

Eterogeneità dei DSM veneti a dieci anni dal Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale 1994-96”. Quali implicazioni per la pratica clinica? Indagine sui Servizi partecipanti al Progetto PICOS-Veneto

Heterogeneity of the Departments of Mental Health in the Veneto Region ten years after the National Plan 1994-96 for Mental Health. Which implication for clinical practice? Findings from the PICOS Project

ANTONIO LASALVIA, BRUNO GENTILE, MIRELLA RUGGERI, ALESSANDRO MARCOLIN,
FLAVIO NOSÈ, LODOVICO CAPPELLARI, DARIO LAMONACA, EMANUELE TONIOLO,
CLAUDIO BUSANA, ANTONIO CAMPEDELLI, GIANCARLO CUCCATO, ANDREA DANIELI,
FABIO DE NARDI, VINCENZO DE NARDO, ERNESTO DESTRO, GERARDO FAVARETTO,
SILVIO FRAZZINGARO, MARIO GIACOPUZZI, PAOLO PRISTINGER, GIUSEPPE PULLIA,
SANDRO RODIGHIERO, PAOLO TITO, FRANCESCO APRILE, STYLIANOS NICOLAOU,
GIUSEPPE COPPOLA, NICOLA GARZOTTO, UMBERTO GOTTARDI, ERMANNA LAZZARIN,
GIUSEPPE MIGLIORINI, LUIGI PAVAN, FABRIZIO RAMACIOTTI, PAOLO ROVERONI,
SALVATORE RUSSO, PIERPAOLO URBANI & MICHELE TANELLA PER IL GRUPPO PICOS-VENETO¹

¹GRUPPO PICOS-VENETO

CENTRO DI COORDINAMENTO: M. Tansella, M. Ruggeri, A. Lasalvia, M. Bertani, C. Bonetto, P. Brambilla, S. Tosato, D. Cristofalo, G. Marrella, S. Bissoli, C. Perlini.

CENTRI PARTECIPANTI: **ULSS3 Bassano d/G:** F. Gava, M. Lunardon, E. Borso, L. Grandina, M. Paliotto, L. Roggia, P. Tito. **ULSS4 Alto Vicentino:** A. Danieli, C. Poloni, M.R. Altiero, F. Piazza. **ULSS5 Ovest Vicentino:** E. Ceccato, C. Busana, A. Campi, A. Zanconato. **ULSS6 Vicenza 1 UO:** P. Zamorani, R. Binotto, A. Caneva, E. Lazzarin, G. Zordan. **ULSS6 Vicenza 2 UO:** C. Dolce, G.B. Fanchin, C. Negro. **ULSS6 Vicenza 3 UO:** F. Gardellin, M. Crestale, L. Paiola, A. Sale. **ULSS7 Pieve di Soligo:** I. Morandin, E. Biondi, A. Cordella, G. Favaretto, S. Geatti, P. Urbani. **ULSS9 Treviso:** M. De Rossi, G. Zanatta, J. Spessotto, R. Penelope, L. Grando, M. Sgnaolin, C. Tozzini, G. Visentin, L. Schiavon. **ULSS10 Portogruaro:** B. Gentile, M.G. Bolacchi, L. Marzotto, F. Moni, L. Rossi. **ULSS10 San Donà d/P:** I. Anarlic, C. Miceli, M.R. De Zordo, L. Ramon, S. Russo. **ULSS12 Veneziana:** R. Rossi, C. Casagrande, V. De Nardo, A. Facchetti, F. Ramaciotti. **ULSS13 Mirano:** V. Marangon, G. Coppola, A. Marcolin, P. Meneghini, F. Sbraccia, C. Segato. **ULSS15 Camposampiero:** R. Riolo, L. Cappellari, M. Cutugno, L. Meneghetti, L. Longhin, B. Paoleschi. **ULSS15 Cittadella:** D. Scalabrin, L. Antonello, A. Purgato, G. Santucci, C. Tosin, R. Volpato, R. Zurlo. **ULSS16 Padova II Servizio:** M. Zucchetto, M. Pedron, S. Pinton, M. Benetazzo. **Clinica Psichiatrica Padova:** C. Cremonese, L. Pavan, M. Semenzin, L. Sifari, F. Zorzi. **ULSS18 Rovigo:** M.M. Martucci, N. Magno, G. meloni, E. Toniolo. **ULSS19 Adria:** M. Pavanati, E. Destro, L. Finotti. **ULSS20 Verona I Serv.:** R. Fiorio, A. Marsilio, N. Pedrocco, P. Pollola. **ULSS20 Verona II Serv.:** L. Lazzarotto, F. Nosè, P. Rossin, V. Vivenza. **Azienda Ospedaliero-Universitaria Verona/ULSS20:** A. Lasalvia, M. Bertani, S. Bissoli, K. De Santi, G. Marrella, R. Mazzoncini, M. Ruggeri. **ULSS20 Verona IV Serv.:** A. Urbani, L. Bianchi, G. Carcereri, L. Lunardi, G. Migliorini, G. Perdonà, C. Piazza. **ULSS21 Legnano:** D. La Monaca, G. D'Agostini, I. Boggian, G. Piccione, E. Saladini. **ULSS22 Equipe Nord:** F. Gomez, S. Frazzlingaro. **ULSS22 Equipe Sud:** S. Nicolaou, L. Cordioli, G. Bertolazzi, V. Pagliuca. **Villa Santa Chiara:** M. Abate, M. Bortolomasi, M. Giacomuzzi, M. Segala. **Villa Santa Giuliana:** F. De Nardi, F. Basetto, C. Bernardis, A. Bezzetto, M. Santi.

Al Progetto PICOS hanno partecipato anche i Direttori dei Dipartimenti e i Responsabili delle Unità Operative dei Centri coinvolti, senza il suo contributo lo studio non sarebbe stato possibile: F. Aprile, G. Bertolazzi, C. Busana, A. Campedelli, L. Cappellari, G. Coppola, G.C. Cuccato, A. Danieli, F. De Nardi, V. De Nardo, E. Destro, G. Favaretto, S. Frazzlingaro, N. Garzotto, B. Gentile, M. Giacomuzzi, U. Gottardi, A. Grassi, E. Lazzarin, R. Lezzi, A. Marcolin, T. Meneghel, G. Migliorini, F. Nosè, L. Pavan, P. Pristinger, G. Pullia, F. Ramaciotti, S. Rodighiero, P. Roveroni, S. Russo, M. Tansella, P. Tito, E. Toniolo, P.P. Urbani.

Address for correspondence: Dr. A. Lasalvia, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona, Policlinico G.B. Rossi, P.le L.A. Scuro 10, 37134 Verona (Italy).

Fax: +39-045-585871

E-mail: antonio.lasalvia@medicina.univr.it

SUMMARY. Aims – This study aims to present data on structural and human resources of public mental health services located in the Veneto Region, Italy, and to discuss them in the light of implementation of the first National Target Plan for Mental Health (“Progetto Obiettivo 1994-1996”) ten years after its launch. **Methods** – The study was conducted in the context of the PICOS (Psychosis Incident Cohort Outcome Study) Project, a large first-presentation multisite study on patients with psychotic disorders attending community mental health services in the Veneto Region. Human and structural resources were surveyed in 26 study sites using a structured interview administered by the PICOS local referents. **Results** – CMHCs and Day Centres were homogeneously distributed across the Region and their overall rates per resident population met the national standards; a wide variability in the distribution of Day Hospitals was found, with the overall rate per resident population very far from meeting the national standard; the overall rate for Residential Facilities beds was higher than the recommended national standard, showing however an high variability across sites. The overall rate of mental health professionals per resident population was only slightly below the national standard: this was mainly achieved thanks to non-profit organizations which supplement the public system with unspecialised professionals; however, a wide variability in the local rates per resident population was found, with the 50% of the sites showing rates far lower the national standard. Specific lack of trained professionals involved in the provision of psychosocial interventions was found in most sites. **Conclusions** – A marked variability in human and structural resources across community mental health services in the Veneto Region was found. Possible reasons for this heterogeneity were analysed and implications for mental health care provision were further discussed.

