

La Salute Mentale nel Veneto

Dati 2015 - 2021

A cura di Andrea Angelozzi

Quali sono i dati attualmente a disposizione?

1) Fino al 2017 la Regione Veneto produceva un Report con i dati relativi all'anno precedente, reso disponibile sul sito della Regione Veneto. Il Report elaborava i dati relativi a prestazioni e pazienti che vengono inviati regolarmente attraverso il Flusso APT, il flusso delle SDO per quanto riguarda i ricoveri fornito dagli ospedali e quello relativo a strutture e personale fornito dalle Aulss. Questi dati erano elaborati per ogni Aulss permettendo quindi anche una visione comparativa delle varie realtà locali.

L'ultimo quindi risale al 2017 con i dati del 2016, quindi di 6 anni or sono.



2) Vi sono poi i dati della Relazione Socio Sanitaria, relativi tuttavia solo alla prevalenza, per classi diagnostiche, alle dimissioni da strutture pubbliche e private e relative giornate complessive di degenza. L'ultima edizione della Relazione risale al 2019 con dati riferiti al 2018-2017



3) Vi sono alcuni dati elaborati dal SER (Servizio Epidemiologico Regionale) attraverso l'Archivio ACG, nel Rapporto epidemiologico sulla co-morbilità nei disturbi psichiatrici e da uso di sostanze in Veneto una modalità diversa di elaborazione dei dati sviluppata a livello sperimentale in collaborazione con le Aulss, dedicato in particolare alla comorbilità, attraverso un approccio che valorizza più il paziente che la prestazione

Anche questo sistema restituisce solo alcuni dati a carattere epidemiologico e farmacologico, ed anche essi in maniera sfasata temporalmente (il più recente è il 2018).

4) Per quanto riguarda il Veneto, i Direttori di DSM possono accedere, richiedendo le debite credenziali, ad alcuni dati del DataWareHouse regionale relativamente alla salute mentale. Per la maggior parte sono dati grezzi che poi devono essere elaborati. E si tratta di un accesso parziale che in genere consente di vedere solo i dati relativi alla Azienda di appartenenza.

5) La fonte più completa sono i dati pubblicati nel Rapporto Salute Mentale annuale del Servizio Informativo Salute Mentale (SISM) del Ministero della Salute. Questo report aggrega



ed elabora per ogni Regione i dati già indicati per il Report Regionale ed aggiunge una parte economica fornita direttamente dalla Regione con il Flusso L.A.

Questi dati sono:

- elaborati con una sfasatura temporale (attualmente disponibili quelli del 2021)
- organizzati ogni anno in modo diverso (le tipologie dei dati non sono le stesse ed a volte vengono presentati come valori assoluti, a volte tassi, a volte %, etc ...)
- indicativi di un quadro parziale, dal momento che si focalizzano su taluni aspetti
- descrittivi della Regione come insieme, senza avere quindi informazioni circa le realtà spesso molto disomogenee dei diversi DSM.

Di questi dati in alcuni anni sono state fatte utili elaborazioni da parte della Siep (Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica), che permettevano un confronto fra le varie realtà regionali.

Possiamo complessivamente dire che l'informazione circa la realtà dei singoli territori in ambito di salute mentale viene molto parzialmente restituita ai Servizi ed in nessuna maniera ai vari portatori di interesse o ai cittadini. Non solo ma gli stessi dati relativi ai bisogni psichiatrici complessivi, e a quanto viene offerto in termini di strutture, personale ed attività, viene reso pubblico solo con anni di ritardo.

Questo da una parte rende difficile per i Servizi poter analizzare il proprio territorio e le proprie modalità operative in rapporto con gli altri DSM, limitando la capacità programmatoria; dall'altra limita la conoscenza ed il contributo che i vari stakeholders possono dare alla analisi dei problemi ed alle proposte operative, limitando un contributo che è universalmente riconosciuto, dai documenti OMS alle varie indicazioni Ministeriali, agli stessi documenti della Regione Veneto come essenziale.

Nonostante l'importante tentativo sperimentale del Registro ACG messo in atto dal SER per passare da una logica di prestazioni ad una logica di pazienti, non ci risulta poi venga elaborata (di sicuro non viene restituita) alcuna informazione che incroci i dati delle varie fonti informative a ricostruire non più prestazioni ma percorsi ed a valutare esiti di modelli organizzativi e terapeutici. Manca cioè il passaggio dalla attenzione alle strutture a quella alla persona indicato ancora nel Progetto Obiettivo DRG 651/2010 che si traduce nel passaggio da una logica contabile dei luoghi ad una logica storica e programmatoria dei percorsi clinici.

Analogamente manca il coinvolgimento di più soggetti che permetta di costruire maggiori ipotesi di utilizzo e di migliorare la qualità del dato cogliendo anomalie ed incongruenze altrimenti poco evidenti.

[Accesso ai dati su richiesta](#)

Sono state effettuate talune richieste di dati. Richieste iniziali di dati generali sulle attività ed il personale dei Servizi di Salute Mentale effettuati dalla Consigliera Regionale e Vice Presidente della V Commissione Anna Maria Bigon e da un esponente del CoVeSaP, Salvatore Lihard hanno avuto esito parzialmente positivo.

