

4. ASSISTENZA DISTRETTUALE

4.9 Assistenza psichiatrica

QUADRO NORMATIVO

- La DGR n. 740/99 di riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata, per quanto attiene alla assistenza psichiatrica, recepisce il contenuto organizzativo della DGR n. 25/CR/99 "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale", sia nella dimensione territoriale che ospedaliera, indicando i seguenti principi:
 - l'area della psichiatria si struttura e si consolida nella tutela della salute mentale e il Distretto Socio-Sanitario (DSS) è l'ambito privilegiato di integrazione operativa e di coordinamento del Dipartimento di Salute Mentale (DSM);
 - il DSM è unico per ogni Azienda ULSS e finalizzato al coordinamento cooperativo delle équipe psichiatriche operanti nel territorio della stessa; il DSM è guidato da un dirigente medico psichiatra di secondo livello;
 - il modulo organizzativo base del DSM è l'équipe psichiatrica pluriprofessionale, con direzione specialistica psichiatrica apicale, un bacino di utenza medio di 100.000 abitanti, una dotazione organica pari a 65-67 operatori ed una articolazione in strutture operative comprendente:
 - un Centro di Salute Mentale (CSM) con funzioni di Centro Diurno (CD) e di Day Hospital Territoriale (DHT)
 - un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) con anche funzioni di Day Hospital Ospedaliero (DHO)
 - almeno una Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (CTRP)
 - almeno due Comunità Alloggio (CA);
 - sono previsti 21 DSM (di cui due interaziendali a Padova e Verona, per la compresenza delle rispettive Aziende Ospedaliere), articolati in 49 équipe operative a livello di DSS, di norma con proiezione ospedaliera, essendo comunque il CSM, con le funzioni di pianificazione ed integrazione delle attività sul territorio di riferimento, il punto di impulso e coordinamento per la tutela della salute mentale e la cura della malattia mentale;
 - per le attività di ricovero di malati mentali sono altresì in attività in ambito regionale cinque strutture ospedaliere private (un ospedale religioso classificato e quattro case di cura private) con 377 posti letto in totale.
- La DRG n. 751/00 in materia di programmazione dell'assistenza residenziale extraospedaliera ha indicato, relativamente agli esiti della patologia mentale, un bisogno di posti letto di riabilitazione extraospedaliera mediante assistenza intensiva in CTRP, fissandolo a 0.16 posti letto per 1.000 abitanti, e mantenendo altresì legata la numerosità delle CA alla programmazione locale dei Piani di Zona.
- La DGR n. 25/CR/99 - Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale, sostanzialmente si configura come :
 - una sintesi delle conoscenze della specialità medica di psichiatria e delle normative nazionali e regionali in materia di tutela della salute mentale e organizzazione dei servizi socio-sanitari preposti a garantirla;
 - un percorso concettuale, conseguente e congruente, finalizzato alla descrizione e al consolidamento di una rete di sedi operative e funzioni, esplicitamente volute per erogare livelli normati e appropriati di terapia e assistenza in materia di salute mentale;
 - propedeutico alla elaborazione di linee guida per l'attività clinica e gestionale, basate sulla evidenza della efficienza (intesa come rapporto costo/attività) ed efficacia (intesa come rapporto attività/risultati);
 - informato dal sistema informativo regionale unico basato su:
 - flussi ministeriali per dati relativi a dotazione di strutture
 - flussi specifici regionali per dati relativi al personale

**DOTAZIONE
DI STRUTTURE**

- Scheda di Dimissione Ospedaliera - SDO per dati relativi all'attività di ricovero in regime di degenza ordinaria
- nuova Scheda di Psichiatria Territoriale - SPT (DGR n. 320/98) per dati relativi all'attività territoriale.

La DGR n. 25/CR/99, quindi, delinea un percorso organizzativo e conoscitivo sostenuto da norme ed informazioni, date e ricevute, onde costituire una congrua base al processo decisionale per il governo della risposta al bisogno di salute mentale della popolazione, indicando altresì i risultati attesi e gli indicatori per verificarli.

- Con DGR n. 55/CR/00 la nuova Giunta Regionale ha recepito e ripreso i contenuti della DGR n. 25/CR/99, consolidandone quindi il percorso presso la quinta commissione consiliare per la espressione del parere.

Assistenza psichiatrica - Strutture per l'attività delle équipe psichiatriche - Quadro sintetico

		ANNI			VARIAZIONI%
		1997	1998	1999	
Centri di salute Mentale (CSM)		49	46	46	-6,1
Strutture per l'attività territoriale					
- Sedi ambulatoriali territoriali	n. sedi	121	114	129	6,6
- Centri Diurni - CD	n. sedi	46	43	45	-2,2
- Day Hospital Territoriali - DHT	n. sedi	19	18	20	5,3
- Night Hospital	n. sedi	0	1	1	0,0
- Comunità Alloggio - CA	n. sedi	43	46	44	2,3
	n. posti	324	293	290	-10,5
- Comunità Terapeutiche Residenziali	n. sedi	26	27	29	11,5
Protette (attive) - CTRP attive	n. posti	216	300	307	42,1
- Comunità Terapeutiche Residenziali	n. sedi	30	30	26	-18,3
Protette (estinzioni) - CTRP estinzioni	n. posti	573	507	440	-23,2
- Altre strutture	n. sedi	25	37 (1)	50 (2)	100,0
Strutture per l'attività ospedaliera					
RICOVERO ORDINARIO					
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - SPDC	n. strutture	38	37	37	-2,6
	n. posti letto	489	494	490	0,2
RICOVERO IN DAY HOSPITAL					
- Day Hospital Ospedalieri - DHO	n. strutture	30	32	33	10,0
	n. posti letto	136	108	94	-30,9

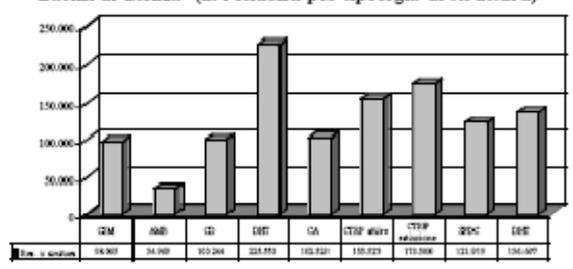
NOTE:

(1) Fra cui: 25 "appartamenti protetti", 8 "centri occupazionali o di lavoro guidato", 2 "centri aggregazione", 1 "day service"
(2) Fra cui: 36 "appartamenti protetti", 8 "centri occupazionali o di lavoro guidato", 2 "centri aggregazione", 1 "day service"