Declaration of Interest: The study has been supported by the Regione del Veneto, Giunta Regionale, Ricerca Sanitaria Finalizzata 2004, Venezia, Italia (*grant* to Professor M. Ruggeri).

KEY WORDS: community care, mental health services, psychiatric facilities, mental health professionals, Italy.

Received 07.09.2006 – Final version received 06.12.2006 – Accepted on 12.12.2006

INTRODUZIONE

Il Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1994-96” (Decreto Presidente della Repubblica, 1994) ha costituito la prima normativa di riferimento unitario per l’assistenza psichiatrica del nostro Paese, sancendo di fatto la chiusura della prima lunga “transitoria” fase di organizzazione dei servizi di salute mentale rimasta incompiuta dopo la promulgazione della Legge n. 180/78. La mancata emanazione del Piano Sanitario Nazionale successivamente all’entrata in vigore della Legge 180 aveva determinato, infatti, un vuoto normativo a seguito del quale le varie Regioni si erano viste costrette a legiferare in via autonoma, finendo per produrre situazioni assistenziali “a macchia di leopardo” così ben documentate in letteratura (Perris & Kemali, 1985; Becker, 1985; Tansella & Williams, 1987; Bollini *et al.*, 1988; Maj *et al.*, 1989; Crepet, 1990; De Salvia & Barbato, 1993; Fioritti *et al.*, 1997) e le cui conseguenze a lungo termine si sono perpetuate sino ad oggi (de Girolamo & Cozza, 2000; Burti, 2001; Piccinelli *et al.*, 2002; de Girolamo & Tansella, 2006).

A dieci anni di distanza dall’entrata in vigore del Progetto Obiettivo 1994-96 è lecito chiedersi se ed in che misura gli adempimenti in esso previsti siano stati recepiti e quali siano state le eventuali ricadute sulla qualità dell’assistenza fornita dai servizi psichiatrici pubblici. Una ricognizione sullo stato di attuazione del Progetto Obiettivo 1994-96 nella Regione Veneto è stata

propiziata dalla realizzazione del Progetto PICOS-Veneto (*Psychosis Incident Cohort Outcome Study*). L’indagine sulle dotazioni umane e strutturali dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) aderenti al Progetto PICOS ci è sembrata una buona occasione per verificare lo stato di attuazione del dettato di legge e discuterne le implicazioni per l’assistenza in una delle Regioni socialmente ed economicamente più prospere del nostro Paese, che ha, tra l’altro, provveduto in tempi non recenti a dotarsi di un apposito Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della salute mentale (DGR n. 4080, 2000).

METODOLOGIA

Il Progetto PICOS-Veneto

La presente indagine è stata realizzata all’interno della cornice più generale del Progetto PICOS-Veneto, uno studio multicentrico regionale che ha tra gli obiettivi principali quello di sviluppare un modello predittivo sull’esito delle psicosi all’esordio. Dal momento che la letteratura ha da tempo documentato il ruolo chiave giocato dalle caratteristiche del *milieu* terapeutico nel determinare l’esito dei disturbi mentali (Alden, 1978; Christenfeld *et al.*, 1989; Eklund & Hansson, 1997; Nash *et al.*, 2004; Rossberg *et al.*, 2006), si è ritenuto di includere tra le possibili variabili esplicative - oltre agli aspetti clinici, biologici e sociali riguardanti i singoli pazienti - anche infor-

mazioni inerenti gli aspetti contestuali/ambientali in cui tali pazienti sono assistiti: in tale ottica è stato valutato sia "il clima" o "l'atmosfera emotiva" che caratterizza i luoghi di cura, sia il *burn-out* degli operatori che vi prestano servizio (Lasalvia *et al.*, in preparazione), sia le risorse strutturali e umane dei DSM partecipanti: il presente studio si riferisce specificamente proprio a quest'ultimo aspetto. La ricognizione delle strutture e del personale dei DSM aderenti al Progetto PICOS è stata effettuata preliminarmente alla fase di reclutamento dei pazienti, vale a dire tra il 1° ed il 31 dicembre 2004.

I Centri partecipanti

Il Progetto PICOS è coordinato dalla Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona (Centro di Riferimento OMS per la Salute Mentale). I Centri collaboratori sono distribuiti omogeneamente sul territorio della Regione Veneto e comprendono sia interi Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) che articolazioni funzionali degli stessi: in particolare, aderiscono al Progetto 9 DSM e 17 moduli dipartimentali di DSM. Partecipano al PICOS anche due case di cura specialistiche convenzionate, i cui dati tuttavia non sono inclusi in questa indagine. Per quanto riguarda il bacino geografico di riferimento, su una popolazione totale di 4.577.408 abitanti della Regione Veneto (Ministero della Salute, 2004), i residenti nel territorio coperto dai DSM aderenti al Progetto PICOS ammontano a circa 3.500.000 unità (pari al 77% della popolazione dell'intero territorio regionale).

Metodologia della raccolta dati

La raccolta dati si è avvalsa dell'utilizzo della *Scheda di rilevazione delle risorse umane e strutturali del DSM*, specificamente sviluppata per questa indagine a partire da uno strumento preesistente (Cozza & Napolitano, 1996). Abbiamo ritenuto di non utilizzare i dati ufficiali di cui i competenti uffici regionali erano in possesso per due ordini di ragioni: 1) evitare il rischio che le informazioni non fossero aggiornate rispetto all'esatto periodo di inizio del reclutamento (l'elevata mobilità e turnover cui il personale dei DSM va generalmente incontro, ad esempio, poteva rappresentare un problema rispetto alla rilevazione puntuale delle risorse umane); 2) utilizzare una metodologia di raccolta dati direttamente "sul campo" che permettesse di acquisire tutte quelle informazioni, quali, ad esempio, i dati riguardanti gli operatori non inquadrati tra il personale strutturato dei DSM

(operatori a contratto o a convenzione, borsisti, gettonisti, specializzandi, tirocinanti, ecc.), che sfuggono alle rilevazioni che di norma alimentano i flussi informativi regionali.

La Scheda utilizzata ha consentito di rilevare 1) il numero dei Centri di Salute Mentale (CSM), dei Servizi Psichiatrici di diagnosi e Cura (SPDC), dei Day Hospital (DH), dei Centri Diurni (CD), delle Comunità Terapeutiche Residenziali Protette (CTRP), delle Comunità Alloggio (CA) e degli Appartamenti semiprotetti (APP) e, laddove pertinente, la relativa dotazione di posti letto; 2) il numero di operatori, suddiviso per profilo professionale, in servizio presso ciascuna struttura dipartimentale. Per definire le varie strutture dipartimentali sono state impiegate le definizioni operative proposte nel nomenclatore messo a punto da un gruppo di lavoro della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP) (Amadeo *et al.*, 1998); per quanto riguarda le strutture non definite nel nomenclatore SIEP, si è proceduto a formulare una definizione operativa sulla base di quanto enunciato nel Progetto Obiettivo Regionale in relazione a ciascuna specifica articolazione.

RISULTATI

Le dotazioni strutturali

Nella tabella I sono riassunti i dati relativi alle dotazioni strutturali dei DSM censiti nello studio.

Con un'unica eccezione, in tutte le sedi è presente almeno un *Centro di Salute Mentale* (CSM). Tuttavia, il tasso di tali strutture rispetto alla popolazione residente è estremamente variabile da un'area territoriale all'altra, con un *range* che oscilla tra 0.94 e 4.0 ogni 150.000 (si ricorda che lo standard fissato dal Progetto Obiettivo è di 1 CSM ogni 150.000 abitanti).

In tutte le sedi censite è presente, con una sola eccezione, almeno un *Centro Diurno* (CD)¹. Anche in questo caso, comunque, il tasso dei CD rispetto alla popolazione residente (il cui standard fissato dal Progetto Obiettivo è di 1 CD ogni 150.000 abitanti) presenta un ampio campo di variazione, compreso tra 0.94 e 3.10.

