

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CXXVI

n. 1

RELAZIONE

SULLO STATO DEL PROCESSO DI SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI E SULL'ATTUAZIONE DEL PROGETTO-OBIETTIVO «TUTELA DELLA SALUTE MENTALE 1994-1996» (Al 30 settembre 1997)

(Articolo 1, comma 24, della legge 23 dicembre 1996, n. 662)

Presentata dal Ministro della sanità

(BINDI)

Trasmessa alla Presidenza il 24 gennaio 1998

PAGINA BIANCA

INDICE

PREMESSA	Pag.	7
SINTESI DEGLI ATTI REGIONALI DI PROGRAMMAZIONE E INDIRIZZO ALLE AZIENDE USL	»	9
1. — Indicazioni sulla durata del processo (a datare dal 1° gennaio 1997)	»	9
2. — Destinazione edifici ed aree ex O.P.	»	10
3. — Finanziamenti	»	10
4. — Monitoraggio del processo	»	11
5. — Destinazione del personale ex O.P.	»	11
IL PROCESSO DI SUPERAMENTO ALLA DATA DEL 30 SETTEMBRE 1997	»	11
SINTESI DELLE REALTÀ REGIONALI	»	18

PAGINA BIANCA

RELAZIONE
SULLO STATO DEL PROCESSO DI SUPERAMENTO
DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI
E SULL'ATTUAZIONE DEL PROGETTO-OBIETTIVO
«TUTELA DELLA SALUTE MENTALE 1994-1996»
(Al 30 settembre 1997)

PAGINA BIANCA

Ministero della Sanità

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE UFFICIO IV

RELAZIONE SUL PROCESSO DI CHIUSURA DEGLI EX OSPEDALI PSICHIATRICI (Legge 662/1996)

Aggiornamento al 30 settembre 1997

Premessa

Come ben descritto nelle premesse del Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1994-1996", il processo di superamento degli ospedali psichiatrici, a datare dal 1980, ha proceduto a fasi alterne, con accelerazioni per lo più limitate a singole realtà, ma sostanzialmente, fino agli inizi degli anni '90, non era mai stato intrapreso un lavoro sistematico per la chiusura definitiva di queste strutture.

Senza entrare in dettagliate analisi delle cause, è noto che v'è una correlazione stretta fra chiusura dei manicomi ed attivazione di una prassi assistenziale basata su una rete di strutture e di interventi integrati, all'interno di una organizzazione dipartimentale della psichiatria.

E' merito del citato Progetto Obiettivo l'aver fornito indicazioni programmatiche specifiche, fino a quel momento assenti, sull'organizzazione del lavoro psichiatrico e sulle sue correlazioni funzionali, sia con gli altri servizi sanitari, sia con i servizi sociali.

A seguito del P.O. in tutte le regioni è stata completata l'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), con un incremento dei Centri di Salute Mentale (CSM), di punti ambulatoriali, di strutture residenziali e semiresidenziali.

Va tuttavia rilevato che, a fronte di inequivocabili cambiamenti, risulta ancora carente una azione continuativa di indirizzo, di promozione e di coordinamento, ma soprattutto di valutazione dei risultati prodotti dai programmi. E ciò vale sia a livello nazionale che a livello di ogni singola regione.

La mancanza di una azione valutativa non permette di conoscere il grado di efficienza e di efficacia degli interventi programmati. Come conseguenza di ciò, ad esempio, non è possibile alcun riscontro significativo (non limitato, cioè, a soli dati quantitativi) nei confronti dei cinque interventi da compiere, indicati nel P.O. (da sottolineare l'importanza cruciale del 3°, del 4° e del 5°):

- 1) realizzare il modello organizzativo del DSM su tutto il territorio nazionale;
- 2) promozione di progetti specifici per il superamento del residuo manicomiale;
- 3) promozione di un sistema informativo, con particolare riferimento al monitoraggio della spesa;
- 4) individuazione a livello nazionale di un sistema di indicatori di qualità dell'assistenza psichiatrica;
- 5) promozione di progetti di formazione e aggiornamento degli operatori.

Ed è sempre all'interno delle suddette carenze che si inseriscono le iniziative del Parlamento che per ben due volte ha ritenuto dover sollecitare la chiusura dei manicomi (Leggi finanziarie 1994 e 1996).

Per recuperare le necessità di coordinamento e verifica, il Ministero della Sanità ha istituito l'Osservatorio per la tutela della salute mentale e, più di recente, un tavolo di coordinamento permanente con le Regioni.

L'adozione di quest'ultima iniziativa ha consentito una raccolta ragionata dei programmi di superamento degli ex O.P. nelle singole regioni, un aggiornamento del processo, l'evidenziazione dei punti problematici.

Il programma di lavoro futuro intende affrontare la verifica dei programmi di sistematizzazione complessiva delle attività psichiatriche, solo all'interno dei quali il superamento degli ex O.P. acquista spessore e significato.

Ciò premesso, si passa alla presentazione dei dati e delle informazioni rilevati dalle Regioni e riferiti alla data del 30 settembre scorso. Sulla loro attendibilità ciascuna Regione ha assunto la totale responsabilità.

Si precisa che i predetti dati si riferiscono agli ospedali psichiatrici pubblici. Il superamento degli ospedali psichiatrici privati sarà affrontato a partire dal mese di gennaio prossimo, visto che necessita di programmi ad hoc, da concordare in sede regionale, in considerazione dei peculiari problemi che caratterizzano queste strutture, primo fra tutti la destinazione del personale che vi opera.

Gli argomenti presentati consistono nell'esposizione per punti degli atti regionali di indirizzo alle Aziende USL, nonché dei dati sui movimenti dei soggetti e sulle strutture di riferimento. Vengono discussi alcuni aspetti problematici, in ordine ai quali devono esser ricercate soluzioni specifiche. Infine si allega, per ciascuna regione, un profilo schematico delle situazioni riscontrate, tramite apposite visite conoscitive, dal Nucleo S.A.R. (Nucleo di Supporto per l'Analisi e la Revisione organizzativa delle attività gestionali delle Aziende Sanitarie), servizio interno al Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità.