Dei numerosi dati richiesti relativi al 2019, 2020 e 2021, a marzo sono stati consegnati alcuni dei dati richiesti: sono stati forniti solo quelli del 2019 e 2020, non sono stati forniti dati relativamente alla utenza, solo una parte delle specifiche relativi ai dati delle prestazioni e dei ricoveri.

La Regione ha giustificato con il mancato consolidamento a marzo 2022 dei dati relativi al 2021 e con la necessità di salvaguardare la privacy.

Una ulteriore richiesta da parte della Consigliera PD Anna Maria Bigon ha permesso di avere ulteriori dati relativi alle prestazioni, alle SDO relativamente agli anni 2019-2020-2021; ed a completare la mappa del personale relativamente al 2020.

L'esame di questi dati è comunque molto interessante, perché ci ha permesso peraltro di ricostruire la realtà del personale, delle attività e dei ricoveri nella Regione Veneto, ed in particolare nelle singole realtà locali.

Ulteriori richieste formulate dal COVESAP non hanno avuto esito positivo. In particolare:

- sono stati rifiutati i dati relativi ai minori con problematiche psichiatriche (servizi, personale, attività, costi in ambito pubblico e privato convenzionato)
- non sono stati consegnati i dati relativi alle contenzioni, previsti dalla DGR 1106/2020
- sono stati rifiutati i dati relativi ai SerD, rimandando a quelli generali prodotti nei report nazionali che sono comunque sfasati temporalmente e senza una analisi delle singole Ulss

1. Le Unità Operative Complesse

L'équipe di norma deve occuparsi, secondo la normativa disposta in DGR n° 740/1999 di una popolazione di circa 100.000 abitanti.

Con i vari Piani Socio Sanitari vi sono state progressive ridefinizioni delle UOC fino a quella attuata con la DGR 1306 del 2017 in applicazione della Dgr 30/CR

Questa vede la presenza di nove DSM, con un territorio medio di 500.000 abitanti ma un range che va dal DSM della ... fino al DSM della

I 9 DSM sono divisi in un totale di 20 UOC con dimensioni medie regionali pertanto di oltre 230.000 abitanti, ben superiori a quanto indicato dai Progetti Obiettivo disposizioni e Aziendali ancora più variegate (sono valori medi indicativi)

Tabella 1.1

	Popolazione (2019)	UOC	Dimensione media
501 - Dolomiti	202950	2	101475
502 - Marca Trevigiana	887806	3	295935
503 - Serenissima	624770	3	208257
504 - Veneto Orientale	228568	1	228568
505 - Polesana	237385	1	237385
506 - Euganea	935460	3	311820
507 - Pedemontana	366429	2	183214
508 - Berica	495989	2	247994
509 - Scaligera	926497	3	308832

La maggiore dimensione di DSM rende difficile un reale compito integrativo in ambiti cos' vasti e spesso differenziati. La maggiore dimensione delle UOC rende problematico un reale aggancio con la realtà locale.

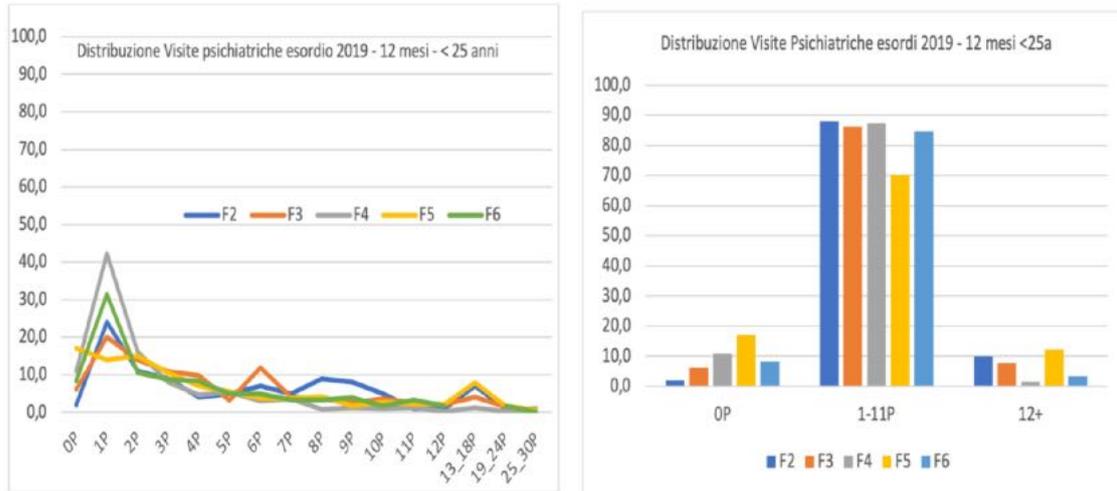
Per comprendere meglio le trasformazioni avvenute in questi anni, basta considerare che con il Piano SSR e le relative schede 2013 si passa da 40 apicalità in psichiatria a 28. Si tratta fra l'altro di una riorganizzazione che penalizza in modo particolare questo settore. Esaminando il Piano emerge che nella precedente programmazione vi erano 864 apicalità totali e 40 apicalità in psichiatria corrispondenti quindi al 4,62 %. Con la nuova programmazione vi sono 767 apicalità e 28 apicalità psichiatriche che sono quindi il 3,65 %. La psichiatria contribuisce alla riduzione in maniera molto pesante: complessivamente le apicalità in tutte le specialità sono ridotte del 13%, ma mentre negli altri ambiti la riduzione è dell'11,22%, le apicalità della psichiatria diminuiscono del doppio, cioè 20,99%