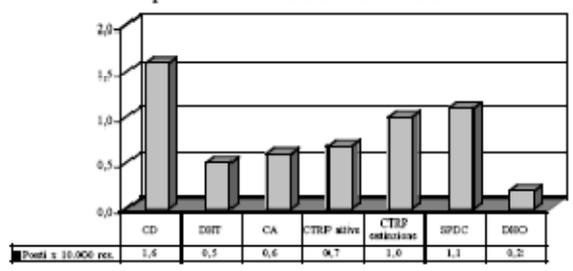
Fenomeni di maggior rilevanza ed interesse che emergono dall'analisi di tendenza della dotazione di strutture pubbliche per l'assistenza psichiatrica sono:

- Nel complesso si osserva una diffusa tendenza all'aumento, da una parte, delle strutture residenziali psichiatriche a basso livello assistenziale, dall'altra, delle forme organizzativo-strutturali (ambulatori, DHT e DHO) finalizzate al trattamento della patologia mentale in servizi extraospedalieri o in regime diurno ospedaliero; per quanto riguarda le prime va segnalato che nell'analisi di tendenza si deve tener conto del fatto che la maggior parte delle strut-

**Assistenza psichiatrica - Strutture pubbliche - Al 31.12.99
Bacini di utenza (n. residenti per tipologia di struttura)**



**Assistenza psichiatrica - Strutture pubbliche
Posti per 10.000 residenti - Al 31.12.1999**



DOTAZIONE DI PERSONALE

ture comprese nella voce "altre strutture" corrisponde a soluzioni residenziali segnalate come "appartamenti protetti", non ancora ricondotti alla denominazione e alla tipologia di CA a cui presumibilmente corrispondono, che si rivelano in forte crescita.

- La lentezza del processo di definizione e di assunzione di un linguaggio comune innescato con DGR n. 25/CR/99, sia nella denominazione delle strutture psichiatriche, sia nella loro organizzazione, porta a rilevare la tendenza allo stabilirsi nelle diverse Aziende ULSS di denominazioni e forme organizzative diverse anche nella componente strutturale dei DSM, oltre che nelle denominazioni usate, come segnalato al punto precedente. Affermato che il costruito della DGR n. 25/CR/99 individua la garanzia della continuità e completezza dell'azione preventiva, terapeutica e riabilitativa, nell'interesse dell'équipe psichiatrica e non nella divisione delle sue componenti organizzative (SPDC, CSM o Strutture Residenziali, queste ultime deputate primariamente alla riabilitazione), il fenomeno rilevato dell'autorganizzazione spontanea, ovvero delle specificità organizzative locali, va attentamente monitorato onde cogliere se dia risposta ad esigenze degli erogatori, dei fruitori, oppure di entrambi.
- L'aumentata disponibilità di strutture specialistiche ambulatoriali, residenziali (CA) e con carattere di degenza diurna (DHT e DHO) per il trattamento della patologia mentale potrebbe significare nel suo insieme il superamento delle forti critiche indirizzate alla legge 180, della quale si indicava la fragilità nell'aver determinato la chiusura dell'Ospedale Psichiatrico senza contemporaneamente realizzare la disponibilità di strutture ed organizzazioni realmente alternative allo stesso.
- Va peraltro rilevato che l'aumento di strutture residenziali a basso livello di assistenza, particolarmente di CA (altrimenti dette anche "appartamenti protetti"), pone l'interrogativo se la logica manicomiale non abbia in tal modo nuova vigoria; a risolvere il dubbio probabilmente sarà la percentuale reale di dimissioni dal circuito psichiatrico che potrà essere colta dal sistema informativo regionale unico e dal Progetto Progres (Progetto Strutture Residenziali Psichiatriche, promosso dall'Istituto Superiore di Sanità per l'anno 2000), al quale la Regione Veneto ha aderito.
- Permangono ancora notevoli disomogeneità territoriali nella dotazione di strutture, in particolare emerge che un numero consistente di équipe non ha ancora articolato il proprio intervento nell'intera gamma di strutture previste; sono infatti assenti:
 - CD in 3 ULSS (13, 14 e 20)
 - DHT in 9 ULSS (1, 9, 13, 14, 17, 18, 19, 20 e 21)
 - CA o appartamenti protetti in 4 ULSS (13, 14, 17 e 21)
 - CTRP attive in 6 ULSS (5, 14, 15, 18, 19 e 21)
 - DHO in 3 ULSS (1, 17 e 19).

I principali elementi descrittivi che emergono dalla lettura dei dati relativi al personale impiegato nelle équipe psichiatriche territoriali sono:

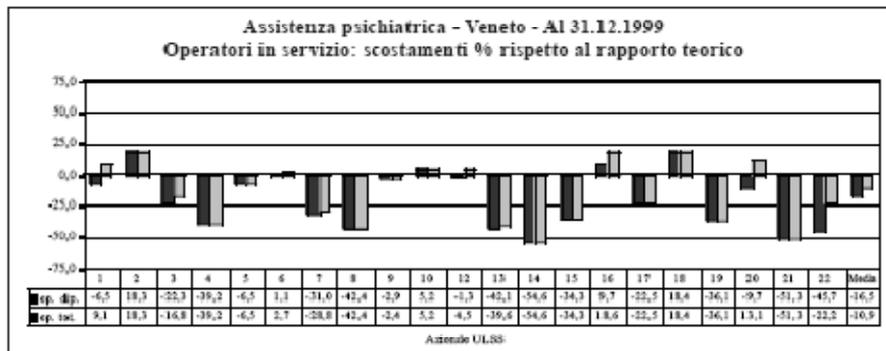
- la dotazione di operatori assegnati "stabilmente" (personale dipendente) migliora leggermente nel triennio, ma con un difetto perdurante rispetto al rapporto teorico di 1 operatore ogni 1.500 abitanti;
- per ovviare a questa carenza cronica, molte Aziende ULSS stipulano convenzioni, individuali o con organizzazioni del privato sociale; pur tenendo conto di queste risorse aggiuntive permane una carenza di personale, seppure molto ridimensionata;
- la composizione degli operatori per profilo professionale indica:
 - fra gli operatori a rapporto di lavoro dipendente, la prevalenza di figure di tipo dirigenziale medico-psicologico ed infermieristico professionale, con una progressiva crescita del loro peso relativo
 - fra gli operatori a rapporto convenzionale, al contrario, una netta maggiore importanza relativa del personale di assistenza e di socializzazione (OTAA/OSA e educatori professionali);
- la dotazione a livello territoriale risulta molto disomogenea; in particolare, considerando gli operatori complessivi in servizio (dipendenti e non) 8 Aziende ULSS presentano carenze di oltre un quarto rispetto al rapporto teorico (ULSS 4, 7, 8, 13, 14, 15, 19, 21).