¹ Unità organizzativa semiresidenziale, collocata in ambito territoriale, che accoglie i pazienti durante le ore diurne su specifici progetti individualizzati di tipo terapeutico e/o riabilitativo (Amadeo *et al.*, 1998).

Tabella I. – Componenti organizzative dei DSM partecipanti al Progetto PICOS: tipologie di struttura, posti letto (laddove pertinenti) e relativi tassi medi / popolazione residente calcolati nell'area territoriale coperta dallo studio.

	Numero strutture	Numero posti letto	Tasso medio popolazione residente (deviazione standard)	Range	Standard Progetto Obiettivo
CSM	38	–	1.73 (0.76)*	0.94 - 4.00	1 CSM / 150.000 ab.
Centri Diurni	37	–	1.68 (0.50)*	0.94 - 3.10	1 CD / 150.000 ab.
Day Hospital	36	138	0.46 (0.29) [§]	0 - 1.09	1 p.1 / 10.000 ab.
Day Hospital ospedalieri	13	36	0.12 (0.16) [§]	0 - 0.61	Non definito
Day Hospital territoriali	23	110	0.34 (0.31) [§]	0 - 1.00	Non definito
SPDC	26	352	1.05 (0.36) [§]	0.56 - 1.78	1 p.1 / 10.000 ab.
Strutture Residenziali	125	945	2.63 (1.44) [§]	0.40 - 5.30	1 p.1 / 10.000 ab.
CTRP	37	461	1.34 (0.82) [§]	0 - 3.13	Non definito
Comunità Alloggio	37	288	0.80 (0.72) [§]	0 - 3.12	Non definito
Appartamenti	51	195	0.51 (0.54) [§]	0 - 1.65	Non definito

* Ottenuto calcolando la media dei tassi delle strutture / 150.000 ab. rilevate in ciascun DSM partecipante al Progetto PICOS

[§] Ottenuto calcolando la media dei tassi dei posti letto / 10.000 ab. rilevati in ciascun DSM partecipante al Progetto PICOS

Un situazione più articolata emerge dall'analisi dei *Day Hospital* (DH).² Tali strutture sono attive nella stragrande maggioranza (81%) delle sedi censite. Tuttavia, il tasso riguardante i posti letto soddisfa pienamente lo standard (fissato dal Progetto Obiettivo in ragione di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti) soltanto in un'unica sede, tende ad approssimarsi per difetto in altre tre sedi, mentre nelle restanti si colloca ampiamente al di sotto dello standard. Scorporando poi i DH ospedalieri³ da quelli territoriali,⁴ la situazione presenta ulteriori elementi di eterogeneità. Solamente 7 dei 26 DSM censiti sono dotati sia di DH ospedalieri che di DH territoriali, 8 DSM presentano soltanto DH territoriali, mentre i rimanenti 6 dispongono soltanto di DH ospedalieri. Si noti che il numero complessivo di posti letto in dotazione ai DH territoriali (n=98) risulta di oltre due volte superiore rispetto a quello dei DH ospedalieri (n=40), dato questo che appare sostanzialmente in linea col trend nazionale evidenziato dalla più recente rilevazione disponibile (Ministero della Salute, 2001).

Complessivamente più omogenea, seppur con qualche elemento di variabilità, è la situazione che riguarda i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), presenti - con una sola eccezione - in tutte le sedi censite. Lo standard di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti appare sostanzialmente rispettato nella maggioranza dei DSM, mentre è risultato non soddisfatto (<0,7) solamente in 3 sedi su 26.

In tutti i DSM partecipanti risultano presenti *Strutture Residenziali* con differenti livelli di protezione. Dal punto di vista della dotazione complessiva dei posti letto, lo standard previsto dal Progetto Obiettivo (pari ad 1 posto letto ogni 10.000 abitanti) risulta soddisfatto (con un'unica eccezione) in tutte le sedi considerate. La tipologia di Struttura Residenziale presente nella quasi totalità dei DSM è rappresentata dalle CTRP,⁵ seguita dalle Comunità Alloggio⁶ presenti nel 76% dei DSM, mentre gli Appartamenti semiprofetti⁷ sono attivi solamente nel 60% dei casi. Parallelamente,

² Unità organizzativa semiresidenziale di norma situata in presidi extraospedalieri - tuttavia collocata anche in ambito ospedaliero - che accoglie i pazienti durante le ore diurne e svolge prevalentemente attività diagnostiche e terapeutiche a breve e medio termine (Amaddeo et al., 1998).

³ Forniscono prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine che richiedono un regime di cura semiresidenziale, erogate all'interno dell'ospedale generale dal SPDC (DGR Veneto n. 4080).

⁴ Forniscono prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine che richiedono un regime di cura semiresidenziale, erogate di preferenza nella sede del CSM o, in alternativa, nel contesto territoriale più ampio dell'area in cui opera l'équipe (DGR Veneto n. 4080).

⁵ Strutture rivolte ad utenti con scarse o assenti capacità di autonomia; sono gestite da personale appartenente a più profili professionali, dipendente dal DSM o convenzionata che garantisce la sua presenza per tutto l'arco delle 24 ore; il numero di posti letto non può essere superiore a 20 (DGR Veneto n. 4080).

⁶ Strutture rivolte ad utenti con ridotti livelli di autonomia che prevedono la presenza diurna programmata di personale appartenente a più profili professionali, dipendente dal DSM o convenzionato, per almeno 8 ore nei giorni non festivi e per meno tempo nei giorni festivi e prefestivi; il numero di posti letto non può essere superiore a 20 (DGR Veneto n. 4080).

⁷ Strutture rivolte ad utenti autonomi, prevalentemente autogestite dagli utenti; la presenza del personale, direttamente dipendente dal DSM o in convenzione, varia da alcune ore al giorno ad alcune ore a settimana; il numero di posti letto varia da 1 a 10 (DGR Veneto n. 4080).

il numero di posti letto residenziali fa registrare una progressiva diminuzione allorquando ci si sposta dalle strutture ad elevato livello di protezione, quali le CTRP, a quelle a minore protezione, come gli Appartamenti. Stratificando poi le differenti tipologie di strutture residenziali sulla base della modalità di gestione (gestione diretta del DSM vs. convenzione con cooperative sociali, privato imprenditoriale, enti locali, ecc.), emerge che l'82% dei posti letto in CTRP è collocato in strutture a gestione diretta del DSM, mentre soltanto il 49% dei posti letto in Comunità Alloggio ed il 65% di quelli in Appartamento semiprotetto sono gestiti direttamente dai DSM.

Per permettere un confronto tra i dati dei DSM veneti aderenti al Progetto PICOS e quelli riguardan-

ti altre regioni italiane, abbiamo riportato nella tabella II i tassi rispetto alla popolazione residente di CSM, CD, posti letto in DH e posti letto in SPDC, ricavati da un'apposita indagine coordinata su scala nazionale dal Ministero della Salute (2001). Per quanto riguarda la dotazione dei posti letto residenziali, invece, abbiamo fatto riferimento ai dati pubblicati dallo studio PROGRES (2001). Per rendere più agevole il confronto, si è ritenuto di includere nella tabella solamente i dati che si riferiscono a realtà regionali - del nord, del centro e del sud Italia - quanto più possibili omogenee rispetto al Veneto in termini di estensione territoriale e consistenza numerica della popolazione.

Tabella II. – Componenti organizzative e personale in servizio presso i DSM di alcune regioni italiane: tassi rispetto alla popolazione residente.