2 La necessità di interventi precoci e di attenzione agli esordi

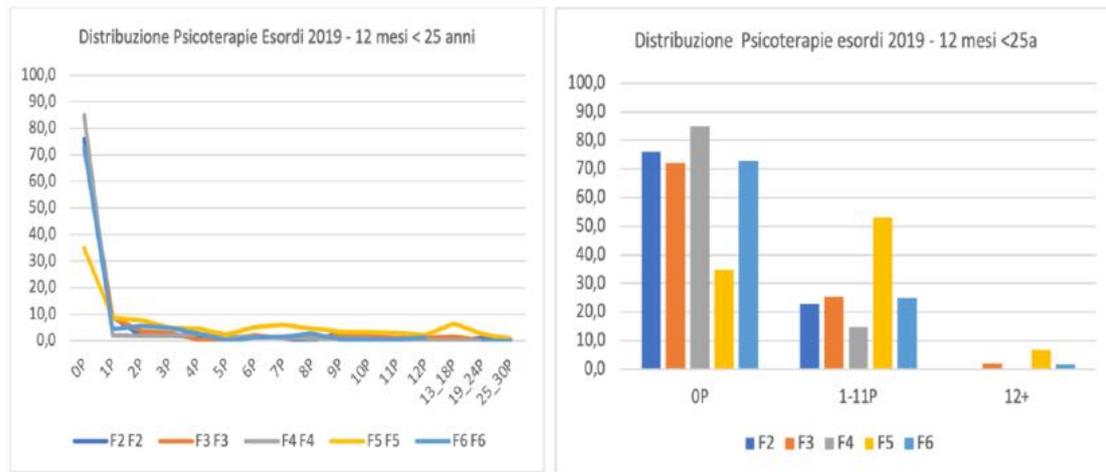
Di fatto però se analizziamo l'andamento degli interventi come risulta dal flusso APT per pazienti giovani (<25 anni) nei 12 mesi successivi alla presa in carico da parte dei servizi, troviamo un quadro molto deludente, che segnala lo scarso numero di interventi psicoterapici riservati ad un numero molto ristretto di pazienti e la scarsa frequenza degli interventi medici.