Sintesi degli atti regionali di programmazione e di indirizzo alle Aziende USL

Tutte le Regioni interessate (con esclusione, quindi, di Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano, Molise e Basilicata) hanno provveduto ad emanare norme ed atti di indirizzo alle Aziende USL, sede di ex O.P., mirati al definitivo superamento dei medesimi. La Provincia Autonoma di Trento, pur sede di ex O.P. (Pergine), non ha inviato dati, ma ha comunicato, per le vie brevi, di aver provveduto ad un programma di superamento, sulla cui attuazione informerà comunque il Ministero della Sanità.

I contenuti di tali atti non sono omogenei, specie per quanto riguarda la destinazione degli edifici e delle aree ex O.P.

Esaminiamoli per punti salienti.

1) - Indicazioni sulla durata del processo (a datare dal 1.1.1997)

1.1) Secondo le seguenti Regioni il processo deve concludersi entro il 31.12.1997

Emilia Romagna
Lazio
Abruzzo
Campania
Puglia
Sardegna

1.2) In due anni è prevista la conclusione per le Regioni

Piemonte
Liguria (limitatamente all'ospedale di Cogoleto, mentre per Quarto si prevedono tre anni)

1.3) Le rimanenti Regioni (Lombardia, Friuli V. Giulia, Toscana, e Marche) non hanno previsto una durata precisa, demandando alle Aziende il compito di definire i tempi del processo. La Regione Sicilia ha previsto una fase transitoria di un anno, dopo la quale determinare la durata.

1.4) Per le Regioni Veneto, Umbria e Calabria il processo, alla data del rilevamento (30.9.97) è da considerarsi concluso.

2) Destinazione edifici ed aree ex O.P.

Tutte le Regioni hanno previsto una utilizzazione provvisoria degli edifici per ospitare i degenti, in attesa del superamento definitivo.

Per quanto concerne l'utilizzazione definitiva, viene per lo più demandata alle Aziende la stesura di programmi complessivi da sottoporre all'approvazione delle Regioni.

Sono previste le seguenti possibilità.

2.1) Possibilità di destinazione al Dipartimento di Salute Mentale

E' prevista da tutte le Regioni, sia per nuove residenze, sia per altre attività clinico-riabilitative, sia per uffici amministrativi. Fanno eccezione Lombardia, Friuli V. Giulia, Toscana, Campania, Puglia e Sicilia che hanno vietato espressamente l'utilizzazione degli edifici per attivare strutture residenziali psichiatriche.

2.2) Possibilità di destinazione ad attività sanitarie non psichiatriche

E' prevista da tutte le Regioni, con destinazioni diversificate, sia per attivazione di residenze (RSA e simili), sia per altri impieghi sanitari.

2.3) Destinazioni per attività non sanitarie

Destinazioni ad uso civile sono previste in molte regioni, con progetti che ancora devono essere meglio definiti, in accordo soprattutto con gli Enti locali.

3) Finanziamenti

In generale, tutte le Regioni hanno previsto investimenti per l'attuazione del Progetto Obiettivo, con particolare riferimento alle strutture residenziali.

I finanziamenti originano fundamentalmente da due riferimenti:

- finanziamenti attivati a seguito della legge 724/1994 (la prima delle leggi finanziarie che imponeva la chiusura degli ex O.P.)
- finanziamenti compresi nei programmi di investimento ex art. 20, legge 67/1988.

4) Monitoraggio del processo

E' previsto da tutte le Regioni con modalità diverse che vanno dalla Commissione di esperti agli incontri di coordinamento con i direttori generali delle Aziende.

5) Destinazione del personale ex O.P.

In generale il personale ex O.P. passa alla gestione del Dipartimento di Salute Mentale.

Il processo di superamento alla data del 30.9.1997

Le tre tabelle che qui si presentano, corredate di alcune note esplicative, descrivono l'attuale stato del processo di superamento, con dati aggregati a livello regionale e non per singolo ex O.P.

Tabella 1

La prima parte della tabella illustra la situazione dei degenti presenti negli ex O.P. al 31.12.1996, suddivisi in due grandi gruppi: "pazienti con prevalenti problemi psichiatrici" e "pazienti con problemi di disabilità neuropsichica e/o geriatrici", in base all'inquadramento diagnostico effettuato dagli operatori.

Tale bipartizione, pur nella consapevolezza di una non rigida appartenenza all'uno o all'altro gruppo, consente però di evidenziare i differenti bisogni assistenziali e i corrispondenti servizi a cui far riferimento per la presa in carico.

La percentuale dei "pazienti psichiatrici" che a livello nazionale è pari al 55% circa, varia nelle diverse realtà regionali, passando dal 25% dell'Umbria all'87% della Sardegna. La situazione è capovolta per il gruppo dei pazienti "non psichiatrici".

La seconda parte della tabella mostra il movimento dei pazienti, verificatosi nell'arco di nove mesi:

- Per quasi cinquemila soggetti, pari al 40% del numero di partenza, viene dichiarata come superata la condizione di degenti "manicomiali". Detti soggetti risultano inseriti in strutture residenziali. Fra essi è pressoché uguale il numero dei degenti appartenenti a ciascuno dei due gruppi diagnostici. Le singole realtà regionali vanno dal 3,5% della Puglia al 100% di Veneto, Umbria e Calabria. Nella tabella 2 verranno illustrate più in dettaglio le situazioni di residenzialità definitiva.