Regioni	CSM (tasso x 150.000) ¹	CD (tasso x 150.000) ¹	Posti letto DH (tasso x 10.000) ¹	Posti letto SPDC (tasso x 10.000) ¹	Posti letto SR (tasso x 10.000) ²	Totale operatori (tasso x 1.500) ¹
Piemonte	2.38	1.96	0.15	0.66	3.71	0.74
Lombardia	1.56	1.10	0.06	0.87	2.32	0.76
Emilia Romagna	1.81	1.47	0.19	0.60	3.17	0.96
Toscana	2.16	3.18	0.08	0.61	2.16	1.02
Lazio	2.05	1.42	0.04	0.49	2.42	0.80
Campania	1.58	1.45	0.24	0.40	1.55	0.75
Puglia	1.80	1.40	0.11	0.47	2.97	0.61
Sicilia	1.42	1.12	0.20	0.78	4.17	0.77
ITALIA	1.83	1.59	0.20	0.70	2.98	0.80

¹ Ministero della Salute (2001)

² Progetto PROGRES (2001)

Dalla tabella II si osserva che la dotazione di posti letto in DH ed in SPDC nell'area del Veneto coperta dal Progetto PICOS risulta di gran lunga superiore rispetto alla media nazionale e a quella relativa alle altre regioni di confronto, mentre la dotazione di CSM e di posti letto residenziali appare solo di poco inferiore alla media nazionale (con valori tra le singole regioni che presentano ampi margini di variabilità).

Le risorse umane

Complessivamente, nei 26 DSM censiti risultano in servizio 2184 operatori (con un *range* tra le varie sedi compreso tra 38 e 231). Gli infermieri costituiscono la categoria professionale più rappresentata sia in termini assoluti che percentuali (n=970; 45%), seguita dagli OSS/OTA (n=455; 20.5%), dagli psichiatri (n=260; 12%), dagli educatori professionali (n=114; 5.2%) e dagli psicologi (n=82; 3.8%); gli specializzandi in psichiatria e psicologia (n=74; 3.4%) sono presenti solo in

otto sedi su 26 e tendono principalmente a concentrarsi nei due DSM sede di Scuola di Specializzazione (Cliniche Psichiatriche di Padova e Verona), rappresentando in tali contesti rispettivamente il 29.5% ed il 20.6% dell'intera "forza lavoro"; gli assistenti sociali sono presenti, tranne un'unica eccezione, in tutti i DSM censiti, ma appaiono percentualmente poco numerosi (n=60; 2.7%); gli assistenti sanitari appaiono scarsamente rappresentati (n=12; 0.5%), essendo presenti solamente in sei delle 26 sedi censite; scarsamente rappresentati sono anche i tecnici della riabilitazione psicosociale (n=5; 0.2%), presenti soltanto in quattro delle 26 sedi considerate; i sociologi, infine, rappresentano una assoluta rarità, in quanto sono presenti soltanto in due sedi. Va segnalato che la composizione percentuale degli operatori in servizio presso i DSM veneti aderenti al PICOS si discosta alquanto rispetto a quella nazionale (Ministero della Salute, 2001), risultando più ricca di figure con bassa qualificazione professionale, quali gli OTA (che a livello nazionale rappresentano l'8.8% del

totale degli operatori) e meno dotata di figure professionali con più elevato profilo specialistico, quali psichiatri, psicologi, educatori professionali e tecnici della riabilitazione psichiatrica (rappresentati a livello naziona-

le, rispettivamente, in ragione del 18%, 6%, 6.8% e 0.6%).

Nella tabella III è riportato il tasso medio di presenza per struttura delle principali figure professionali.

Tabella III. – Tasso medio di presenza per struttura delle principali figure professionali nell'area territoriale coperta dal Progetto PICOS.

		Psichiatri %	Psicologi %	Infermieri %	Assistenti sociali %	Educatori professionali %	Tecnici riabilitazione %	OSS/OTA %
CSM	media	26.5	7.4	41.0	7.9	2.7	0.3	5
	ds	8.9	4.2	8.3	5.4	3.6	1.0	6.8
	range	5-48	0-17	25-55	0-23	0-11	0-4	0-21
SPDC	media	12.8	1.3	66.6	2.1	0.3	0.08	10.2
	ds	5.8	1.6	14.6	2.9	1.4	0.4	9.5
	range	4-27	0-6	34-85	0-7	0-7	0-2	0-32
Centri Diurni	media	9.0	9	32.0	2.6	20.1	2.4	18.7
	ds	8.4	6.5	19.3	4.3	20.1	9.1	19.2
	range	0-33	0-25	0-59	0-13	0-83	0-44	0-62
CTRP	media	3.0	2.2	45.4	1.2	6.6	0.09	37.0
	ds	2.1	2.6	22.0	1.4	16.1	0.4	22.7
	range	0-8	0-10	0-85	0-4	0-75	0-2	0-88
Comunità Alloggio	media	4.5	4.4	19.4	1.9	9.8	0	55.8
	ds	4.9	6.8	22.4	3.3	14.7	0	27.6
	range	0-20	0-23	0-67	0-10	0-50	0	0-94

Tabella IV. – Personale in servizio presso le strutture afferenti ai DSM partecipanti al Progetto PICOS per profilo professionale e relativi tassi medi su 1.500 abitanti (standard Progetto Obiettivo: 1 operatore / 1.500 ab.).

	Numero operatori	Tasso medio popolazione residente* (deviazione standard)	Range
Operatori totali	2184	0.94 (0.28)	0.44 - 1.53
Infermieri	970	0.42 (0.16)	0.21 - 0.79
OSS/OTA	455	0.18 (0.11)	0.03 - 0.40
Psichiatri	260	0.11 (0.02)	0.16 - 0.07
Educatori professionali	114	0.05 (0.03)	0.01 - 0.16
Psicologi	82	0.03 (0.02)	0.09 - 0.01
Specializzandi in psichiatria	74	0.04 (0.11)	0 - 0.52
Assistenti sociali	60	0.02 (0.01)	0 - 0.07
Amministrativi	54	(0.02 (0.01)	0.01 - 0.06
Assistenti sanitari	12	0.006 (0.01)	0 - 0.04
Tecnici riabilitazione psichiatrica	5	0.002 (0.007)	0 - 0.03
Operatori dipendenti SSN	1725	0,74 (0.23)	0.33 - 1.10

* Ottenuto calcolando la media dei tassi rilevanti per ciascuna figura professionale in ogni DSM partecipante al Progetto PICOS

La quota più elevata di psichiatri si rileva nei CSM (26.5%) e negli SPDC (12.8%), mentre gli psicologi tendono ad essere maggiormente rappresentati presso i Centri Diurni (9%) e i CSM (7.4%); gli infermieri, dal canto loro, sono maggiormente presenti negli SPDC (66.6%) e nelle CTRP (45.4%), gli assistenti sociali nei CSM (7.9%) e presso i Centri Diurni (2.6%), gli educato-

ri presso i Centri Diurni (20.1%) e le Comunità Alloggio (9.8%), i tecnici della riabilitazione psichiatrica pressoché esclusivamente presso i Centri Diurni (2.4%) ed, infine, gli OSS/OTA presso le Comunità Alloggio (55.8%) e le CTRP (37%). Si noti, tuttavia, che la composizione percentuale di operatori in servizio presso le diverse strutture dipartimentali varia notevolmente da un DSM

all'altro, come è facilmente desumibile dall'analisi delle deviazioni standard e dei campi di variazione che corrispondono i tassi medi riportati in tabella III.

Nella tabella IV, prima riga, è indicato il tasso medio su 1.500 abitanti di operatori in servizio nell'ambito territoriale coperto dai DSM partecipanti all'indagine. Tale valore tende ad approssimarsi, seppure per difetto, allo standard fissato dal Progetto Obiettivo Nazionale e Regionale (cioè 1 operatore ogni 1.500 abitanti). Dal confronto con i dati rilevati nella già citata indagine ministeriale (Ministero della Salute, 2001), il tasso di operatori trovato in questo studio si pone al di sopra sia della media nazionale che dei tassi riscontrati nelle altre regioni di confronto (tabella II, ultima colonna).

Tuttavia, l'analisi dei tassi rilevati nei singoli DSM partecipanti alla presente indagine evidenzia un quadro estremamente eterogeneo: infatti, in cinque delle 26 sedi censite (19%) il tasso si colloca ampiamente al di sotto dello standard (<0.7), in otto sedi (31%) il tasso è significativamente inferiore allo standard ($0.7 < \text{tasso} < 0.9$), in sei (32%) il tasso si approssima per difetto allo standard ($0.9 < \text{tasso} < 1.0$), mentre solo in sette (27%) lo standard risulta pienamente soddisfatto (≥ 1).