Questo il quadro per gli esordi nel 2019

Grafici 2.1 e 2.2

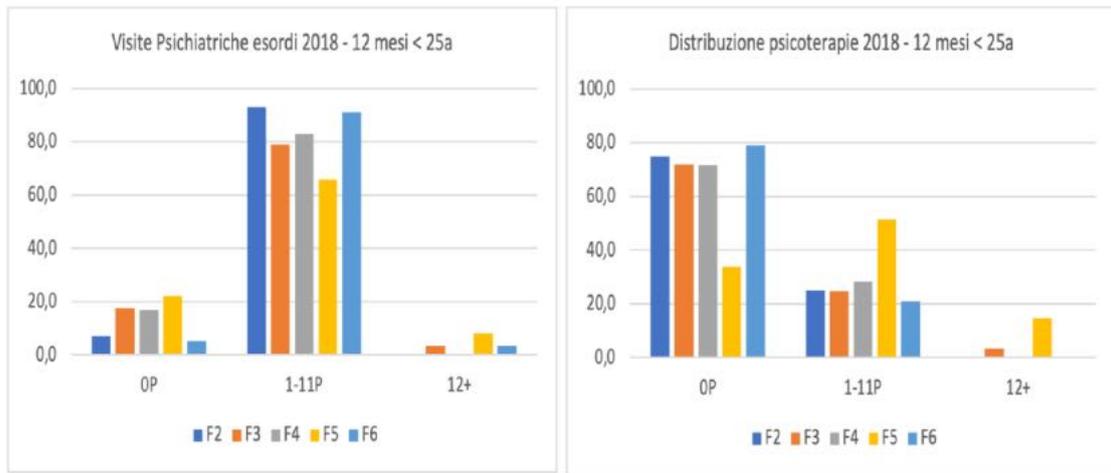


Grafici 2.3 e 2.4



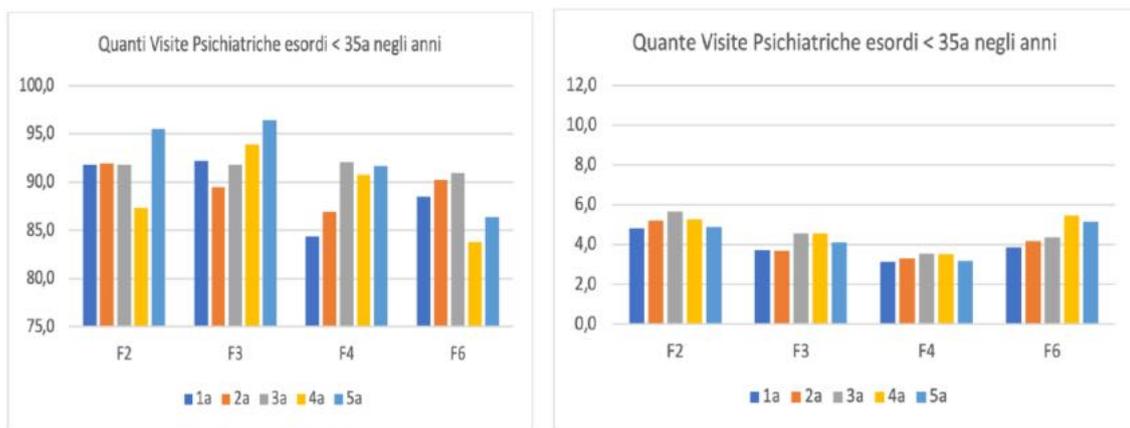
Di fatto sarebbe errato pensare che questo sia legato ai problemi del Covid. Se vediamo la situazione relativa al 2018 non troviamo un quadro sostanzialmente diverso.

Grafici 2.5 e 2.6

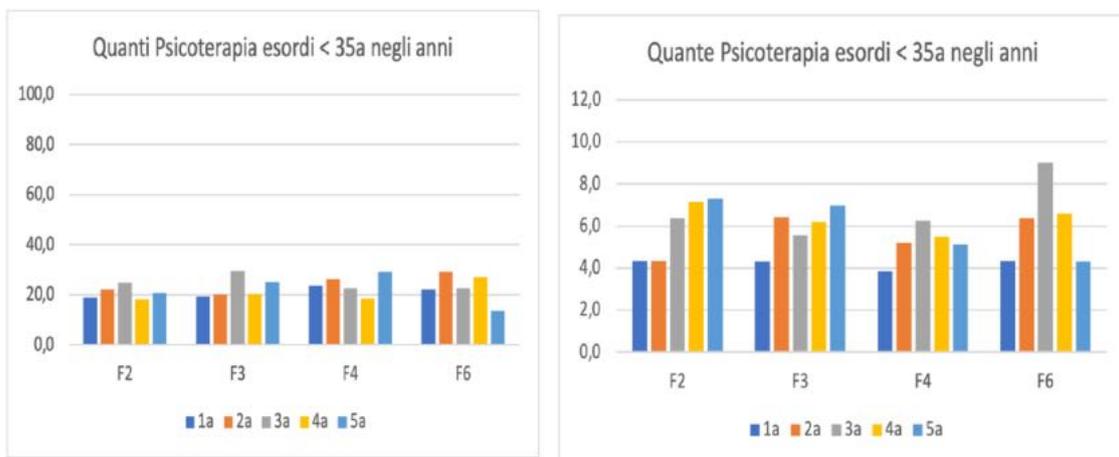


Il dato che fa più pensare è però quello relativo all'andamento negli anni degli interventi. Di fatto spesso negli anni aumenta sia la % dei pazienti che ha una specifica prestazione, sia il numero delle prestazioni ricevute. Non quindi gli esordi, ma i pazienti che continuano il trattamento, probabilmente in relazione al fatto di evidenziare ricadute e riacutizzazioni.

Grafici 2.7 e 2.8

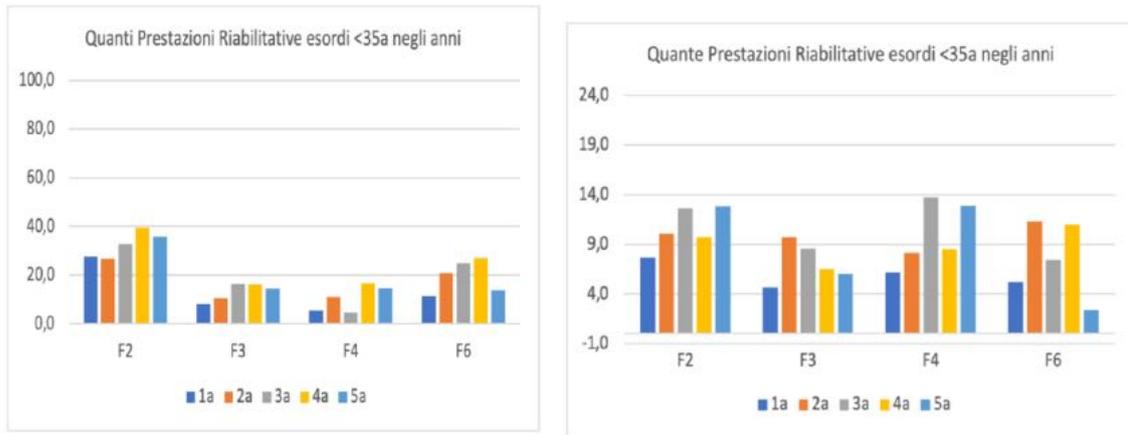


Grafici 2.9 e 2.10



Lo stesso incremento dei pazienti in trattamento riabilitativo e delle prestazioni che questi ricevono con il progredire della patologia non evidenzia incrementi significativi.