- L'1,7% è stato reinserito al proprio domicilio. I reinserimenti domiciliari non sono numerosi, non raggiungendo quasi mai l'1%, con l'eccezione dell'Abruzzo (14%) e della Sicilia (8%).
- Il 4% dei soggetti è deceduto.
-
- Rimane ancora in attesa del definitivo superamento il 55% dei degenti. La distribuzione nelle regioni dei pazienti ancora presenti negli ex O.P. varia dal 12% dell'Emilia Romagna e dal 16% dell'Abruzzo, al 93% della Puglia e all'84% del Friuli V. Giulia. Da notare il dato trasmesso da Veneto, Umbria e Calabria che dichiarano del tutto superate le proprie realtà manicomiali. Nella tabella 3 si analizzeranno le situazioni di residenzialità "provvisoria".

Tabella 2

La tabella mostra nel dettaglio la distribuzione dei soggetti dei due gruppi, inseriti in strutture residenziali.

Per la denominazione delle residenze ci si è riferiti alle definizioni contenute nel DPR 14.1.1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".

Per le residenze psichiatriche sono previste due tipologie essenziali, in base al grado di necessità assistenziale dei pazienti:

- le residenze terapeutico-riabilitative (con assistenza 24/24 ore);
- le residenze socio-riabilitative, a loro volta suddivise in due tipi
 - una con presenza di operatori sanitari 12/24 ore
 - una con presenza di operatori sanitari per fasce orarie

Per i soggetti non autosufficienti per patologie varie si fa riferimento alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Considerando che il citato DPR prevede un anno di tempo per l'adeguamento ai requisiti minimi indicati, si è inteso, da parte delle Regioni, che la tipologia delle residenze non possa al momento ritenersi definita. Pertanto i requisiti strutturali e funzionali devono ritenersi come "tendenzialmente a norma".

Le residenze psichiatriche utilizzate sono 97 in area ex O.P. e 99 in area esterna.

In queste residenze il rapporto pazienti per struttura non è mai superiore a 20, sia in area ex O.P. che in area esterna, attenendosi allo standard tendenziale previsto dal Progetto Obiettivo e ribadito dal citato DPR 14.1.1997.

Le residenze per pazienti “non psichiatrici” utilizzate sono 44 in area ex O.P. e 170 in area esterna.

In area ex O.P. il rapporto pazienti per struttura va da 15 per l'Abruzzo a 60 per la Lombardia. In area esterna, il rapporto più elevato è in Abruzzo con 40 soggetti.

Gli standard per le RSA previsti dal DPR. 14.1.1997 indicano una capacità ricettiva di 20 posti e non superiore, eccezionalmente, a 120, con moduli o nuclei di 10-20 soggetti.

Tabella 3

La tabella 3 illustra la situazione dei pazienti ancora negli edifici ex O.P., in attesa del superamento definitivo, ospitati in strutture provvisorie.

Riguardo alle strutture, trattasi, per lo più, dei vecchi reparti, riadattati; fanno sicura eccezione Campania e Puglia dove non sono stati eseguiti, né sono previsti, interventi strutturali sugli edifici ex O.P.

Il rapporto pazienti per struttura va da 14 nel Lazio a 41 in Liguria, relativamente al gruppo dei “pazienti psichiatrici”. E va da 20 in Liguria a 35 in Friuli V. Giulia, per il gruppo dei pazienti non psichiatrici.

Il mero dato numerico nulla può dire in ordine alla qualità della vita di questi pazienti, rispetto alla quale ciò che conta è il tipo di lavoro condotto dagli operatori. Per un approfondimento di tale aspetto, si rimanda alle schede regionali.

**Monitoraggio Processo di superamento Ex O.P. pubblici
DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI GIA' DECENTI NEGLI EX O.P.
DATI DI CONFRONTO 31/12/1996 -30/9/1997**

DATI DI CONFRONTO 31/12/1996 - 30/9/1997

Situazione al 31/12/1996									
REGIONI	N° ex O.P.	Soggetti presenti						Soggetti ancora in attesa del superamento	
		Totale		con prevalenti problemi psichiatrici		con prevalenti problemi di disabilità e/o geriatrici			
		N°	%	N°	%	N°	%		
Piemonte	5	918	414	45,1	504	54,9			
Lombardia	12	2.310	1.313	56,8	997	43,2			
Veneto	18	1.680	717	42,7	963	57,3			
Friuli V.G.	2	275	111	40,4	164	59,6			
Liguria	2	744	449	60,3	295	39,7			
Emilia Romagna	5	568	319	56,2	249	43,8			
Toscana (1)	6	826	506	61,3	320	38,7			
Umbria	1	107	27	25,2	80	74,8			
Marche	4	398	196	49,2	202	50,8			
Lazio	3	440	213	48,4	227	51,6			
Abruzzo	2	358	234	65,4	124	34,6			
Campania	5	1.477	781	52,9	696	47,1			
Puglia	2	202	134	66,3	68	33,7			
Calabria	1	189	79	41,8	110	58,2			
Sicilia	5	1.092	616	56,4	476	43,6			
Sardegna	2	525	457	87,0	68	13,0			
ITALIA	75	12.109	6.566	54,2	5.543	45,8			

Ministero della Sanità

Dipartimento della Prevenzione

TABELLA 2

Monitoraggio Processo di superamento ex O.P. pubblici
DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI INSERITI IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA

SITUAZIONE ALLA DATA DEL 30/9/1997

REGIONI	Soggetti con prevalenti problemi psichiatrici									
	Residenze terapeutico-riabilitative					Residenze socio-riabilitative				
	area ex O.P.		area esterna			area ex O.P.		area esterna		
	N° Residenze	N° pazienti	N° Residenze	N° pazienti	Totale pazienti	N° Residenze	N° pazienti	N° Residenze	N° pazienti	Totale pazienti
Piemonte	8	139	3	18	197	7	38	1	2	197
Lombardia	9	126	5	8	223	13	71	7	18	223
Veneto	26	544	7	91	687	4	24	8	28	687
Friuli V.G. (1)					22					22
Liguria	0	0	4	5	5	0	0	0	0	5
Emilia Romagna	11	211	6	88	319	0	0	3	20	319
Toscana	0	0	2	2	10	2	8	0	0	10
Umbria	0	0	0	0	27	1	27	0	0	27
Marche	0	0	7	69	75	0	0	3	6	75
Lazio	0	0	0	0	30	0	0	5	30	30
Abruzzo	4	66	0	0	130	6	54	2	10	130
Campania	0	0	15	214	218	0	0	2	4	218
Puglia	0	0	2	6	6	0	0	0	0	6
Calabria	3	48	0	0	79	2	30	1	1	79
Sicilia	0	0	2	13	142	0	0	np	129	142
Sardegna	1	20	4	56	120	0	0	10	44	120
ITALIA	62	1154	57	570	2290	35	252	42	292	2290

Soggetti con prevalenti problemi di disabilità e/o geriatrici									
Residenze Sanitarie Assistenziali e strutture analoghe									
area ex O.P.		area esterna			Totale pazienti				
N° Residenze	N° pazienti	N° Residenze	N° pazienti	N° pazienti					
12	210	28	121	331					
2	120	27	66	186					
21	694	14	214	908					
				16					
0	0	30	93	93					
0	0	8	173	173					
1	34	19	54	88					
2	79			79					
0	0	23	94	94					
0	0	2	44	44					
4	61	1	40	101					
0	0	9	180	180					
0	0	1	1	1					
2	110	0	0	110					
0	0	0	0	0					
0	0	8	67	67					
44	1308	170	1147	2471					

TABELLA 3

Ministero della Sanità

Dipartimento della Prevenzione

Monitoraggio Processo di superamento Ex O.P. pubblici

DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI GIA' DEGENTI NEGLI EX O.P. IN ATTESA DEL SUPERAMENTO
SITUAZIONE ALLA DATA DEL 30/9/1997

REGIONI	Soggetti ospiti in strutture transitorie in area ex O.P.				
	Pazienti "psichiatrici"		Pazienti "non psichiatrici"		Totale pazienti
	N° strutture	N° pazienti	N° strutture	N° pazienti	
Piemonte	n.i.	183	n.i.	137	320
Lombardia	44	1077	29	720	1797
Veneto	0	0	0	0	0
Friuli V.G.	9	91	4	141	232
Liguria	10	407	10	202	609
Emilia Romagna	4	67	0	0	67
Toscana (1)	32	687			687
Umbria	0	0	0	0	0
Marche	3	118	3	93	211
Lazio	13	182	7	174	356
Abruzzo	4	59	0	0	59
Campania (2)	—	513	—	495	1008
Puglia (2)	—	125	—	63	188
Calabria	0	0	0	0	0
Sicilia	21	491	13	330	821
Sardegna	10	218	3	85	303
ITALIA	150	4218	69	2440	6658

NOTE

Tabella 1

1) Il numero di pazienti con prevalenti problemi psichiatrici comprende i 245 degenti dell'ex O.P. di Siena che non ha fornito il dato disaggregato per i due gruppi.

Tabella 2

1) La Regione Friuli V. Giulia non ha fornito il dato disaggregato per le varie voci.

Tabella 3

1) La Regione Toscana ha indicato il numero complessivo, sia di pazienti che di strutture, non disaggregato per i due gruppi.

2) Le Regioni Campania e Puglia non hanno previsto strutture provvisorie per i pazienti in attesa di superamento.

Sintesi delle realtà regionali

Sono qui presentate delle schede sintetiche concernenti le realtà delle regioni sedi di ex O.P., riscontrate dal Nucleo SAR di questo Ministero, tramite visite conoscitive effettuate durante l'anno in corso.

Mancano le regioni Veneto, Friuli V. Giulia, Provincia A. di Trento, Emilia Romagna, Umbria e Calabria. Queste regioni sono state oggetto di indagine negli anni 1995-1996.

Nuove visite, in programma a breve, consentiranno di completare e/o di aggiornare il quadro conoscitivo, che sarà illustrato nella prossima relazione.

Regione Piemonte

La Regione Piemonte ha evidenziato un buon livello di programmazione, a cui non è corrisposto un analogo impegno attuativo, nonostante lo sforzo finanziario previsto per il superamento dei residui manicomiali. Sul territorio regionale è emersa una disomogenea realtà relativa all'organizzazione dipartimentale dei DSM.

Il lavoro d'integrazione tra gli operatori dei Servizi territoriali dei DSM non è dappertutto ben avviato ed aldilà della innegabile professionalità e dello slancio organizzativo dei responsabili, è evidente talvolta lo scollamento esistente al loro interno, imputabile ai diversi stili operativi del personale che vi è impegnato. Nei Servizi viene assicurato un intervento prevalentemente di tipo curativo, mentre più carente, pur con qualche eccezione, è l'attività riabilitativa e risocializzante. Complessivamente, comunque, su tutto il territorio regionale, la rete di Servizi dipartimentali è insufficiente e va implementata, così come è esiguo il numero di strutture residenziali territoriali, in cui alloggiare gli ospiti dell'ex O.P. Per ciò che riguarda l'attività formativa del personale operante nel settore, aldilà di sporadiche iniziative, questa è stata perlopiù trascurata.

Il processo di superamento dei residui manicomiali risulta perlopiù in fase iniziale, infatti, gli ex O.P. visitati sono per ora oggetto di una riconversione interna. In questi, accanto a veri reparti ospedalieri, per i quali è prevista, in tempi brevi, una ristrutturazione e quindi la trasformazione in residenze comunitarie, sono state realizzate delle Comunità o delle RSA, in cui risulta evidente il processo di deistituzionalizzazione che coinvolge gli ospiti, sia attraverso l'umanizzazione e la personalizzazione degli spazi che attraverso le attività riabilitative e risocializzanti. Non è prevista in tempi brevi l'attivazione di molte residenze territoriali, per la realizzazione delle quali si sta cercando anche la collaborazione degli Enti Locali.