Va sottolineato che il tasso medio di operatori su 1.500 abitanti riportato in tabella IV non fotografa in maniera fedele l'effettiva situazione degli organici dei DSM partecipanti allo studio: infatti, nel computo degli operatori sono stati inclusi tutti coloro che, a vario titolo, prestano servizio presso le strutture dipartimentali, comprendendo i dipendenti delle Aziende Sanitarie Territoriali o Ospedaliere, i borsisti, gli specializzandi, il personale convenzionato, quello a contratto e quello dipendente dalle cooperative sociali di tipo A. La situazione è, in realtà, molto più critica se nel calcolo vengono inclusi soltanto gli operatori strutturalmente dipendenti dal SSN: in questo caso si osserva una sensibile riduzione del tasso su 1.500 abitanti, che passa da 0.94 a 0.74 (tabella IV, ultima riga). Se consideriamo poi la situazione a livello dei singoli DSM, i tassi tendono a subire in tutte le sedi un qualche grado di flessione, che diventa una drastica riduzione in quelle realtà che si avvalgono in maniera più consistente dell'impiego degli specializzandi e/o dei dipendenti delle cooperative sociali (dati analitici forniti dagli Autori su richiesta).

Anche per quanto riguarda la dotazione delle singole figure professionali è presente un'ampia variabilità, come si evince dall'analisi della tabella IV (righe 2-12). Con la relativa eccezione degli psichiatri e degli infermieri, per tutte le professionalità considerate si osservano tassi medi dotati di elevate deviazioni standard ed ampi campi di variazione, che riflettono l'estremo grado di eterogeneità

di dotazione di operatori per profilo professionale in servizio presso i vari DSM. Si fa notare, che né il Progetto Obiettivo Nazionale, né quello Regionale hanno fissato alcuno standard specifico per le singole categorie professionali in servizio presso i DSM.

DISCUSSIONE

Considerazioni generali

Dall'analisi dei dati presentati, l'elemento che colpisce maggiormente è l'estrema eterogeneità che caratterizza i DSM veneti.

La prima eterogeneità è soltanto nominalistica, ma appare emblematica riguardo alla distanza che resta da colmare per rendere omogeneo almeno il linguaggio che descrive le articolazioni dei servizi psichiatrici pubblici operanti nella nostra Regione: in alcune Aziende Sanitarie i moduli dipartimentali dei DSM vengono denominati "Unità Operative Psichiatriche", in altre prendono il nome di "Servizi Psichiatrici", mentre in altre ancora vengono definite "Equipe".

La seconda eterogeneità riguarda la composizione percentuale delle specifiche figure professionali che compongono gli organici dei vari DSM e, all'interno di questi, delle singole strutture dipartimentali; tale eterogeneità potrebbe forse rappresentare una indiretta conseguenza del differente orientamento di fondo rispetto all'approccio assistenziale che caratterizza i vari DSM (ammesso che un determinato assetto dell'organico a disposizione di un dato DSM sia frutto di una precisa volontà programmatica e non dovuto a limitazioni di natura contingente o a scelte locali, per così dire, obbligate): ad esempio, la maggiore rappresentazione all'interno di un determinato DSM di figure professionali di tipo "riabilitativo", quali tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali ed educatori, potrebbe riflettere la maggiore propensione da parte di quel DSM a privilegiare una linea assistenziale di marca più spiccatamente psicosociale; d'altro canto, un organico particolarmente ricco di psichiatri o di figure infermieristiche, ma relativamente carente di "riabilitatori", potrebbe essere espressione per un altro DSM di una impostazione assistenziale che tende maggiormente a medicalizzare il rapporto terapeutico.

La terza eterogeneità riguarda il ricorso al personale non strutturato per integrare gli organici dei DSM. In alcune sedi, ad esempio, la presenza di operatori delle cooperative sociali appare alquanto consistente, rappresentando tali figure una frazione non trascurabile dell'intera "forza-lavoro" del DSM. Analogamente, nei DSM

sede di Scuola di Specializzazione l'impiego di specializzandi in psichiatria contribuisce in maniera rilevante al funzionamento delle varie strutture dipartimentali.

La quarta eterogeneità riguarda la dotazione dei posti letto per le attività diurne (in particolare i Day Hospital) e dei posti letto residenziali, che risultano presenti sul territorio regionale in maniera molto difforme da un DSM all'altro e con una presenza di strutture gestite del privato sociale che in alcune sedi appare piuttosto rilevante.

Tutte le sopraccitate eterogeneità - per altro ampiamente rappresentate e documentate anche a livello nazionale (de Girolamo & Cozza, 2000; Burti, 2001; Piccinelli et al., 2002) - non possono che essere accolte con una certa preoccupazione, in quanto tendono perpetuarsi a distanza di ben dieci anni dalla entrata in vigore del primo Progetto Obiettivo Nazionale e a oltre cinque dalla pubblicazione del Progetto Obiettivo Regionale (DGR n. 4080, 2000), che negli auspici degli organismi regionali competenti avrebbe dovuto introdurre decisivi elementi di omogeneizzazione dell'assistenza psichiatrica nella Regione Veneto.

La semiresidenzialità

Nei DSM aderenti al Progetto PICOS l'asse della semiresidenzialità sembra nettamente privilegiare i Centri Diurni, strutture evidentemente più "tarate" per assicurare programmi riabilitativi a medio-lungo termine in favore di utenti fortemente disabili. Riguardo a quest'ultimo aspetto, il problema della riabilitazione sembrerebbe essere costituito non tanto dalla scarsa disponibilità dei "luoghi" dove questa viene praticata - i Centri Diurni, infatti, appaiono rappresentati in numero adeguato in tutta l'area regionale considerata - quanto piuttosto dalla carenza di "chi" (come verrà discusso più avanti) è chiamato a dare corso a tali programmi.

La dotazione dei Day Hospital, invece, seppur nel complesso decisamente migliore rispetto a quella rilevata nelle altre regioni del nostro Paese (de Girolamo & Cozza, 2000; Ministero della Salute, 2001), evidenzia alcuni elementi di criticità. L'analisi per singolo DSM - considerando sia il numero complessivo di posti letto in DH, che quello scorporato tra DH territoriali ed ospedalieri - evidenzia una situazione estremamente eterogenea, con alcune sedi (pochissime) in cui il tasso tende ad approssimarsi allo standard, accanto ad altre (la maggior parte) in cui il tasso è estremamente basso: questo dato potrebbe essere di per sé indicativo della maggiore o minore vocazione di un determinato DSM a privilegiare, per quanto attiene all'assistenza diurna, l'area ospedaliera rispetto a quella territoriale, una volta che naturalmen-

te siano stati esclusi condizionamenti logistici (ad esempio, indisponibilità di spazi adeguati fuori dell'ospedale) o legati alla scarsità del personale (per cui in una economia di scala risulta preferibile attivare un Day Hospital in una stanza adiacente a quelle del reparto ospedaliero). La dotazione relativamente scarsa di Day Hospital porta a chiedersi se i programmi terapeutico-riabilitativi a più breve termine che tali strutture assicurano siano: 1) ritenuti in qualche modo poco rispondenti alla prevalente necessità dell'utenza e quindi svantaggiosi rispetto ad interventi ambulatoriali e territoriali del CSM o alle attività riabilitative del Centro Diurno, o 2) considerati poco "remunerativi" (non necessariamente in termini economici), rispetto alla priorità di scelta degli assetti organizzativi del DSM, e pertanto nell'ambito di una economia di scala la presenza del DH viene assicurata in modo indiretto e promiscuo nell'ambito degli spazi di un CSM (o magari di una comunità) con utilizzo indifferenziato di personale già presente, ma formalmente adibito ad altre funzioni (in altri termini, la funzione viene assicurata, ma senza una logistica differenziata, né una mini-equipe dedicata). Questo è certamente un tema di grande rilevanza che in questa sede possiamo soltanto limitarci a tratteggiare, ma che siamo sicuri meriti una più approfondita trattazione, magari sulla scorta di nuove ed ulteriori evidenze tratte da specifici studi *ad hoc* da realizzare a livello nazionale.