Grafici 2.11 e 2.12



L'impressione, al di là del gran parlare degli esordi e dei progetti individuali di trattamento è quello di un pacchetto di interventi ristretto e standardizzato negli anni e nelle patologie.

3. La integrazione con neuropsichiatria infantile

Non siamo a conoscenza dei dati relativi alla NPI nel Veneto. Non sono stati mai pubblicati report e una richiesta di accesso a dati numerici, anonimi ed aggregati è stata respinta in quanto incomprensibilmente ritenuta lesiva per la privacy. Peraltro va rilevato che la Regione Veneto nonostante i vari Piani Socio Sanitari lo stabiliscano da tempo, ancora non si è dotata di un sistema di rilevazione dei dati della utenza e delle prestazioni in ambito di NPI. Recentemente la Regione lo ha ritenuto peraltro incomprensibilmente un fenomeno di modesta entità. Anche i dati nazionali sono piuttosto carenti.

A livello internazionale vale la pena ricordare il rapporto Unicef "On my mind"¹ relativo ai dati 2021 che riporta i dati europei del rapporto globale sulla salute mentale dei giovani. Da questo risultano 1.200 suicidi in Europa fra i 10 e i 19 anni, ovvero 3 vite al giorno. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i suicidi si collocano come al secondo posto tra le cause di morte – dopo gli incidenti stradali - nella fascia d'età 15-29 anni; ed è in effetti la seconda causa di morte anche per i giovani italiani dai 15 ai 24 anni; è di gran lunga maggiore fra i ragazzi rispetto alle ragazze, rispettivamente con il 69% e il 31%; la fascia di età più colpita è fra i 15 e i 19 anni (1.037 contro i 161 fra i 10 e i 14 anni). Sui 4.000 suicidi l'anno registrati nel nostro paese, riferisce ISTAT, oltre il 5% è compiuto da ragazzi sotto i 24 anni

In Italia si stima che il 16,6% dei ragazzi e delle ragazze fra i 10 e i 19 anni soffrano di problemi legati alla salute mentale, per un totale di circa 956.000 persone. Fra le ragazze, la percentuale è maggiore (17,2%, pari a 478.554) rispetto ai ragazzi (16,1%, pari a 477.518). Il dato italiano appare di poco superiore al dato medio in Europa fra i 10 e i 19 anni è del 16,3%, mentre il dato mondiale nella stessa fascia di età è del 13,2%.

Questo dato è coerente con la prevalenza nell'arco della vita di una malattia mentale diagnosticabile che causa menomazione, che viene indicata nel 20% dei bambini e degli adolescenti² Con l'aumentare dell'età, un maggior numero di bambini sviluppa uno o più disturbi. Tutto sommato, circa il 27,9% degli adolescenti americani di età compresa tra 13 e 17 anni soddisfa i criteri per 2 o più disturbi³.

Il rapporto segnalava come la pandemia da COVID-19 ha evidenziato diversi fattori di rischio la salute mentale, fra cui isolamento, tensioni familiari, perdita di reddito, con conseguenze importanti su bambini e giovani portano il peso di tutto questo.

Gli adolescenti nei servizi di Neuropsichiatria Infantile, ed i giovani adulti nei Dipartimenti di Salute Mentale, rappresentano una frazione importante e crescente negli anni sia per la incidenza (dal 7 al 12%) sia per prevalenza (dal 4,2 all'8 %) della intera popolazione dei DSM:

Questi tassi regionali sono minori rispetto a quelli nazionali, e molto differenti nelle diverse Aulss, elemento che andrebbe compreso se attribuibile ad una realtà diversa o a una minore capacità di individuazione da parte dei servizi.

Per quanto riguarda l'andamento complessivo negli ultimi tre anni è evidente un aumento importante in tutte le aree patologiche, sia nella incidenza sia nella prevalenza

Emerge un quadro in crescita dove è importante interrogarsi se la scarsa incidenza e prevalenza degli anni precedenti rispetto alla media nazionale fosse dovuta a una condizione migliore della popolazione o semplicemente un difficoltoso accesso ai servizi.

La differenza fra le Ulss è evidente anche evidenziando i tassi di ricovero per la fascia 15-19 nel pubblico e nel privato, confermati peraltro anche nella fascia d'età 20-24.

Anche in questi casi i dati riportano tassi crescenti negli anni e comunque minori rispetto al corrispondente dato nazionale.

Questo appare in accordo con la segnalazione di un costante aumento degli adolescenti che accedono con quadri urgenti al Pronto Soccorso e che necessitano di ricovero ospedaliero.

È stata sottolineata la necessità di una efficace transizione dalla NPI al DSM, che si conclude con la presa in carico da parte di quest'ultimo, evitando l'alto tasso di pazienti persi durante la transizione segnalati dalla letteratura.