Regione Lombardia

La Regione ha mostrato un buon livello di programmazione nel settore "Salute Mentale", che ha favorito la realizzazione di un assetto organizzativo, a livello dei DSM del territorio, in grado di fornire all'utenza interventi diversificati e risposte articolate. Positivo l'impegno attuativo dell'Amministrazione regionale, anche se una maggiore incisività sarebbe stata utile ad incentivare il processo di superamento degli ex O.P.

Non sono stati indicati i tempi di realizzazione dei progetti di definitiva chiusura dei residui manicomiali, dato il loro elevato numero e la disomogeneità delle realtà locali.

Entrando nello specifico, l'assetto organizzativo dei DSM, pur evidenziando una realtà a "macchia di leopardo", si presenta perlopiù come una rete di Servizi e strutture territoriali in grado di erogare standard qualitativi accettabili, sia nel campo della cura che in quello della riabilitazione, mentre più difficoltà emerge per ciò che riguarda l'intervento preventivo. Si è riscontrato, nel complesso, un buon coinvolgimento degli operatori nel favorire un reale cambiamento nell'approccio alla "malattia mentale" ed in particolare, un impegno comune finalizzato alla realizzazione del progetto di superamento degli ex O.P. Qualche difficoltà è emersa nella omogeneizzazione dei diversi stili operativi, che non hanno favorito la completa integrazione tra gli operatori, nell'ambito dei DSM e dei presidi ospedalieri. Un notevole impegno si è evidenziato, a carico sia delle Amministrazioni aziendali che di quella regionale, per ciò che riguarda l'attività di formazione ed aggiornamento del personale operante nel settore.

Entrando nel merito dei progetti di superamento degli ex O.P., essi risentono, nel complesso, dei ritardi determinati dai numerosi avvicendamenti ai vertici aziendali e di un cambiamento generazionale dei responsabili del settore, avvenuto solo di recente e quindi non in grado di porre rimedio, in tempi brevi, alle mancanze prodotte. I progetti di dimissione che riguardano gli ospiti non si traducono in mero

trasferimento all'esterno ma sono finalizzati alla de-istituzionalizzazione degli stessi e sono tesi verso modelli residenziali esterni migliorativi, iniziative sicuramente dispendiose per la realizzazione delle quali si sta cercando la collaborazione del privato sociale e di Enti locali. Questi motivi, probabilmente, sono alla base della realizzazione di una rete piuttosto carente di residenze territoriali, che disporrà, però, in tempi medio - brevi di altre strutture già individuate. La conseguenza di quanto esposto sarà il permanere di un numero cospicuo di soggetti negli ex O.P., in strutture perlopiù considerate "ad esaurimento". Si sottolinea, comunque, che gli ospiti alloggiati nelle aree degli ex O.P., vivono in situazioni abitative soddisfacenti, adeguate sia sotto il profilo strutturale, che di quello dell'umanizzazione e della privacy e sono coinvolti, nella maggioranza dei casi, in programmi riabilitativi e risocializzanti singoli e di gruppo.

Regione Liguria

La Regione Liguria, pur avendo dimostrato un sufficiente livello di programmazione relativo al settore, non ha supportato con analogo impegno il processo di superamento dei due residui manicomiali che ancora ospitano un cospicuo numero di soggetti.

A livello territoriale il settore presenta un'articolata rete di Servizi che pur affrontando in modo sufficiente la domanda che emerge dal territorio, tuttavia, non si configura ancora come una rete dipartimentale di servizi integrati, in grado di garantire un approccio multidisciplinare d'intervento e di assicurare una progettualità terapeutica articolata e continuativa.

I Servizi risultano rispondere alla domanda, soprattutto in rapporto all'emergenza e alla cura, mentre rimane ancora carente l'intervento riabilitativo, nonché quello preventivo.

L'attività formativa è stato un impegno costante a livello Aziendale ed anche per il futuro è previsto un intenso programma che riguarderà soprattutto il personale infermieristico ed ausiliario, che era stato meno coinvolto negli anni trascorsi.

Nei due ex Ospedali Psichiatrici di Quarto e Cogoleto, i livelli di assistenza sono disomogenei ed in passato non sono stati avviati concreti percorsi di de-istituzionalizzazione.

I progetti di superamento si connotano prevalentemente come una riconversione organizzativa interna vincolata in parte dalla difficoltà di reperire strutture esterne.

Attualmente risulta evidente lo sforzo di operare un'integrazione tra i servizi del territorio e l'ospedale, anche se nell'immediato non è ancora visibile una significativa ricaduta.

Regione Toscana

Il buon assetto normativo della Regione Toscana, accompagnato da un costante impegno attuativo, se da una parte ha favorito la realizzazione di un'efficiente rete organizzativa, nell'ambito dei DSM del territorio, dall'altra non ha avuto un'altrettanta significativa ricaduta nella risoluzione del problema del completo superamento dei residui manicomiali.

Non sono state fornite precise indicazioni relativamente ai tempi di chiusura degli ex O.P., dato il loro elevato numero e le complesse nonché diverse realtà che li caratterizzavano.

I DSM della Regione evidenziano un buon sviluppo dei Servizi territoriali i quali offrono standard qualitativi accettabili nel campo della cura e della riabilitazione, non sempre per ciò che concerne l'intervento preventivo. Si è manifestata da parte dei responsabili una forte spinta alla progettazione ed un buon coinvolgimento da parte degli operatori, nella realizzazione dei progetti di superamento degli ex O.P., grazie anche all'attenzione posta all'attività di formazione ed aggiornamento degli stessi. Non completa è l'integrazione tra il personale dei vari Servizi e presidi ospedalieri, per il prevalere di diverse esperienze formative e forse anche di interessi corporativi, mentre emerge la necessità di uniformare i livelli di assistenza, che talvolta risultano carenti per la difficoltà di assicurare un orario più consoni dei Servizi.