La residenzialità

La dotazione complessiva di posti letto residenziali rilevata in questo studio risulta essere due volte e mezzo superiore allo standard fissato dal Progetto Obiettivo Nazionale, e sostanzialmente sovrapponibile al dato nazionale (Gruppo Nazionale PROGRES, 2001). Tuttavia, l'analisi per singolo DSM mette in luce una notevole eterogeneità, anche riguardo alla dotazione delle strutture residenziali e dei relativi posti letto. Inoltre, la scomposizione analitica della dotazione dei posti letto in base alle diverse tipologie di struttura indica una riduzione progressiva degli stessi man mano che ci si sposta dalle CTRP alle Comunità Alloggio agli Appartamenti. Ciò sembrerebbe suggerire che la recettività residenziale dei DSM sia di fatto spostata più verso il polo della residenzialità ad alta protezione che verso soluzioni abitative maggiormente autonome (la cui disponibilità di posti letto è, d'altra parte, resa più ampia soltanto grazie a convenzioni ed accordi di programma con cooperative sociali o altri enti). È pur vero che molti DSM hanno avuto la necessità di ricollocare molti pazienti degli ex-O.P. e che la presenza di CTRP ad estinzione o di mantenimento

abbia rappresentato in questo senso un'esigenza ineludibile; è però altrettanto vero che, al di là del problema dei lungodegenti degli ex-O.P., il ventaglio di offerte di un DSM deve necessariamente contemplare la presenza di contesti residenziali che prevedano possibili transizioni nel tempo verso livelli progressivamente minori di protezione. Il gradiente decrescente della dotazione di residenze da quelle a maggiore protezione ed intensità di trattamento verso quelle che prevedono maggiori livelli di autonomia fa ipotizzare che in molti DSM possa venirsi a configurare una situazione a "collo di bottiglia" in uscita: la scarsa dotazione di Comunità Alloggio e Appartamenti semiprotetti potrebbe impedire ai DSM di promuovere per quegli utenti delle CTRP con più bassi livelli di disabilità una possibile esperienza di vita progressivamente autonoma, favorendone invece lo stazionamento in comunità e procrastinando *sine die* gli eventuali tempi della verifica finale; da ciò ne conseguirebbe una saturazione dei posti letto in CTRP, scarso o assente *turn-over* degli utenti, eventuale saturazione a monte dell'SPDC con ricoveri impropri e protratti per utenti non acuti, ma comunque non più gestibili a domicilio, col rischio di cronicizzazione per i nuovi e più giovani psicotici che magari potrebbero beneficiare di un tempestivo trattamento riabilitativo in una cornice protetta residenziale.

Il personale

Il tasso medio di operatori su 1.500 abitanti del nostro studio, calcolato sulla base di coloro che lavorano in maniera strutturale e stabile all'interno del SSN, si pone ben al di sotto dei valori registrati in Veneto nelle due precedenti rilevazioni nazionali coordinate dal Ministero della Salute nel 1998 e nel 2001 (valori che - è bene ricordare - avevano evidenziato già a suo tempo un stato di sofferenza dei DSM regionali) e tende a collocarsi nella estremità inferiore del campo di variazione dei tassi rilevati nelle varie regioni del nostro Paese (Ministero della Sanità, 1998; Ministero della Salute, 2001). Ciò sembrerebbe indicare che il divario tra lo standard fissato dal Progetto Obiettivo ed il tasso reale di operatori in forza ai DSM veneti sia andato ulteriormente accentuandosi col passare degli anni, divario che solamente l'azione vicariante del privato sociale e del personale precario ha contribuito a rendere meno evidente. Riguardo al ruolo delle cooperative sociali, se da un lato il rapporto tra DSM e privato sociale ha avuto sicuramente il merito di attivare proficue e costruttive sinergie, dall'altro ha finito per dare luogo a pericolosi circoli viziosi: il continuo precariato degli operatori e l'instabilità dei contratti di lavoro, associato alla presenza di personale sottopagato o assunto per

posizioni non corrispondenti alle effettive qualifiche (ad esempio, psicologi assunti come educatori, educatori assunti come OTA, ecc.) ha spesso finito per accelerare il *turn-over* del personale, con conseguente perdita di continuità e qualità degli interventi, difficoltà da parte dei DSM a coordinare gruppi di operatori che "rispondono" ad altri Enti e difficoltà a valutare la qualità degli interventi forniti (Morandin & Favaretto, 2005).

Rispetto poi ai singoli profili professionali, sembrano prevalere nei DSM le figure prettamente sanitarie (come infermieri, psichiatri, psicologi) rispetto a quelle con funzione più squisitamente riabilitativa, quali educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica. Con particolare riferimento a questi ultimi, la loro carenza è probabilmente da ascrivere al fatto che la figura del "tecnico della riabilitazione psico-sociale" prima e "della riabilitazione psichiatrica" poi sia stata formalizzata solo pochissimi anni fa (Decreto 29 marzo 2001, n. 182); l'auspicio è che tali figure possano trovare al più presto adeguato spazio all'interno dei DSM e che le piante organiche vengano opportunamente modificate prevedendone anche formalmente il pieno ingresso tra i professionisti della salute mentale.

Tutti questi aspetti sembrerebbero indicare la sostanziale inefficace valenza programmatica ed organizzativa di uno standard così grossolano come quello cumulativo di 1 operatore ogni 1.500 abitanti previsto a suo tempo dal Progetto Obiettivo Nazionale; il fatto poi che all'interno del successivo Progetto Obiettivo Regionale (giunto dopo una lunga fase di gestazione e accompagnato da speranzose aspettative da parte dagli operatori della salute mentale) non sia stata avvertita la necessità di definire più specifici e vincolanti sub-standard per le varie figure professionali che operano nei DSM, induce a guardare al principale documento di indirizzo dell'assistenza psichiatrica della nostra regione come ad una nuova occasione perduta.

Implicazioni per la pratica clinica

I punti critici emersi da questa indagine possono essere sintetizzati come segue: 1) insufficiente dotazione di strutture di tipo semiresidenziale deputate alla realizzazione di programmi terapeutico-riabilitativi a breve termine (Day Hospital); 2) limitata dotazione di contesti residenziali a basso livello di protezione presso cui dare corso a programmi terapeutico-riabilitativi a più lungo termine (Comunità Alloggio e Appartamenti semiprotetti); 3) insufficiente dotazione complessiva di operatori in servizio presso i DSM; 5) insufficiente rappresentazione dei profili professionali con più spiccate propensioni ria-