La mancanza di dati relativi alla neuropsichiatria infantile e di un modello informatico che consenta di ricostruire i percorsi delle persone nel sistema APT, impedisce di quantificare il fenomeno. La letteratura segnala questa fase di età come molto a rischio di abbandono dei servizi⁴ ⁵e come il passaggio sia più continuo per i pazienti con disturbi psichiatrici gravi, in terapia psicofarmacologica, e con necessità di ricovero, mentre si perdono i pazienti con disturbi del neurosviluppo, disturbi emotivi/nevrotici, disturbi di personalità⁶

Gli **adolescenti** nei servizi di Neuropsichiatria Infantile, ed i giovani adulti **nei Dipartimenti di Salute Mentale**, sono così rappresentati in % rispetto alla popolazione complessiva dei DSM:

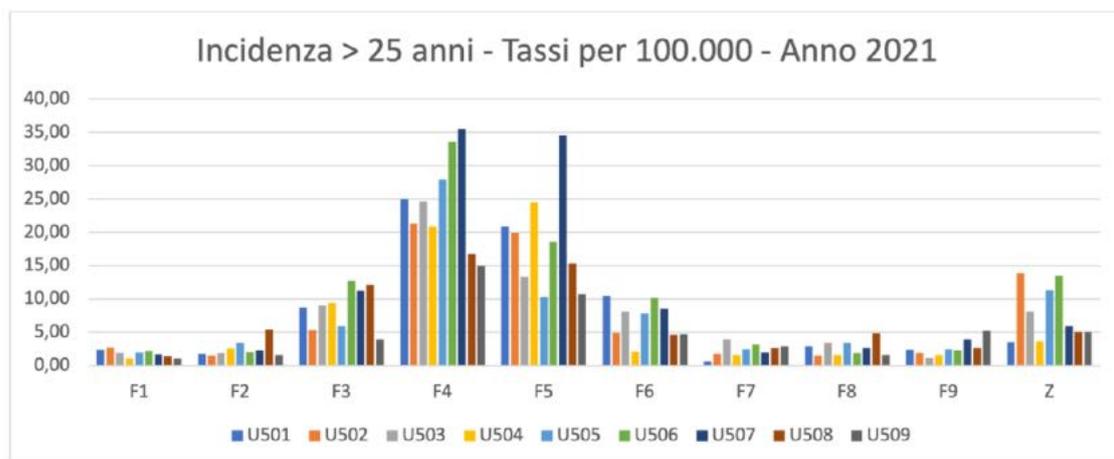
Tabella 3.1

Incidenza	Veneto	Italia
Anno 2019	7,1	9,2
Anno 2020	9,1	9,0
Anno 2021	12,0	

Prevalenza	Veneto	Italia
Anno 2019	4,2	6,2
Anno 2020	5,8	6,2
Anno 2021	8,0	

Per quanto riguarda la incidenza diamo a titolo indicativo i dati divisi per Ulss e per patologia nel 2021

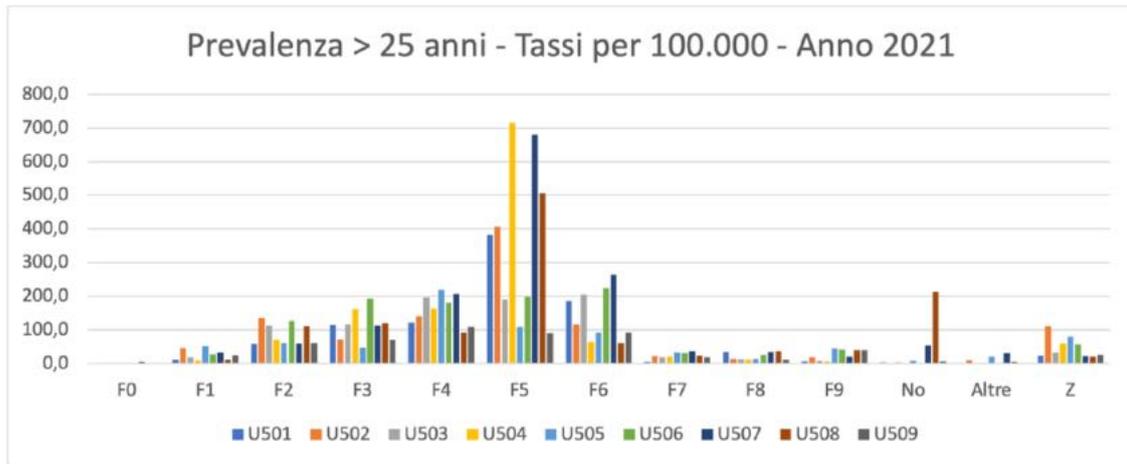
Grafico 3.1



Vi sono differenze importanti fra i diversi DSM anche in patologie gravi, che andrebbero meglio comprese.