In conclusione, i dati sulla dotazione di personale suggeriscono le seguenti considerazioni:

- nelle Aziende ULSS si stanno individuando, con il superamento del concetto di "pianta organica" e con l'utilizzo della nuova normativa sull'assetto aziendale dei servizi socio-sanitari, nuove forme di garanzia dell'operatività dei servizi, generate e sostenute dalla collaborazione

Assistenza psichiatrica - Personale delle équipe psichiatriche - Quadro sintetico

		ANNI			VARIAZIONI%	
		1997	1998	1999	1999 vs 1997	1999 vs 1998
Personale dipendente						
- Operatori equivalenti (o.e.) totali	n.	2.386	2.475	2.512	5,3	1,5
- Rapporto teorico	n.	2.979	2.992	3.008	1,0	0,5
- Differenza o.e. / rapporto teorico	n.	-593	-517	-496	-16,4	-4,1
	%	-19,9	-17,3	-16,5	-17,2	-4,6
di cui:						
- psichiatri	%	12,8	13,5	13,6	6,2	0,7
- psicologi	%	2,9	3,0	2,9	0,0	-3,3
- infermieri	%	55,4	58,0	58,0	4,7	0,0
- educatori professionali	%	3,1	3,5	3,9	25,8	11,4
- assistenti sociali	%	2,8	2,9	3,0	7,1	3,4
- OTAA / OSA	%	12,1	11,6	11,5	-5,0	-0,9
- ausiliari socio-sanitari	%	5,0	3,8	3,6	-28,0	-5,3
- amministrativi	%	1,6	1,8	1,9	18,8	5,6
- altri profili	%	4,2	1,9	1,7	-59,5	-10,5
Personale convenzionato						
- Operatori equivalenti (o.e.) totali	n.	nd	243	167	nd	-31,3
di cui:						
- psichiatri	%	nd	0,4	1,6	nd	301,0
- psicologi	%	nd	1,8	2,7	nd	48,5
- infermieri	%	nd	22,2	4,4	nd	-80,4
- educatori professionali	%	nd	9,0	12,0	nd	33,7
- assistenti sociali	%	nd	0,9	0,0	nd	-100,0
- OTAA / OSA	%	nd	54,2	63,8	nd	17,6
- ausiliari socio-sanitari	%	nd	1,6	0,8	nd	-49,9
- amministrativi	%	nd	0,0	1,1	nd	0,0
- altri profili o profili non precisati	%	nd	9,8	13,6	nd	39,2
Personale complessivo						
- Operatori equivalenti (o.e.) totali	n.	nd	2.718	2.679	nd	-1,4
- Rapporto teorico	n.	2.979	2.992	3.008	nd	0,5
- Differenza o.e. / rapporto teorico	n.	nd	-274	-329	nd	20,1
	%	nd	-9,2	-10,9	nd	19,4



sinergica tra personale assunto a tempo indeterminato (base fissa) e personale convenzionato (base variabile), per collaborazioni specifiche e presumibilmente armoniche agli obiettivi di budget localmente assunti;

- nel complesso, tuttavia, si rileva come il personale comunque dedicato alla tutela della salute mentale (sia per assunzione che per convenzione) tende ad essere al di sotto dello standard di un operatore ogni 1.500 abitanti e, nel tempo, appare un trend di progressiva riduzione della numerosità assoluta di operatori dedicati (-9,2% nel 1998 e -10,9% nel 1999); questo fatto, unitamente all'emergere di una base fissa e variabile del personale dedicato, potrebbe esporre al rischio che il personale meno qualificato e/o non in base fissa, venga assegnato ai pazienti cronici ospitati in strutture residenziali a produrre intrattenimento anziché riabilitazione.

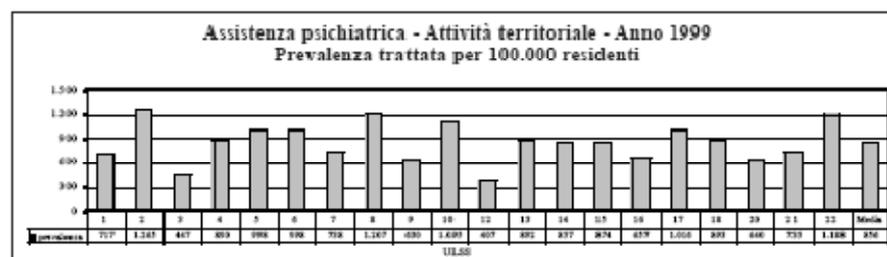
ATTIVITÀ TERRITORIALE

Utenza

Il sistema informativo regionale relativo all'assistenza psichiatrica ha prodotto i primi dati sull'attività territoriale (prestazioni erogate e pazienti e patologie trattate) a partire dal 1998, in particolare:

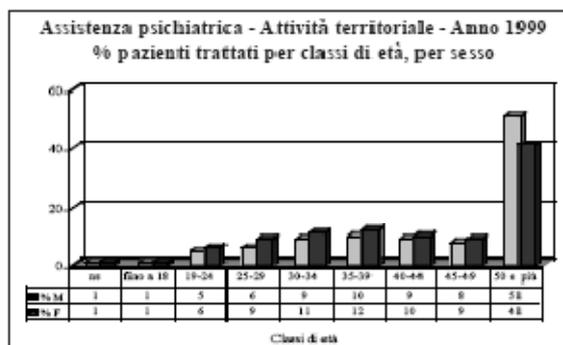
- per il 1998 si sono potuti elaborare i dati di 11 Aziende ULSS (1, 4, 5, 6, 8, 9, 15, 16, 18, 21, 22); va precisato che per alcune Aziende ULSS il periodo considerato è di dodici mesi, mentre per altre è di nove e questo per il fatto non tutte le Aziende ULSS erano adeguatamente attrezzate ad attivare da subito il sistema informativo territoriale regionale unico stabilito con DGR n. 320/98;
- per il 1999 hanno inviato dati tutte le Aziende ULSS, ma non ancora tutte le équipe; la copertura è di 44 équipe su 49 per un bacino di utenza complessivo di 4.222.000 abitanti (95% circa della popolazione residente regionale).

Per ragioni di completezza, cui è collegata anche l'affidabilità dei dati, l'analisi che segue si limita ai dati relativi al 1999.