Il processo di superamento dei residui manicomiali procede sul territorio regionale, a diverse velocità, a seconda della situazione ereditata, dall'Azienda USL e quindi dall'impegno profuso dal personale operante nel settore, negli anni trascorsi. Nel complesso il numero delle strutture residenziali attivate fuori dagli ex O.P. è piuttosto esiguo, anche se a tal fine si assiste ad un grande sforzo progettuale. Gli Enti Locali, il Servizio Sociale nonché la popolazione, mostrano una evidente sensibilità al problema, collaborando attivamente. Ciò nonostante il numero di ospiti che rimarrà negli ex presidi ospedalieri, almeno per qualche anno, sarà cospicuo, ma le loro condizioni abitative sono, nella maggioranza dei casi, più che dignitose e notevole è l'impegno degli operatori nel perseguire ed implementare il processo di de-istituzionalizzazione.

Regione Marche

Il progetto di superamento degli ex O.P. è stato perseguito dalla Regione Marche sin dai primi anni '80, con la trasformazione dei 4 ex O.P. in Centri Riabilitativi Assistenziali e Sanitari (CRAS). Questo ha prodotto il lento ma costante cambiamento all'interno degli stessi, nonché la dimissione di molti ospiti in strutture residenziali territoriali.

A recepimento della normativa nazionale l'Amministrazione Regionale ha fornito a tutte le USL sedi di CRAS indirizzi per l'attuazione dell'art. 3, comma 5 della L. N. 724/94 ed ha attivato un sistema di "Incentivazione alla dimissione", attribuendo alle Aziende USL gestrici di ex O.P. un contributo per ogni paziente assistito alla data del 30.09.1995. Tale contributo, finalizzato alla dimissione degli ospiti e al loro mantenimento in strutture esterne all'area manicomiale (Comunità Protetta, RSA, Gruppo Appartamento, Casa di Riposo, struttura residenziale del privato sociale), ammonta per il 1997 a £. 2.500.000 e per il 1998 a £. 2.600.000 mensili pro-capite.

La Regione ha stabilito che i beni, mobili ed immobili, degli ex O.P. siano destinati alla produzione di reddito, anche attraverso la vendita totale o parziale e che i redditi prodotti siano messi a disposizione della Regione medesima, la quale li utilizzerà per la realizzazione del Progetto Obiettivo Regionale "Tutela della Salute Mentale".

Il CRAS dell'Azienda USL 1 di Pesaro è stato chiuso nel marzo del 1997 e nei restanti il processo di superamento è in una buona fase di avvio. La popolazione attualmente residente nei CRAS è affetta da patologia psichiatrica grave o patologia geriatrica associata ad handicap. Per queste persone le USL stanno predisponendo programmi di inserimento in RSA o in Comunità Protette in fase di realizzazione.

Il processo di superamento dei Cras si colloca all'interno di una realtà che ha sufficientemente recepito il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale". I DSM presentano un assetto che necessita di essere solamente potenziato sia sul piano organizzativo che funzionale attraverso il completamento della rete di strutture residenziali e la maggiore integrazione tra i diversi servizi.

Regione Lazio

La Regione ha recentemente recepito le indicazioni delle normative nazionali per il settore con emanazione di proprie Linee Guida per il superamento degli ex O.P.

L'attuale riorganizzazione del settore a livello regionale, lascia sperare che sia possibile colmare il ritardo registrato nell'impegno attuativo dei precedenti provvedimenti adottati.

L'impegno in particolare dovrebbe essere orientato a completare la rete dei servizi psichiatrici territoriali ed il superamento soprattutto degli ex O.P. privati presenti sul territorio regionale.

Il processo di superamento dell'ex O.P. di Rieti presenta i maggiori ritardi.

Il progetto di superamento del "S. Maria della Pietà" afferente al DSM dell'Azienda USL Rm/E risulta ben avviato ed in rapida e progressiva trasformazione. L'attivazione di strutture interne ed esterne ed il supporto, pubblico e privato di numerosi progetti ed iniziative a carattere socio-riabilitativo, perseguono l'obiettivo dell'integrazione nel contesto sociale e del mantenimento di un buon livello qualitativo.

Il progetto di superamento dell'ex O.P. "S. Maria della Pietà" di Ceccano, afferente al DSM dell'Azienda USL di Frosinone si caratterizza prevalentemente come progetto di riorganizzazione degli ospiti all'interno dell'area dell'ex O.P.: Questa, pur essendo destinata a diventare Presidio Sanitario per la città a tutti gli effetti, conserverà al suo interno sia i servizi psichiatrici territoriali (Centro di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro Diurno), ivi ubicati già da anni, sia le strutture residenziali per la vecchia e nuova cronicità. Questo contravvenendo al concetto di territorialità indicato dal Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della Salute Mentale" 1994-96.

L'organizzazione dei servizi psichiatrici territoriali a livello regionale non è ancora omogeneo, accanto a DSM che esprimono un buon livello organizzativo e gestionale, si registra una generalizzata carenza di strutture residenziali per la nuova cronicità e servizi inadeguati sotto il profilo strutturale e funzionale.

Regione Abruzzo

In tale realtà all'assetto normativo di recepimento della normativa vigente non ha corrisposto un sufficiente l'impegno attuativo atto a promuovere il superamento dell'ex O.P. di Teramo.