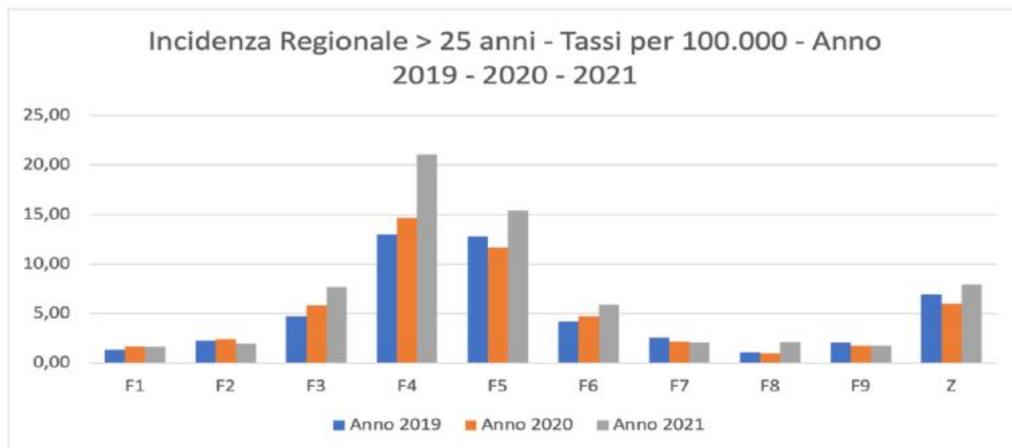
Questa invece è la prevalenza sempre riferita al 2021

Grafico 3.2



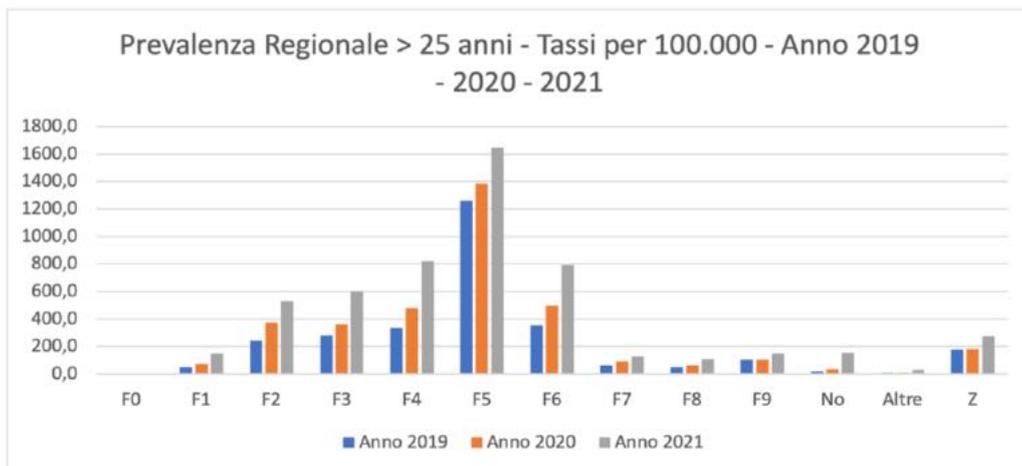
Per quanto riguarda l'andamento complessivo negli ultimi tre anni è evidente un aumento importante in tutte le aree diagnostiche, sia nella incidenza

Grafico 3.3



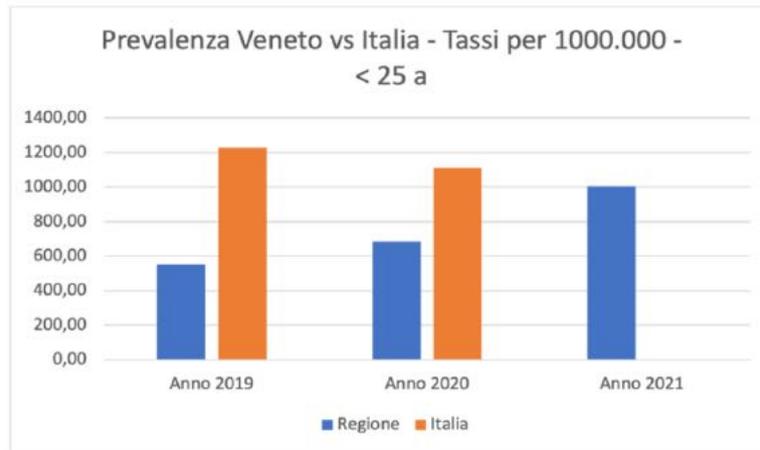
sia nella prevalenza

Grafico 3.4



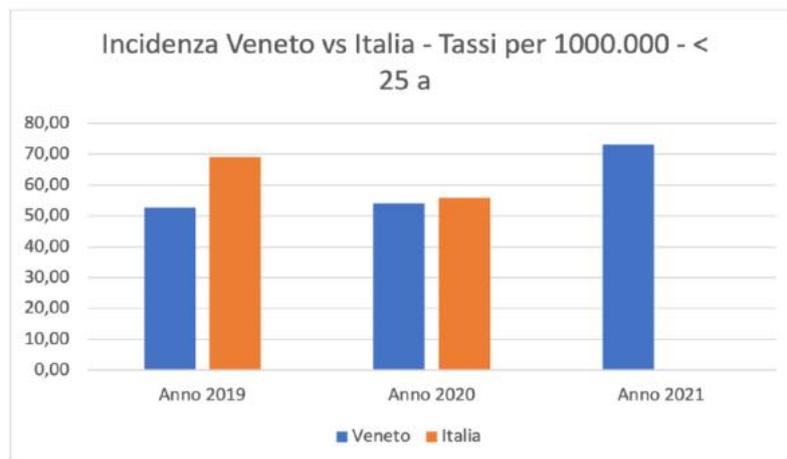
Questa è la differenza fra i tassi per tale fascia nel Veneto ed in Italia