bilitative (educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali); 6) azione vicariante da parte del privato sociale sulle lacune di organico dei DSM. Se queste sono le difficoltà con cui i DSM si devono confrontare, vediamo quali conseguenze ne possono derivare. Nell'affrontare questo tema ci pare utile porre preliminarmente il seguente quesito: le eventuali ricadute negative di una situazione del genere rischiano di ripercuotersi in maniera generalizzata su tutta l'utenza dei servizi o possono risultare più pesanti su particolari categorie di pazienti? E, in questo secondo caso, quali potrebbero essere i pazienti maggiormente penalizzati? Una prima risposta a tale interrogativo era in realtà già contenuta all'interno della Relazione Socio-Sanitaria 2004 della Regione Veneto, al cui ufficio di programmazione sanitaria evidentemente non era sfuggito lo stato di sofferenza in cui versavano i DSM veneti, dal momento che veniva esplicitamente ammesso che "qualunque organizzazione che operi in regime di scarsità di personale e limitatezza della logistica, tende a ridurre la qualità del prodotto prima e la quantità del medesimo poi" (Regione Veneto, 2004; pag. 241). Se appare, pertanto, verosimile che una condizione di risorse inadeguate non possa non aver prodotto effetti negativi sull'utenza dei servizi nel suo complesso, ci sembra di poter aggiungere che le specifiche criticità evidenziate possano avere avuto ricadute particolarmente pesanti e dagli effetti non facilmente prevedibili su alcuni specifici gruppi target di utenti: da questo punto di vista, la categoria più esposta ci appare essere quella dei pazienti affetti da "disturbi gravi e persistenti" (*severe and persistent mentally ill*), che manifestano articolati profili di bisogni assistenziali e per i quali si rendono necessarie risposte complesse ed individualizzate, fornite da équipes multidisciplinari dotate di elevati livelli di competenza professionale. Si tratta proprio di quei pazienti la cui assistenza dovrebbe costituire la *mission* gerarchicamente prioritaria dei DSM (Ferrannini, 2002). Gioverà ricordare che la categoria dei pazienti con "disturbi gravi e persistenti" (la cui prevalenza è stata stimata attorno a 1.34/1000) non si limita a comprendere soltanto i pazienti psicotici altamente disfunzionali (che ammontano in realtà al 40% circa del totale), ma include anche una quota (pari almeno al 10% dell'utenza dei servizi) che non presenta un disturbo di tipo psicotico, ma che è portatore di importanti problematicità sul versante del funzionamento sociale (Ruggeri et al., 2000).

Pazienti con queste caratteristiche possono trarre beneficio soltanto da programmi di cura integrati, flessibili, non stereotipati, in cui il ventaglio di interventi psicologici e riabilitativi sia il più ampio possibile. E, purtroppo, proprio l'area terapeutica che rischia di restare

maggiormente penalizzata da una ripartizione delle risorse insufficiente e disarticolata come quella evidenziata è l'area che copre gli interventi psicologici e riabilitativi: questo sia per una carenza di "chi" è specificamente chiamato a dare corso a tali programmi, sia per la spesso ristretta gamma di "luoghi" presso cui realizzarli (pensiamo in particolare ai contesti residenziali a minor livello di protezione). Le linee guida internazionali sul trattamento dei disturbi mentali più gravi, quali, ad esempio, la schizofrenia (NICE, 2003; Lehman et al., 2004; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2005), raccomandano oramai da tempo ai servizi di salute mentale di adottare all'interno del proprio armamentario terapeutico ben precise tipologie di intervento psicologico (psicoterapia cognitivo-comportamentale, *counselling*, interventi di tipo psicoeducativo familiare) o riabilitativo (*social skill training, cognitive remediation, supported employment*). Si pone, tuttavia, il dilemma se i nostri DSM siano attrezzati a fornire alla maggioranza degli utenti che lo necessitano programmi di assistenza modulati su specifiche strategie di intervento psicosociale di provata efficacia o se abbiano, piuttosto, la tendenza ad erogare generici ed aspecifici interventi di risocializzazione (tendendo ovviamente conto delle dovute, numerose eccezioni esistenti in molte realtà del nostro Paese). Sia i risultati dello studio PROGRES riguardanti le attività che hanno luogo nelle strutture residenziali italiane (Santone et al., 2004), sia le difficoltà incontrate nella implementazione su larga scala di specifici programmi di intervento psicosociale (Magliano et al., 2005), sia i dati di questo studio sembrerebbero purtroppo suggerire che la seconda eventualità è quella più verosimile: i DSM da noi valutati appaiono, infatti, carenti di figure dotate di specifiche competenze riabilitative (quali, ad esempio, i tecnici della riabilitazione psichiatrica), ma sono particolarmente ricchi di operatori privi di specifica qualifica e formazione (quali, ad esempio, gli OTA), che risultano percentualmente rappresentati in maniera consistente proprio in quelle strutture dove in genere si realizzano i programmi riabilitativi. A ciò si deve poi aggiungere che in molti DSM una frazione non trascurabile del personale che gestisce Centri Diurni e Comunità è fornito dalle cooperative sociali, la cui qualificazione professionale e formazione specifica spesso sfugge ad ogni possibilità di controllo da parte dei DSM. Se questo è lo stato delle cose, sembra lecito temere che i luoghi della riabilitazione possano perdere una loro specifica connotazione terapeutica, per diventare semplice ambito di stazionamento dei pazienti e non di adeguata promozione degli stessi verso maggiori livelli di autonomia (sempre evidente-

mente nel rispetto di quel sottile equilibrio tra sotto- e sovra- stimolazione del paziente, evenienze entrambe potenzialmente pericolose per il rischio, nel primo caso di cronicizzazione e, nel secondo, di condizioni che possono sconfinare in veri e propri casi di "accanimento riabilitativo").

È, tuttavia, interessante notare che l'insufficiente dotazione di "riabilitatori" registrata nel nostro studio contrasta con i più recenti dati regionali disponibili riguardanti il volume delle prestazioni erogate dai DSM veneti, secondo cui sarebbero proprio gli "interventi riabilitativi strutturati" quelli più numerosi (22.6% di tutti gli interventi forniti) (Regione Veneto, 2002): ciò contribuisce a rinforzare il legittimo dubbio, come, d'altro canto, onestamente ammesso dall'ufficio di programmazione regionale, "...che proprio il personale meno qualificato e/o non in base fissa venga assegnato ai pazienti cronici delle strutture residenziali e semiresidenziali a produrre intrattenimento anziché riabilitazione" (Regione Veneto, 2000; pag. 124).

CONCLUSIONI

A fronte delle eterogeneità emerse in questa indagine, c'è un aspetto - piuttosto preoccupante in verità - che sembra accomunare i DSM veneti e che rischia di rappresentare l'unico elemento di omogeneità rilevabile a livello del territorio regionale: lo stato di sofferenza riguardo alla dotazione di personale e, in particolare, di quello specificamente deputato alla realizzazione dei progetti terapeutico-riabilitativi a più alto contenuto tecnico-professionale, così come espressamente previsto dalle normative vigenti e come le evidenze della letteratura più recente raccomandano. Questo è un aspetto - la cui percezione è d'altro canto pienamente avvertita da gran parte degli stessi operatori dei DSM - su cui sarebbe importante aprire una seria fase riflessione, sia sul piano puramente tecnico sia anche (e, forse, soprattutto) su quello politico-istituzionale, al fine di promuovere tutte le iniziative conseguenti.

Ringraziamenti. Si ringraziano il Prof. Francesco Amaddeo ed il Dott. Giovanni de Girolamo per avere revisionato una versione avanzata del manoscritto e per i preziosi suggerimenti forniti. Un ringraziamento particolare va anche ai due referee anonimi per aver contribuito con i loro commenti a migliorare la qualità finale del lavoro.

RIASSUNTO. Scopo - Presentare una indagine sulle dotazioni umane e strutturali dei DSM della Regione Veneto e discuterne le implicazioni per la pratica clinica a dieci anni dalla pubblicazione del PO "Tutela della salute mentale 1994-96". **Metodo** - L'indagine è stata condotta nella cornice generale del Progetto PICOS-Veneto, uno studio

multicentrico che ha coinvolto 17 dei 21 DSM veneti, per un bacino d'utenza pari a complessivamente l'80% della popolazione residente. La raccolta dati relativa alle risorse umane e strutturali si è avvalsa di una scheda messa specificamente a punto per questo studio. **Risultati** - È emersa una estrema eterogeneità tra i vari DSM, soprattutto in relazione a: 1) denominazione delle singole articolazioni dipartimentali, 2) composizione percentuale delle varie figure professionali sul totale degli operatori (la categoria più rappresentata è in genere quella degli infermieri, seguita dagli operatori addetti all'assistenza, dagli psichiatri e dagli psicologi), 3) ricorso alle cooperative sociali o personale a contratto per integrare le carenze di organico presenti nelle varie strutture dipartimentali, 4) dotazione dei posti per le attività diurne (ed in particolare i Day Hospital) e i posti letto residenziali. La maggiore carenza rispetto agli organici in forza ai DSM riguarda l'insufficiente dotazione nella maggior parte delle sedi considerate di quelle specifiche figure professionali coinvolte nella erogazione dei programmi psicosociali e degli interventi riabilitativi. **Conclusioni** - La dotazione di personale e strutture, soprattutto diurne e residenziali, appare estremamente eterogenea e in molti casi carente dal punto di vista quantitativo rispetto agli standard fissati dal PO. È necessario aprire una fase di riflessione e confronto su tale tema per comprendere le implicazioni pratiche e definire le iniziative prioritarie.