Va detto infatti che il processo di superamento dell'ex O.P. "S.Maria di Collemaggio" (l'Aquila), conclusosi nel dicembre 1996, è stato promosso prevalentemente dagli operatori della struttura. La presenza di uno staff sensibile al problema, ha consentito di avviare interventi riabilitativi sui soggetti e di sensibilizzare al problema il contesto culturale di riferimento, con significative ricadute sulla vita degli stessi.

La struttura, non completamente dismessa, ospita un nucleo di 60 soggetti, psicogeriatrici ed handicap, gestiti con la modalità della Residenza Sanitaria Assistenziale, ed un nucleo di soggetti, gestiti con la modalità della Comunità Protetta, per i quali sono in fase di reperimento strutture alternative esterne. ?

Il processo di superamento dell'ex O.P. di Teramo è ancora in fase di avvio. I 177 ospiti vivono nell'area in condizioni abitative inadeguate sotto il profilo strutturale. Anche la situazione gestionale risente della carenza di globali interventi riabilitativi finalizzati ad un percorso di deistituzionalizzazione.

Esso prevede l'inserimento della quasi totalità dei soggetti, tranne un nucleo di 30 persone, in strutture territoriali non ancora individuate.

L'assetto organizzativo e le modalità operative implementate nei Dipartimenti di Salute Mentale consentono solo la parziale presa in carico delle problematiche del settore e privilegiano il momento curativo incentrato sul ricovero ospedaliero. Carenti sono le strutture residenziali per la nuova utenza.

Regione Campania

La Regione Campania, a fronte di un numero consistente di pazienti ricoverati nei 5 presidi manicomiali pubblici, non ha perseguito una politica sanitaria finalizzata ad implementarne il reale superamento. Questo nonostante la condizione di degrado strutturale e funzionale degli stessi sia stato oggetto di numerose inchieste, anche da parte della magistratura.

In attuazione alla normativa nazionale L. n. 724/94 e L. N. 662/96 l'Amministrazione regionale ha sancito la chiusura dei presidi manicomiali demandando alle ASL sede di ex O.P. l'attuazione del progetto complessivo di de-istituzionalizzazione degli ospiti, in accordo con le ASL di provenienza. Ha sancito la completa dismissione delle strutture entro e non oltre l'anno 1997 e stabilito che il trasferimento dei degenti dovrà avvenire secondo la programmazione di massima dell'intero processo predisposto dalle ASL di provenienza.

Ha posto il divieto alla riconversione di padiglioni di O.P. in strutture intermedie residenziali.

I provvedimenti regionali enfatizzano il principio della dismissione delle strutture e del trasferimento dei degenti, anziché quello di demanicomializzazione e deistituzionalizzazione, dando per assunto alcuni presupposti quali l'aver dato indirizzi alle ASL, l'aver costituito le Unità di deistituzionalizzazione, l'aver affidato alle ASL il compito di predisporre i progetti individualizzati e i programmi di residenzialità per gli ex degenti.

Di fatto questi strumenti normativi hanno prodotto una accelerazione dei programmi di dimissione che non sono stati sufficientemente preceduti da progetti riabilitativi sui soggetti interessati al processo.

Questo anche in considerazione del fatto che nel corso degli anni il processo di cambiamento culturale degli operatori del settore è stato scarsamente supportato. Nella maggior parte dei presidi, ad eccezione di alcune esperienze innovative, fortemente volute da singoli operatori, la modalità gestionale è rimasta quella della do tipo tradizionale.

Nel corso del corrente anno la realizzazione dei progetti di superamento ha comportato la dimissione dei soggetti, molti dei quali extraregionali, e il loro inserimento in strutture sia regionali che extraregionali.

Le ASL sedi di ex O.P. si atterranno alle indicazioni che impongono la dimissione delle struttura entro dicembre 1997. Si renderà pertanto indispensabile monitorare in seguito i livelli assistenziali erogati dalle strutture che tra breve accoglieranno questi ospiti.

Il processo di superamento degli ex O.P. della Campania si inserisce in una realtà che non ha ancora sufficientemente recepito il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale". I servizi psichiatrici territoriali riescono a farsi carico delle problematiche del settore prevalentemente in ambito curativo "emergenziale", il momento preventivo è disatteso e l'intervento a carattere riabilitativo risulta ancora in fase di avvio. Questo per una molteplicità di fattori quali la mancanza di strutture residenziali e di percorsi formativi per gli operatori, nonché la presenza di numerose strutture private sul territorio e la carenza di integrazione tra operatori del settore.

Regione Puglia

Il problema del superamento degli ex O.P. in tale Regione coinvolge non solo i 2 ex O.P. pubblici, il "G. Libertini" di Lecce (172 ospiti) e "Villa Romatizza di Latiano - Brindisi" (26 ospiti) ma soprattutto i 2 ex O.P. privati convenzionati di Bisceglie e di Foggia che ospitano oltre 1.000 soggetti e per superare i quali la Regione ha previsto un tavolo di confronto finalizzato a risolvere le problematiche occupazionali relative al personale operante.

A recepimento della L. N. 662/96 la Regione ha emanato proprie Linee Guida nel gennaio 1997 le quali enunciano che la dimissibilità dei pazienti psichiatrici compete ai Dipartimenti di Salute Mentale dell'Azienda USL cui i pazienti afferiscono per provenienza. Le stesse, nell'indicare come termine ultimo per la dimissione di tutti gli ospiti degli ex O.P. il dicembre 1997, fanno divieto di realizzare dentro l'area dell'ex O.P. strutture di assistenza riabilitativa psichiatrica, residenziale o diurna. Consentono invece la realizzazione di non più di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per l'inserimento degli ex degenti geriatrici o portatori di handicap.

