi delle informazioni raccolte nella ricerca Progres Acuti si scopre che nel Centro-Sud il 31,3% dei p.l. appartengono alle reti dei servizi pubblici (Spdc, Cpu, Csm 24 ore) mentre il restante 68,7% afferisce alle case di cura convenzionate. Nel resto dell'Italia tale rapporto di 1:2 si riduce, il 45,8% del p.l. si trova nei servizi pubblici mentre il 54,2% nelle strutture convenzionate. La durata del ricovero varia a seconda del tipo di struttura in cui esso avviene. I Spdc si caratterizzano per un turn over più accentuato, Nord o Sud in meno di due settimane si è dimessi, 10 gg a Milano 13 a Bari. Nelle

case di cura del Centro-Sud si devono preventivare sei settimane di degenza (41 gg) mentre nel resto del Paese la degenza scende a 30 gg.

I ricoveri nelle case di cura convenzionate sono finanziati a giornata di degenza nella maggior parte dei casi per cui è possibile che sulla durata media più ridotta del Nord influiscano le penalizzazioni tariffarie introdotte da certe Regioni nel caso in cui la degenza si prolunghi oltre un tetto temporale definito. Il fatto che in alcune Regioni del Centro-Sud (Lazio, Campania, Calabria) i p.l. nel privato superino il 75% dell'offerta complessiva fa sì che il grosso delle risorse finanziarie delle Asl vada a sovvenzionare il privato. Per questi motivi i Dsm languono spesso abbandonati a se stessi o in condizioni di pesante marginalità incapaci di coordinare e integrare l'offerta dei privati.

**Renata Bracco**  
Resp. Sistema informativo  
Dsm Trieste - Ass Triestina I

Il rispetto degli standard				
	Progetto Obiettivo tutela salute mentale '99-2000	Centro-Sud e Sardegna	Resto d'Italia	Italia
Dsm	I ogni 250-300.000 ab.	I ogni 327.000 ab.	I ogni 249.000 ab.	I ogni 274.000 ab.
Csm	Almeno I ogni 150.000 ab.	I ogni 86.000 ab.	I ogni 79.000 ab.	I ogni 82.000 ab.
Spdc	I PI ogni 10.000 ab.	0,56 PI ogni 10.000 ab.	0,80 PI ogni 10.000 ab.	0,69 PI ogni 10.000 ab.
Strutture residenziali	2 PI ogni 10.000 ab.	2,38 PI ogni 10.000 ab.	3,66 PI ogni 10.000 ab.	2,96 PI ogni 10.000 ab.

I servizi per la tutela della salute mentale							
	Centro Sud e Sardegna	Resto d'Italia	Italia		Centro Sud e Sardegna	Resto d'Italia	Italia
Dsm	80	131	211	Strutture residenziali	544	1.008	1.552
Csm	304	403	707				
Spdc	127	194	321				
				Popolazione	26 mln	32 mln	58 mln

Le strutture di ricovero e accoglienza in Italia				
Tipologia di struttura	Strutture	PI	Num. medio	%
Spdc	262	3.431	13	39
Clinica universitaria psichiatrica	13	399	23	5
Csm 24 ore	16	98	6	1
PI funzionali in reparti di medicina	8	20	3	0
Centri crisi	6	98	16	1
Totale servizi pubblici	315	4.046	12	46
Casi di cura private e convenzionate	54	4.792	89	54
Totale complessivo	369	8.838		

E nel Centro-Sud e Sardegna				
Num. di p.l. attivati per il ricovero	Strutture	PI	Media p.l.	%
Spdc	88	1.071	12	28
Clinica universitaria psichiatrica	8	110	14	3
Csm 24 ore	6	25	4	1
Totale servizi pubblici	102	1.206	12	31
Casi di cura convenzionata	27	2.644	98	69
Totale complessivo	129	3.850	30	100

## La distribuzione delle risorse: il modello inglese e il caso Piemonte

# Quanto costa la deprivazione sociale

La deprivazione sociale come parametro chiave per l'allocatione delle risorse per i servizi di salute mentale.

Se ne è parlato in occasione del VII Congresso nazionale della Società italiana di epidemiologia psichiatrica (Siep), che si è tenuto a Biella dal 15 al 17 settembre. I lavori sono stati aperti da una lettura magistrale di Gyles Glover, docente all'Università di Durham, sul tema della distribuzione geografica del bisogno e delle risorse nel campo della salute mentale, seguita da un intervento di Giulio Fornero, direttore generale dell'Asl 4 di Torino. L'invito al professor Glover è legato a un percorso di approfondimento del modello inglese di allocatione delle risorse, promosso dall'assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, sulla scia delle esperienze di ricerca condotte negli ultimi anni in questa Regione, sull'impatto degli indicatori di deprivazione sociale sulla mortalità, sulla morbosità e sull'utilizzo dei servizi sanitari.

In Inghilterra le risorse del servizio sanitario nazionale vengono distribuite ai Primary care trusts (Pct), che hanno la responsabilità di convenzionare e finanziare ogni forma di assistenza sanitaria. Le formule più significative di allocatione delle risorse ai Pct sono quelle che legano i bisogni sanitari locali a quelle caratteristiche della popolazione locale che rientrano nell'area della deprivazione sociale. Tali formule derivano da esercizi di regressione statistica che vedono i tassi di utilizzo dei servizi sanitari come variabile dipendente e le caratteristiche socio-economiche come la composizione del nucleo familiare, il sovrappopolamento o la disoccupazione come variabili indipendenti.