Principali dati descrittivi relativi all'utenza rilevata nel 1999 sono:

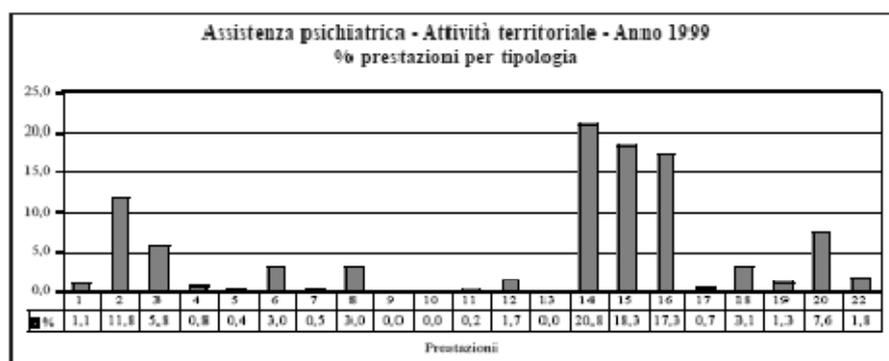
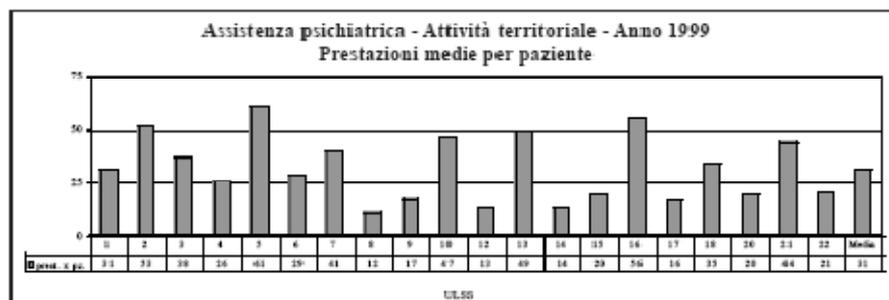
- i servizi territoriali pubblici hanno trattato circa 36.000 pazienti, pari ad una prevalenza media regionale di 856 per 100.000 residenti; a livello territoriale gli indici di prevalenza sono assai disomogenei, con un campo di variazione compreso fra 407 per 100.000 (ULSS 12) e 1.265 per 100.000 (ULSS 2). Si tenga conto che gli indici di prevalenza sono sottostimati in quanto calcolati sulla popolazione residente complessiva e non sulla popolazione target dei CSM, che non comprende i minorenni, in quanto non sono disponibili dati aggiornati sui residenti per classi di età a livello di ULSS; a livello complessivo regionale la sottostima è di circa il 10,5%, attestandosi l'indice di prevalenza su un valore di 956 per 100.000 residenti con più di 17 anni;



- poco più di 1.200 pazienti sono stati trattati da servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale diversi da quello di residenza, con un indice di fuga del 3,4%;
- il 22% dei pazienti trattati nell'intera regione dalle équipe psichiatriche pubbliche è seguito anche a domicilio;

Prestazioni erogate

- gli utenti trattati sono in prevalenza donne di età superiore ai 49 anni; le altre fasce di età esprimono pesi molto inferiori e sostanzialmente omogenei e vedono sempre prevalere il sesso maschile; le diverse composizioni per età dei pazienti all'interno dei due sessi, più che a differenti livelli di diffusione della patologia psichiatrica, sono correlate alla struttura per sesso ed età della popolazione che fino a 49 anni vede la superiorità numerica degli uomini, mentre a partire dai 50 anni inizia la prevalenza numerica delle donne, che, oltre i 75 anni arriva a determinare un rapporto femmine / maschi di 2 a 1.

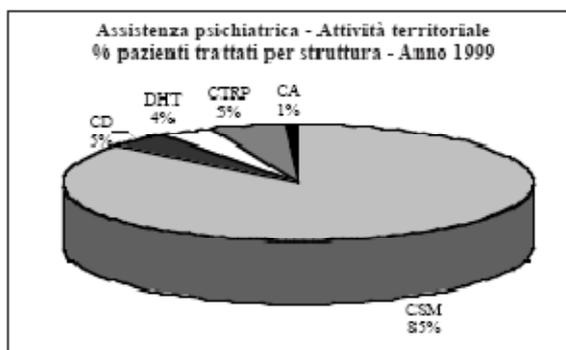


Prestazioni - Legenda

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| 1 - Prima visita | 8 - Psicoterapia di gruppo | 15 - Intervento terapeutico riabilitativo strutturato |
| 2 - Visita di controllo | 9 - Ipnoterapia | 16 - Sonoterapia psichiatrica |
| 3 - Colloquio | 10 - Anamnesi e valutazione breve | 17 - Attività strutturata di prevenzione |
| 4 - Relazione clinica | 11 - Esame testistico | 18 - Riunione di équipe |
| 5 - Consulenza specialistica | 12 - Incontri operativi multiprofessionali | 19 - Segretariato sociale |
| 6 - Psicoterapia individuale | 13 - Visita collegiale | 20 - Attività educativo-occupazionale |
| 7 - Psicoterapia familiare/coppia | 14 - Colloquio di informazione/sostegno | 22 - Altro |

Caratteristiche quantitative e qualitative delle prestazioni erogate nel corso del 1999 sono:

- l'attività territoriale delle équipe psichiatriche si è concretizzata in circa 1.123.000 prestazioni, con 31 prestazioni medie per paziente, ma con valori molto differenziati sul territorio: da un minimo di 12 prestazioni per paziente (ULSS 8) ad un massimo di 61 (ULSS 5);
- si vuol far rilevare che, tra le diverse prestazioni erogate, quelle di carattere riabilitativo in protocollo strutturato pesano per il 18,3% e quelle di psicoterapia individuale e/o familiare e/o di gruppo per il 6,5%, mentre



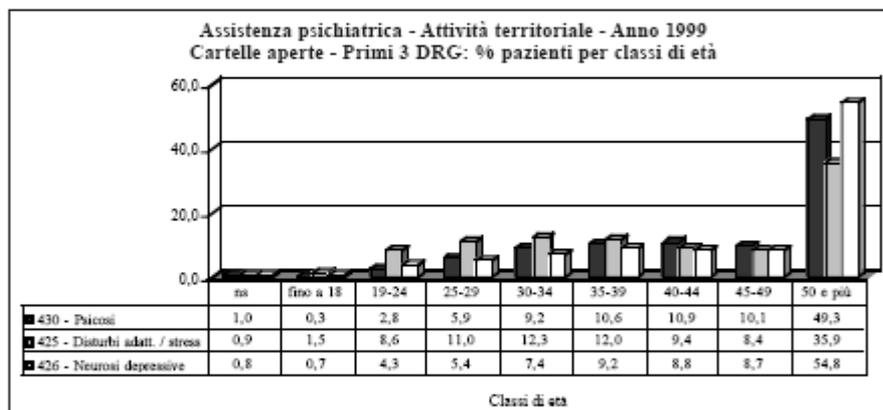
- solo una quota residuale risulta di carattere preventivo in protocollo strutturato (0,7%);
- i pazienti hanno ricevuto le prestazioni prevalentemente nei CSM e solo un 4% è stato trattato in più di una struttura.