Con lo stesso strumento normativo la Regione Puglia assicura alle Aziende USL la disponibilità di risorse finanziarie, previa presentazione di specifici progetti: fondi vincolati in conto capitale per complessivi 8 miliardi e finanziamenti previsti dall'art. 20 della L. N. 67/88. Dispone il trasferimento della quota di spesa corrente (L. 155.000 giornaliere pro-capite, attuale retta corrisposta ai pazienti ricoverati in O.P. del privato convenzionato) dall'Azienda USL di riferimento a quella di appartenenza territoriale.

A tutt'oggi il processo di superamento dei 2 ex O.P. pubblici è ancora in fase di avvio.

In particolare l'ex O.P. di Lecce ha da poco avviato un'esperienza di tipo riabilitativo che coinvolge un ristretto numero ospiti (35), mentre l'ex O.P. di Latiano conserva una gestione di tipo custodialistico asilare.

Il progetto di superamento del "Libertini", afferente all'Azienda USL LE/1 ha previsto, in attuazione alle indicazioni regionali, la predisposizione di programmi per i 69 ospiti di sua competenza ed ha rimandato alle Aziende USL di provenienza (Lecce/2, Brindisi e Taranto) la predisposizione di specifici progetti, ancora in fase di elaborazione, per i rimanenti 103 soggetti.

Per i 26 ospiti dell'ex O.P. "Villa Romatizza" non è stato predisposto alcun progetto di dimissione.

Tale situazione si inserisce in un contesto regionale in cui le problematiche del settore non sono state adeguatamente supportate a livello attuativo ed in cui carente risulta essere l'integrazione tra operatori territoriali e operatori ex O.P.

Regione Sicilia

Il processo di superamento, inteso come percorso articolato che dalla manicomializzazione tende alla deistituzionalizzazione, nonché come operazione culturale di ampio respiro, deve ancora essere avviato.

A tutt'oggi è risultata poco incisiva l'attività di indirizzo e verifica regionale. Le recenti linee guida sulla chiusura degli ex O.P., che hanno sancito la dismissione dei Presidi manicomiali entro dicembre 1997, hanno privilegiato il concetto di dimissione rispetto a quello di riabilitazione e deistituzionalizzazione degli ospiti, lasciando ampio margine all'intervento del privato, Case di Cura Neuropsichiatriche comprese. Le esperienze positive realizzate all'interno dell'ex O.P. di Agrigento, avviate anche su sollecitazione dei mass media, e le attività riabilitative presenti in alcuni ex O.P., hanno coinvolto un esiguo numero di ospiti. Gli ex O.P. regionali registrano una gestione di tipo custodialistico asilare, aggravata da pesanti condizioni di degrado delle strutture.

La dismissione degli ex O.P. entro dicembre 1997 non segnerà la conclusione del processo di superamento in quanto assicurerà ai soggetti una condizione alloggiativa dignitosa, ma non modificherà di molto la loro condizione se non sarà affiancata da una nuova modalità gestionale.

In ambito regionale i servizi psichiatrici territoriali riescono a fronteggiare il problema del disagio psichico prevalentemente in ambito curativo, spesso con un grosso utilizzo del ricovero ospedaliero nei reparti di diagnosi e cura, data la generalizzata carenza di strutture semiresidenziali e residenziali. A fronte di ciò si rileva l'inadeguatezza strutturale dei servizi dei DSM, inadeguatezza che non consente il corretto utilizzo del numeroso personale operante, l'espletamento delle attività previste per legge e, non ultimo, il rispetto dei diritti degli utenti, così come sancito dall'art. 14 del D.Lgs n. 502/92.

Regione Sardegna

L'Amministrazione regionale non ha ancora approvato gli strumenti programmatici predisposti per il riordino del settore. In particolare l'Amministrazione aziendale di Sassari, visitata nel 1997, si è dotata di una organizzazione dei Servizi di settore che si discosta sensibilmente dal Progetto Obiettivo Nazionale 1994/96. L'assetto organizzativo della rete di Servizi territoriali psichiatrici, infatti, si configura come "Servizio Tutela della Salute Mentale" (S.T.S.M.), che insieme ad altri Servizi (Servizio di Assistenza Ospedaliera, Servizio Assistenza Farmaceutica ecc.) confluisce nel Dipartimento di Diagnosi, Cura e Riabilitazione.

Presso l'Azienda USL 1 di Sassari, di fatto, non è stata organizzata la rete di Servizi territoriali, ma nell'ambito delle quattro Unità Territoriali Psichiatriche (U.T.P.) di cui si compone il S.T.S.M., operano 10 punti ambulatoriali che conservano la dicitura di C.I.M. (Centri di Igiene Mentale). In tali strutture l'attività non è organizzata e coordinata da un Centro di Salute Mentale (CSM) e non si configura, pertanto, come un sistema a rete in grado di assicurare interventi multidisciplinari integrati e di supportare un progetto terapeutico complessivo. Vengono erogate prevalentemente prestazioni circoscritte all'aspetto curativo, più che a quello preventivo e riabilitativo. La formazione e l'aggiornamento del personale, che sono stati piuttosto carenti nel corso degli anni, sembra siano attualmente oggetto di attenzione, sia da parte dell'Amministrazione regionale che da parte di quella Aziendale.

Entrando nel merito dei progetti di superamento degli ex O.P., essi risultano ancora in fase iniziale e si presentano centrati sulla ricerca, necessariamente affrettata, di soluzioni abitative. L'esito di tale processo suscita perplessità, considerata la precedente carenza di percorsi riabilitativi mirati. La Regione nel fornire indicazioni relativamente al superamento degli ex O.P., ha inteso approfondire le condizioni di affidamento etero - omo familiare degli ospiti, quale provvedimento da sperimentare con oneri in parte a carico dell'amministrazione Aziendale.

I livelli di assistenza assicurati all'interno degli ex O.P., sono piuttosto carenti, in generale l'attività assistenziale conserva un'impronta di tipo tradizionale, anche se non sono mancate iniziative volte ad umanizzare gli spazi ed a riqualificare gli interventi.