Nell'esperienza inglese esistono cinque formule specifiche: servizi per acuti e materno-infantili, servizi di salute

La Società Italiana di epidemiologia psichiatrica (Siep) è una società scientifico-culturale non a fini di lucro nata nel 1989. Gli scopi della Siep ([www.siep.it](http://www.siep.it)) sono:

- promuovere ricerche nel campo dell'epidemiologia psichiatrica che siano conformi agli standard accettati a livello internazionale;
- fornire agli operatori psichiatrici un'ampia e rapida informazione sui progressi realizzati in questo

campo, attraverso l'organizzazione di seminari, simposi e tavole rotonde;

- contribuire alla formazione di giovani studiosi di epidemiologia psichiatrica;
- promuovere contatti con studiosi e istituzioni nazionali ed internazionali operanti nel campo dell'epidemiologia psichiatrica;
- promuovere contatti con esperti, enti e organizzazioni operanti nel settore della programmazione dei servizi psichiatrici;

● organizzare un congresso nazionale con cadenza biennale (il VII congresso nazionale della Società si è appena concluso e si è tenuto a Biella).

Dal 1996 la Siep, di cui è presidente Mirella Ruggeri, è membro associato della Federazione internazionale di epidemiologia psichiatrica.

## L'Oms: sono 450 milioni i malati nel mondo

Sono 450 milioni le persone in tutto il mondo colpite da problemi mentali, neurologici o di comportamento. Circa 873mila muoiono suicide ogni anno. Le patologie psichiatriche sono comuni in tutti i Paesi e provocano immensi sofferenze: isolamento sociale, abbassamento della qualità della vita e aumento della mortalità. Senza contare i costi economici. Purtroppo, in questo quadro, le risorse stanziare per la tutela della salute mentale continuano a rimanere scarse, tanto che la maggior parte dei Paesi a basso-medio reddito stanziavano meno dell'1%

mentale, Hiv e Aids, medicina generale, prescrizioni di farmaci della medicina generale; ognuna di esse classifica in modo diverso i bisogni sanitari dei singoli Pct e ha livelli diversi di ampiezza delle variazioni previste.

Oltre a questi indicatori di bisogno, ricavati dalle cinque formule, il sistema sanitario inglese considera altri tre parametri come significativi nella determinazione delle risorse che i Pct devono ricevere per garantire un'offerta sanitaria adeguata. Essi sono rappresentati dal

profilo di età della popolazione locale, dai costi generali più elevati da riconoscere alle zone in cui il costo della vita è maggiore e dal costo maggiore per il trasporto con le ambulanze nelle aree rurali o montane.

Se prendiamo in considerazione, in modo specifico, la formula relativa alle risorse per i servizi psichiatrici, le variazioni che si vengono a determinare nei meccanismi di finanziamento sono certamente significative. Se infatti consideriamo come valore di riferimento un

coefficiente di allocatione di 1, le aree meno deprivate scendono fino a un valore di 0,6 mentre quelle metropolitane, caratterizzate da livelli elevati di deprivazione sociale, salgono fino a un massimo di 1,8. Questo significa che le aree più deprivate ottengono un finanziamento tre volte superiore a quello delle aree meno deprivate.

Se si guarda alle variazioni già esistenti tra area metropolitana di Torino e aree non metropolitane sul piano della spesa per la salute mentale negli ultimi

anni, emergono variazioni simili, sia in termini assoluti che in termini di proporzione sul budget delle Asl piemontesi. Una recente esperienza di ricerca coordinata dal Centro studi e ricerche in Psichiatria di Torino ha consentito di confermare la validità degli indicatori di deprivazione come predittori delle variazioni di spesa, valutando la relazione esistente tra l'utilizzo dei vari tipi di servizio disponibili per l'assistenza psichiatrica e alcune variabili socio-economiche. È emersa una significativa correlazione tra l'utilizzo dei posti letto ospedalieri per acuti, dei posti letto ospedalieri per non acuti e dei centri di salute mentale e la percentuale della popolazione che vive sola. Anche la percentuale di famiglie in condizioni di sovrappopolamento e il tasso di disoccupazione maschile pesano sulla variazione delle risorse utilizzate.

La discussione che si è aperta in Piemonte su questi temi è favorita dalle ricerche già condotte dal gruppo del prof. Costa, che hanno mostrato il peso delle variabili socio-economiche sulla distribuzione della mortalità e della morbosità per varie patologie. I problemi metodologici più rilevanti sono rappresentati dalla scelta della variabile dipendente (utilizzo dei servizi, morbosità, mortalità) e dalla necessità di colmare il divario tra deprivazione sociale di una popolazione e deprivazione sociale individuale. Le ricerche finora condotte confermano tuttavia che, soprattutto nel campo della salute mentale e delle dipendenze, gli indicatori di deprivazione vanno presi esplicitamente in considerazione nella definizione di nuove formule di allocatione delle risorse sanitarie.

**Giuseppe Tibaldi**  
Centro studi e ricerche in Psichiatria  
Asl 4 - Torino  
Membro del direttivo Siep