Nell'analisi seguente le patologie psichiatriche sono ricondotte ai DRG secondo i criteri di classificazione utilizzati per i ricoveri ospedalieri (grupper), con l'avvertenza che tale classificazione viene adottata esclusivamente al fine di confronti omogenei con la casistica ospedaliera da un punto di vista clinico e non di assorbimento di risorse.

Assistenza psichiatrica - Attività territoriale - Anno 1999

PRIME TRE RAGIONI DI TRATTAMENTO

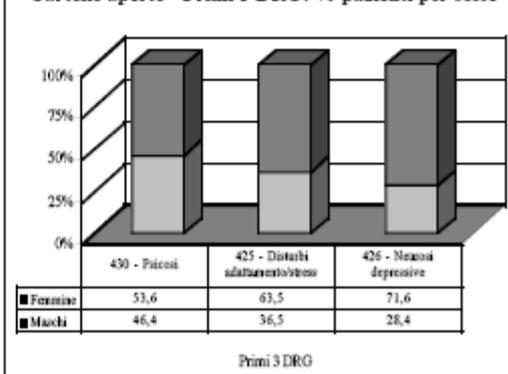
PROBLEMA	DRG	PAZIENTI		PRESTAZIONI
		%	x 100.000 residenti	%
<i>Cartelle aperte</i>				
1 Psicosi	430	39,3	270,4	71,8
2 Neurosi depressiva	426	20,3	139,7	4,5
3 Disturbi adattamento / stress	425	12,0	82,2	2,6
<i>Cartelle chiuse</i>				
1 DRG non psichiatrici	vari	44,2	112,7	84,9
2 Neurosi depressiva	426	13,5	34,4	2,2
3 Psicosi	430	12,2	31,1	7,8



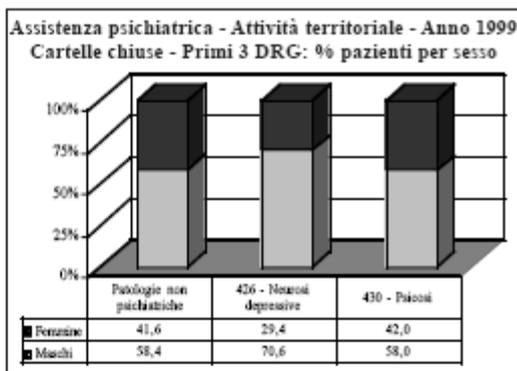
Con riferimento ai *pazienti in trattamento*, vale a dire quelli con cartella clinica aperta, si osserva che:

- la psicosi è la patologia più frequente interessando quasi il 40% dei pazienti in trattamento, e assorbe quasi i tre quarti delle prestazioni;
- neurosi depressiva e disturbi dell'adattamento e da stress presentano una prevalenza consistente, ma con assorbimento di risorse decisamente contenuto;
- la patologia psichiatrica mostra un andamento differenziato in funzione delle variabili età e sesso, in particolare:

Assistenza psichiatrica - Attività territoriale - Anno 1999
Cartelle aperte - Primi 3 DRG: % pazienti per sesso



- disturbi dell'adattamento e da stress sono prevalenti nelle fasce di età più giovani (meno di 40 anni), mentre i disturbi psicotici hanno più peso nei giovani adulti (da 40 a 49 anni) e le neurosi depressive nelle età più vecchie;
- le psicosi sono distribuite in misura relativamente equilibrata fra maschi e femmine, mentre disturbi dell'adattamento e da stress e, soprattutto, neurosi depressive, sono connotate prevalentemente al femminile.



Considerando i *pazienti dimessi*, vale a dire quelli per cui la cartella clinica è stata chiusa nell'anno emerge che:

- le patologie sono in prevalenza di origine non psichiatrica assorbendo oltre i quattro quinti di risorse, seguite a distanza da neurosi depressive e psicosi;
- contrariamente a quanto osservato per i pazienti in trattamento fra i pazienti dimessi con diagnosi di psicosi e, soprattutto, per neurosi depressiva prevalgono i maschi.

Considerazioni conclusive

Nel 1999 vi è stata una buona penetrazione del sistema informativo regionale sull'attività territoriale che ha permesso di ottenere primi risultati significativi. Su questi è iniziata una discussione, anche critica, tra gli erogatori (Aziende ULSS) e la Regione sull'osservato rispetto all'atteso, nell'ambito del programmato di budget sia centrale che periferico. Questo confronto dialettico può risultare utile negli anni al fine del miglioramento globale sia della programmazione che dell'assistenza effettivamente realizzata.

Alcuni punti subito emersi suggeriscono che l'attività di riabilitazione è molto maggiore di quella di prevenzione; che i trattamenti intrapresi si dilatano nel tempo e per il 70% restano in essere per più di un anno; che un numero limitato di pazienti affetti da psicosi, assorbe la maggioranza delle risorse (71% prestazioni per il 39% dei pazienti). In questo scenario si intravede il rischio per i servizi, già carenti di personale, di appiattirsi su questa grave forma di patologia, e per i casi nuovi o lievi di rimanere a lungo in "lista di attesa".