PAROLE CHIAVE: personale, strutture, studio multicentrico, servizi di salute mentale.

BIBLIOGRAFIA

- Alden L. (1978). Treatment environment and patient improvement. *Journal of Nervous and Mental Disease* 166, 327-334.
- Amaddeo F., Bacigalupi M., de Girolamo G., Di Munzio W., Lora A. & Semisa D. (1998). *Attività, Interventi e Strutture del Dipartimento di Salute Mentale*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Supplemento Monografico n. 2. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Becker T. (1985). Psychiatric reform in Italy: how does it work in Piedmont? *British Journal of Psychiatry* 147, 254-260.
- Bollini P., Reich M. & Muscettola G. (1988). Revision of the Italian psychiatric reform: North/south differences and future strategies. *Social Science and Medicine* 27, 1327-1335.
- Burti L. (2001). Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104, Suppl. 410, 41-46.
- Christenfeld R., Wagner J., Pastva G. & Acrish W.P. (1989). How physical settings affect chronic mental patients. *Psychiatric Quarterly* 60, 253-264.
- Cozza M. & Napolitano G.M. (a cura di) (1996). *L'Assistenza Psichiatrica in Italia: la Normativa e la Diffusione dei Servizi sul Territorio. Secondo Rapporto*. Istituto Italiano di Medicina Sociale: Roma.
- Crepet P. (1990). A transition period in psychiatric care in Italy ten years after the reform. *British Journal of Psychiatry* 156, 27-36.
- Decreto Presidente della Repubblica (1994). Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale, 1994-1996": DPR 07.04.94. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*.
- de Girolamo G. & Cozza M. (2000). The Italian psychiatric reform. A 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry* 23, 197-214.
- de Girolamo G. & Tansella M. (2006). I reparti psichiatrici in ospedale generale. Problemi e prospettive in Europa. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15, 85-90.
- DGR Veneto (2000). DGR Veneto n. 4080 del 22.12.2000. Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale. Aggiornamento (LR n. 5/1996, commi 1 e 2).

- De Salvia D. & Barbato A. (1993). Recent trends in mental health services in Italy: an analysis of national and local data. *Canadian Journal of Psychiatry* 38, 185-186
- Eklund M. & Hansson L. (1997). Relationships between characteristics of the ward atmosphere and treatment outcome in a psychiatric day-care unit based on occupational therapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95, 329-335.
- Ferrannini L. (2002). Il Dipartimento di Salute Mentale è un servizio di psichiatria di comunità? *Psichiatria di Comunità* 1, 77-85.
- Fioritti A., Lo Russo L. & Melega V. (1997). Reform said or done? The case of Emilia-Romagna within the Italian psychiatric context. *American Journal of Psychiatry* 154, 94-98.
- Gruppo Nazionale PROGRES (2001). Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. I risultati della fase 1 del progetto PROGRES. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 10, 260-275.
- Lasalvia A., Ruggeri M., Bertani M., Bonetto C., Bissoli S., Marrella G., Cristofalo D. & Tansella M. on behalf of the PICOS-VENETO Group (in preparazione). Caring for emotional well-being of mental health professionals to improve treatment outcomes: a survey on job burnout in community mental health services of the Veneto Region, Italy. Results from the Psychosis Incident Cohort Outcome Study (PICOS).
- Lehman A.F., Kreyenbuhl J., Buchanan R.W., Dickerson F.B., Dixon L.B., Goldberg R., Green-Paden L.D., Tenhula W.N., Boerescu D., Tek C., Sandson N. & Steinwachs D.M. (2004). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin* 30, 193-217.
- Magliano L., Fiorillo A., Malangone C., De Rosa C., Favata G., Sasso A., Prezioso M., Pezzenati L., Gentile F., Casale L., Bondi E., Test G.R., Di Lella M., Biscussi E., Degl'Innocenti F., Bellini R., Di Nunzio R., Matrella L., Salmeri R., Cantone R., Gargiulo L., Esposito A., Delcuratolo V., Giannini M., Maresca L., Cavaliere G., Scandone B., Folla M., Raffaelli M., Innocente P., Dagianti F., Lucania S., Scorsino A., Bardicchia F., Cerullo G., Curreli R., Miscali S., Scordato M., Campo G., Mameli C., Sodde C., D'Ambrà L., Malacarne A. & Maj M. (2005). Aspetti positivi e difficoltà nella diffusione degli interventi psicoeducativi familiari nella pratica clinica: uno studio multicentrico in 23 CSM italiani. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 14, 235-242.
- Maj M., Starace F. & Kemali D. (1989). Implementing psychiatric reform in southern Italy: the case of Campania. *International Journal of Social Psychiatry* 35, 46-53.
- Ministero della Salute (2001). *Rilevazione 2001 del Personale e Strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale*, a cura della Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio X: Roma.
- Ministero della Salute (2004). *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2003*. Roma.
- Ministero della Sanità (1998). *Stato di Attuazione del Processo di Superamento degli Ospedali Psichiatrici e di Realizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale (Legge N. 449/1997)*, a cura dei Dipartimenti della Prevenzione e della Programmazione (Vol. I e II). Roma.
- Morandin I. & Favaretto G. (2005). Espansione del privato sociale all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale tra rischi e vantaggi. *Psichiatria di Comunità* 4, 230-237.
- Nash L., Gorrell J., Cornish A., Rosen A., Miller V. & Tennant C. (2004). Clinical outcome of an early psychosis intervention program: evaluation in a real-world context. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38, 694-701.
- NICE (2003). Schizophrenia. Full National Clinical Guideline on Core Interventions in Primary and Secondary Care. Gaskell: London [ed. Italiana a cura di G. Carrà, F. Barale & A. Marinoni (2004). *Schizofrenia. Linee Guida Cliniche Complete per gli Interventi Fondamentali nella Medicina di Base e Specialistica*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma].
- Perris C. & Kemali D. (1985). Focus on the Italian psychiatric reform: an introduction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum No. 316, 9-25.
- Piccinelli M., Politi P. & Barale F. (2002). Focus on psychiatry in Italy. *British Journal of Psychiatry* 181, 538-544.
- Regione Veneto (2000). Assistenza Psichiatrica. In *Relazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto 2000*, pp.121-132. Giunta Regionale del Veneto: Venezia.
- Regione Veneto (2002). Assistenza Psichiatrica. In *Relazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto 2002*, pp. 173-182. Giunta Regionale del Veneto: Venezia.
- Regione Veneto (2004). Assistenza Distrettuale e Servizi Sociali. Salute Mentale. In *Relazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto*. Anno 2004, pp. 233-242. Giunta Regionale del Veneto: Venezia.
- Rossberg J.I., Melle I., Opjordsmoen S. & Friis S. (2006). Patient satisfaction and treatment environment: a 20-year follow-up study from an acute psychiatric ward. *Nordic Journal of Psychiatry* 60, 176-180.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2005). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39, 1-30.
- Ruggeri M., Leese M., Thornicroft G., Bisoffi G. & Tansella M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry* 177, 149-155.
- Santone G. de Girolamo G., Fallon I., Fioritti A., Micciolo R., Picardi A., Zanalda E. & Svettini A. (2004). Il Processo assistenziale nelle RS. In *Le Strutture Residenziali e i Loro Ospiti: i Risultati della Fase 2 del Progetto Nazionale PROGRES* (G. de Girolamo, A. Picardi, G. Santone, D. Semisa, P. Morosini & Gruppo Nazionale PROGRES), pp. 22-44. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Monograph Supplement 7, Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Tansella M, Williams P (1987). The Italian experience and its implications. *Psychological Medicine* 17, 283-289.