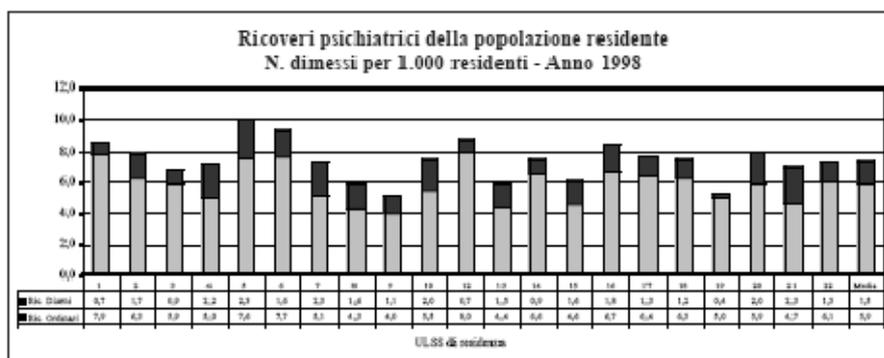
ATTIVITÀ OSPEDALIERA Regime di ricovero ordinario

I dati presentati nelle tabelle e nei grafici fanno emergere alcuni fenomeni di rilievo:

- con riferimento al 1998 si osserva che i dimessi complessivi da SPDC del Veneto corrispondono ad un tasso di 2,4 per 1.000 residenti; considerando qualsivoglia tipo di reparto di degenza (pubblico e privato), in Veneto e in altre regioni, per i residenti in Veneto si registra un tasso medio di 5,9 dimissioni per patologia psichiatrica ogni 1.000 residenti evidenziando che in oltre il 50% dei casi i ricoveri ordinari di natura psichiatrica avvengono al di fuori del SPDC di competenza;
- la situazione delle case di cura private, relativamente alle discipline di psichiatria e neurologia, evidenzia, in rapporto agli SPDC pubblici, una degenza media sostanzialmente doppia, con un tasso di occupazione dei posti letto sostanzialmente sovrapponibile; il numero di dimissioni per diagnosi psichiatrica da un posto letto pubblico è quindi doppio rispetto a un posto letto privato. Pur considerando che le strutture private hanno una degenza media doppia, è pur vero che il fenomeno del revolving door potrebbe essere maggiore nel pubblico che di fatto non può filtrare l'accesso dell'utenza, oppure il cittadino che comunque vuole un ricovero per trattare la sua malattia lo potrebbe ottenere presso reparti di degenza non SPDC, eventualmente privati;
- l'analisi delle dimissioni per DRG psichiatrico da tutti i reparti ospedalieri del Veneto, tenuto conto che in Veneto gli SPDC pubblici hanno al primo posto per numerosità di DRG prodotti il 430 (il 7° assoluto dei DRG medici), generato dalle psicosi, suggerisce l'ipotesi che la maggioranza delle nevrosi trattate mediante il ricovero lo sia al di fuori del SPDC, come possono essere i reparti di medicina e/o neurologia.

Assistenza psichiatrica - Strutture ospedaliere psichiatriche: attività di ricovero ordinario - Quadro sintetico

	ANNI			VARIAZIONI%	
	1997	1998	1999	1999 vs 1997	1999 vs 1998
Ospedali pubblici - Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura					
N. dimissioni	10.909	10.950	10.889	-0,2	-0,6
N. dimissioni per 1.000 residenti	2,4	2,4	2,4	0,0	0,0
N. gg. degenza	151.342	155.269	157.457	4,0	1,4
Degenza Media (DM)	13,9	14,0	14,5	4,3	2,1
Tasso di Occupazione (TO)	86,2	86,1	88,4	2,6	2,7
Indice di Case Mx (ICM)	0,89	0,90	0,87	-3,2	-3,3
Indice Comparativo di Performance (ICP)	1,04	1,20	1,21	16,3	0,8
% dimissioni outlier	2,8	2,6	3,0	7,1	15,4
% gg. degenza outlier	19,8	21,2	23,3	17,7	9,9
Casi di cura private specialistiche					
N. dimissioni	5.353	5.038	5.468	2,1	8,8
N. dimissioni per 1.000 residenti	1,2	1,1	1,2	1,5	8,5
N. gg. degenza	144.636	133.917	145.483	0,6	8,6
Degenza Media (DM)	28,1	26,6	26,6	-5,3	0,0
Tasso di Occupazione (TO)	95,2	80,1	84,4	-11,3	5,4
Indice di Case Mx (ICM)	0,90	0,87	0,85	-5,6	-2,3
Indice Comparativo di Performance (ICP)	1,74	1,54	1,56	-10,3	1,3
% dimissioni outlier	5,5	7,7	3,3	-40,0	-57,1
% gg. degenza outlier	19,814	17,5	6,2	-100,0	-64,6



Assistenza psichiatrica - Attività ospedaliera - Regime di ricovero ordinario - Anno 1999
Dimessi dagli ospedali pubblici e privati del Veneto per DRG

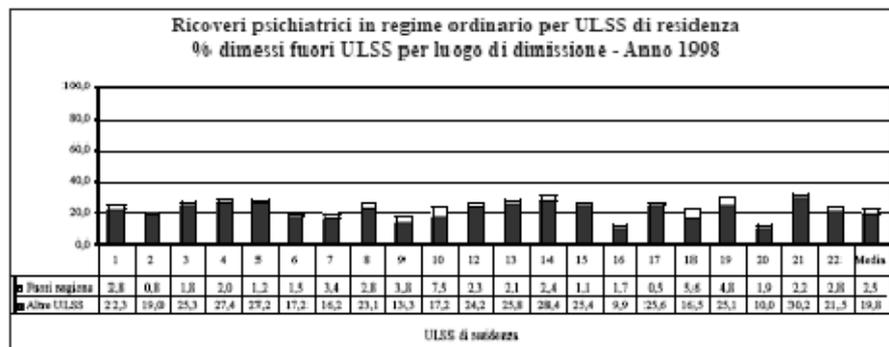
N. progr.	N. DRG	Descrizione	DIMISSIONI		
			n.	%	% cum.
1	430	PSICOSI	8.681	37,3	37,3
2	429	DISTURBI ORGANICI E RITARDO METALE	3.754	16,1	53,4
3	426	NEVROSI DEPRESSIVA	3.440	14,8	68,2
4	428	DISTURBI PERSONALITA' E CONTROLLO DEGLI IMPULSI	3.053	13,1	81,3
5	425	REAZIONE ACUTA DA ADATTAMENTO E DISTURBI DA DISADATTAMENTO PSICOSOCIALE	2.079	8,9	90,2
6	427	NEVROSI ESCL. DEPRESSIVA	917	3,9	94,2
7	432	ALTRE DIAGNOSI DI DISTURBI MENTALI	835	3,6	97,8
8	431	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	338	1,5	99,2
9	424	INTERVENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	182	0,8	100,0
TOTALE			23.279	100,0	

Questa osservazione rende urgente una riflessione sulla appropriatezza del ricovero ospedaliero per il trattamento delle nevrosi, note per essere ben curabili primariamente con un approccio psicoterapico ed ambulatoriale, mirato sostanzialmente a limitare la regressione ed i vantaggi secondari derivanti dalla assunzione della posizione del ruolo di malato / assistito / deresponsabilizzato;

- nel 1998 si osserva che in Veneto il 19,8% delle dimissioni è di fatto realizzato al di fuori dell'Azienda ULSS di residenza e il 2,5% al di fuori della regione stessa, per un totale di fuga

del 22,3% a fronte del 3,4% delle fughe nei trattamenti in regime territoriale. La considerevole differenza della mobilità in fuga dei trattamenti ospedalieri rispetto a quella dei trattamenti territoriali, induce l'ipotesi che il fruitore o l'erogatore che voglia comunque ottenere un ricovero, di fatto lo ottiene. Ciò può esprimere la risposta ad un bisogno disatteso dall'erogatore istituzionale, ma può anche esprimere il fatto che la degenza ordinaria nei reparti pubblici non psichiatrici o nelle case di cura private, venga usata in competizione al trattamento territoriale, specialmente per le patologie lievi.

Sulla base delle conoscenze attuali e data la tipologia di patologie trattate, appare più probabile la seconda ipotesi; nel qual caso il rischio di interrompere la continuità terapeutica nel trattamento dei casi aumenta significativamente, e con esso, anche il rischio di colludere con le istanze regressive insite nella domanda finalizzata al mantenimento dello stato attuale; infatti, uno dei vettori qualificanti la organizzazione e la terapia dei servizi psichiatrici pubblici, è quello che garantisce nel tempo ed in continuità di progetto, azioni mirate a consentire all'utente di poter esperire livelli di funzionamento personale e sociale, maggiormente dinamici ed autocoscienti. L'uso della degenza ordinaria in fuga, al di fuori di un programma condiviso con l'équipe competente, medicalizza un bisogno dell'utente che diverrà presumibilmente meno mentalizzabile; ovvero lo cristallizza sul corpo distogliendolo dalla dimensione, più dinamica e problematica, del cosciente.



Il ricovero diurno appare una modalità di trattamento ancora sottoutilizzata ed evidenzia oltretutto una tendenza decrescente.

Assistenza psichiatrica - Strutture ospedaliere psichiatriche: attività di ricovero diurno - Quadro sintetico

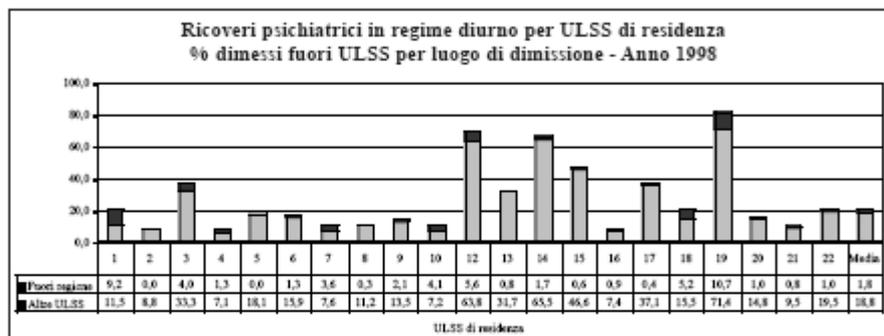
	ANNI			VARIAZIONI%	
	1997	1998	1999	1999 vs 1997	1999 vs 1998
<i>Ospedali pubblici - Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura</i>					
RICOVERO IN DAY HOSPITAL					
N. cicli / dimissioni	2.625	3.170	2.305	-12,2	-27,3
N. cicli / dimissioni per 1.000 residenti	0,6	0,7	0,5	-16,7	-28,6
N. accessi / gg degenza	38.786	41.750	33.213	-14,4	-20,4
Degenza Media (DM)	14,8	13,2	14,4	-2,7	9,1
Indice di Case Mix (ICM)	nd	1,22	1,22	nd	0,0

La patologia trattata in DHO è mediamente molto più complessa di quella trattata in regime di ricovero ordinario, con un Indice di Case Mix (ICM) di 1,22 contro 0,87, presumibilmente in ragione del fatto che il trattamento di ricovero diurno è selezionato e mirato, mentre quello di ricovero ordinario risulta più frequentemente legato a fattori non strettamente clinici, ma organizzativi e/o sociali.

Nel complesso i flussi in uscita dei ricoveri diurni risultano sorprendentemente solo di poco inferiori a quelli registrati per i ricoveri ordinari e molto più disomogenei a livello territoriale, presumibilmente per differenti livelli di investimento in questo tipo di trattamento dalle diverse équipe.

Assistenza psichiatrica - Attività ospedaliera - Regime di ricovero diurno - Anno 1999
Dimessi dagli ospedali pubblici e privati del Veneto per DRG

N. progr.	N. DRG	DRG Descrizione	DEMISSIONI		
			n.	%	% cum.
1	430	PSICOSI	1.411	29,2	29,2
2	431	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	1.102	22,8	52,0
3	429	DISTURBI ORGANICI E RITARDO METALE	694	14,4	66,4
4	428	DISTURBI PERSONALITA' E CONTROLLO DEGLI IMPULSI	493	10,2	76,6
5	426	NEVROSI DEPRESSIVA	475	9,8	86,4
6	425	REAZIONE ACUTA DA ADATTAMENTO E DISTURBI DA DISADATTAMENTO PSICOSOCIALE	282	5,8	92,3
7	432	ALTRE DIAGNOSI DI DISTURBI MENTALI	237	4,9	97,2
8	427	NEVROSI ESCL. DEPRESSIVA	124	2,6	99,7
9	424	INTERVENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	13	0,3	100,0
TOTALE			4.831	100,0	



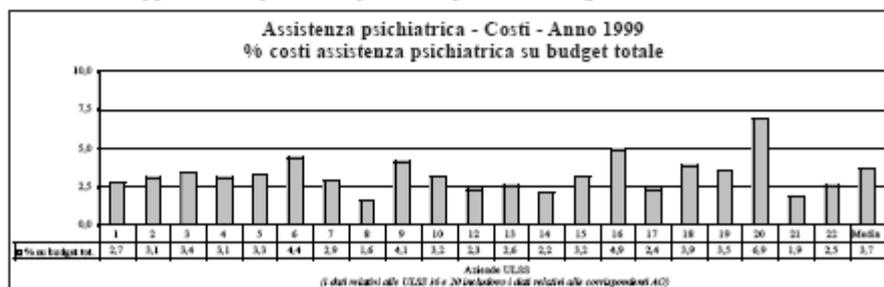
COSTI

Fenomeni di maggior rilevanza e interesse che emergono dall'analisi delle risorse economiche impiegate per la tutela della salute mentale sono:

- nel 1999 i costi per l'assistenza psichiatrica rappresentano il 4,3% (circa 330 miliardi) se calcolati sui circa 7.700 miliardi del FSR 1999 da riparto nazionale, ma l'incidenza percentuale si ridimensiona al 3,7% se si considerano i costi effettivi per la gestione della sanità regionale, pari a circa 8.800 miliardi.

I circa mille miliardi spesi oltre il budget risultano essere l'esito di disequilibri del sistema sanità attuale, visto sia in dimensione regionale che di Aziende ULSS; correggere i disequilibri è intervento necessario per la sanità nel suo insieme, ma resta in vigore anche l'obiettivo regionale di dedicare il 5% delle risorse allocate nel sistema sanità per la promozione e tutela della salute mentale (come da DGR n. 55/CR/00).

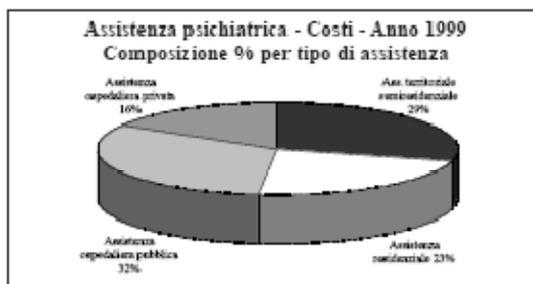
- le differenze di spesa riscontrate nei diversi DSM sono certamente da ricondurre a disomogenei tassi di prevalenza trattata, ma in parte presumibilmente derivano da diversi assetti operativi assunti dagli erogatori, con le risorse disponibili;
- considerando la genesi dei costi diretti dell'assistenza psichiatrica, si intravede l'opportunità che domanda e offerta si incontrino maggiormente a livello territoriale e semiresidenziale, se i costi sociali indiretti restano tollerabili;
- rimane da approfondire quale sia il punto di equilibrio tra esigenze di bilancio e dimensione eti-



RIFLESSIONI E POSSIBILI INDICAZIONI DI PROGRAMMAZIONE

ca della cura alla persona, ovvero a quale dei due dare preminenza in termini strategici, così da rendere tollerabili eventuali compressioni dell'uno o dell'altra.

Gli elementi di analisi e di valutazione evidenziati e sviluppati precedentemente consentono di trarre alcune indicazioni utili ai fini del governo regionale dell'assistenza psichiatrica:



- nella regione, per quanto attiene ai modelli rilevati di attività per la tutela della salute mentale, appare ancora in corso il processo di progressivo superamento della logica centrata sull'ospedale e verso la nuova prospettiva territoriale distrettualizzata. La criticità risiede presumibilmente nella diffusa ritrosia verso il nuovo, ritenuto generalmente più problematico dell'attuale consolidato. Per favorire il processo di territorializzazione dell'assistenza si individua utile rendere effettivamente ed omogeneamente presente, forte e competitivo, l'erogatore Distretto rispetto all'erogatore Ospedale. In tal modo sembrano superabili le resistenze al cambiamento sia degli erogatori affermati che dei fruitori, la cui domanda è condizionata dai primi;
- va monitorato il variare della composizione del personale comunque dedicato alla tutela della salute mentale, poiché la motivazione, la formazione e la stabilità del gruppo curante sono fattori di garanzia di qualità dei trattamenti e degli esiti;
- va sostenuta la formazione permanente degli operatori dedicati ed effettivamente garantita la disponibilità di ingaggio contrattuale per il personale mancante;
- va ulteriormente sviluppato e sostenuto, anche presso i fruitori, l'impatto formativo insito nella conoscenza condivisa generata con la diffusione dell'informazione ricavata dai sistemi informativi in uso, poiché la consapevolezza delle possibilità riduce la domanda e l'offerta improprie. Allo scopo si suggerisce di usare la rete regionale informatica, gli URP delle Aziende ULSS e Ospedaliere, la Carta dei Servizi socio - sanitari, con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale MMG, nonché dei centri universitari, delle società scientifiche e della Conferenza dei Sindaci;
- i rapporti del DSM con gli erogatori pubblici e privati, vanno chiariti per garantire al cittadino una continuità coerente di trattamento, anche quando "guarire" significa passare per la sofferenza del "rendersi conto che" non è in crisi un proprio organo, bensì il proprio modo di stare al mondo e che una fuga non lo cambierà. A questo scopo si individua nella applicazione della DGR n. 55/CR/00 lo strumento primo da attivare;
- si intravede la necessità di individuare quali siano le forme di organizzazione e trattamento sostenibili in termini etici ed economici per i fruitori e per gli erogatori. Si suggerisce di studiare la qualità e gli esiti delle organizzazioni e dei trattamenti attuati, al fine di configurare al meglio la risposta alla domanda di salute mentale che in questa regione si può avere.

FONTI

- Regione Veneto:
 - Direzione Programmazione e Socio-Sanitaria – Servizio Progetti Obiettivo e Azioni Prioritarie;
 - Rilevazione presso le Aziende ULSS (Dotazione di Strutture e di Personale)
 - Unità di Progetto Controllo e Sistema Informativo Socio-Sanitario – Servizio Sistema Informativo Socio-Sanitario;
 - Flussi informativi del Ministero della Sanità – Modelli STS.11, HSP.12, HSP.13 (Dotazione di strutture territoriali e ospedaliere)
 - Schede di Dimissione Ospedaliera – SIDO
 - Scheda di Psichiatria Territoriale (SPT) – Dati elaborati da Azienda ULSS 6 – Vicenza
 - Unità di Progetto Controllo e Sistema Informativo Socio-Sanitario – Servizio Controllo Socio-Sanitario;
 - Bilanci di Esercizio delle Aziende ULSS e Ospedaliere – Anno 1999
 - Flussi informativi del Ministero della Sanità – Modello CE03 – Anno 1998

TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 4.9.1/A, TAVOLA 4.9.4/A, TAVOLA 4.9.7/A, TAVOLA 4.9.10/A, TAVOLA 4.9.13/A, TAVOLA 4.9.16/A, TAVOLA 4.9.17/A

TAVOLE SU CD E SU INTERNET

- TAVOLA 4.9.1/R, TAVOLA 4.9.2/R, TAVOLA 4.9.3/R, TAVOLA 4.9.4/R, TAVOLA 4.9.5/R, TAVOLA 4.9.6/R, TAVOLA 4.9.7/R, TAVOLA 4.9.8/R, TAVOLA 4.9.9/R, TAVOLA 4.9.10/R, TAVOLA 4.9.11/R, TAVOLA 4.9.12/R, TAVOLA 4.9.13/R, TAVOLA 4.9.14/R, TAVOLA 4.9.15/R