Grafico 3.5



E questa la differenza nelle incidenze:

Grafico 3.6



Emerge un quadro in crescita dove è importante interrogarsi se la scarsa incidenza e prevalenza degli anni precedenti rispetto alla media nazionale fosse dovuta a una condizione migliore della popolazione o semplicemente un difficoltoso accesso ai servizi.

La differenza fra le Ulss è evidente anche evidenziando i tassi di ricovero per la fascia 15-19 nel pubblico e nel privato

Grafico 3.7



Questo il dato relativo alla fascia 20-24 anni

Grafico 3.8



E complessivamente 15-24 anni

Grafico 3.9



Questo è il dato del % dei ricoveri delle fasce d'età adolescenziale rispetto al totale

Tabella 3.2

% Privato	15-19	20-24	15-24
Anno 2019	2,7	4,5	7,2
Anno 2020	3,4	5,2	8,6
Anno 2021	4,4	6,2	10,6

% Pubblico	15-19	20-24	15-24
Anno 2019	5,6	8,4	14,0
Anno 2020	5,2	8,8	14,0
Anno 2021	6,7	10,4	17,2

% Totale	15-19	20-24	15-24
Anno 2019	4,9	7,5	12,5
Anno 2020	4,8	8,0	12,8
Anno 2021	6,2	9,4	15,6

% Italia	18-24
Anno 2019	9,8
Anno 2020	10,2

Questo appare in accordo con la segnalazione di un costante aumento degli adolescenti che accedono con quadri urgenti al Pronto Soccorso e che necessitano di ricovero ospedaliero.

Peraltro se cerchiamo quanti pazienti siano seguiti diagnosi di **autismo o ADHD** nell'ambito dei DSM negli anni 2020 e 2021, troviamo numeri molto modesti e del tutto difforni dalle prevalenze indicate dalla letteratura internazionale che parlano di una prevalenza fra 07-e 1,1% nel caso dell'Autismo^{7 8 9} e di circa 1% nel caso dell'ADHD.

Troviamo infatti

Tabella 3.3

Anno	Autismo	ADHD
2019	21	55
2020	16	63
2021	28	96

Si tratta di numeri irrisori rispetto alla prevalenza stimata. La mancanza di dati relativi alla Neuropsichiatria infantile non ci consente di verificare la entità della perdita nel passaggio fra età infantile ed età adulta, ma supponiamo sia enorme.

Non è possibile un confronto con il SISM dove non compaiono queste diagnosi come categoria autonoma e probabilmente sono inclusi in “altro”

L’**ambito ospedaliero** della Neuropsichiatria Infantile evidenzia due grandi fragilità, quella della consulenza presso il PS e quella dell’eventuale ricovero ospedaliero.

Nell’ambito del Pronto Soccorso le indicazioni del protocollo regionale, riprese nei vari protocolli locali segnalano nello psichiatra dell’adulto il riferimento qualora non si possa avere la consulenza di neuropsichiatria infantile. Tenuto conto degli orari di apertura dei servizi e della difficoltà per il neuropsichiatra infantile di eseguire tempestivamente la consulenza richiesta, di fatto questo onere ricade per la gran parte sullo psichiatra dell’adulto, con tutti i limiti che evidenzia una prestazione che riguarda un ambito con importanti differenze specialistiche.

Il secondo problema riguarda quello della eventuale degenza, che secondo il protocollo può essere indirizzato, a seconda del caso clinico, in Pediatria o in SPDC.

Di fatto il Protocollo Minori/DSM ribadisce il progressivo aumento nel numero dei pazienti in età pediatrica e degli adolescenti che giungono al Pronto Soccorso per urgenze psichiatriche e il parallelo aumento anche il numero degli adolescenti per i quali si rende necessario il ricovero per motivi psichiatrici, segnalando anche una maggiore varietà e complessità dei quadri clinici di esordio degli scompensi psichiatrici in età evolutiva. Il documento riporta anche la letteratura (Calderoni, Ferrara, Sarti et al. 2008; Furre, Falk, Sandvik et al 2017) che conferma la necessità di luoghi appropriati all’età, sia strutturalmente sia dal punto di vista organizzativo-funzionale.

A tale scopo la attuale programmazione ospedaliera regionale, come da DGR 614/2019 prevede un totale di 28 posti letto negli ospedali HUB di Padova: 8 pl, Verona: 8 pl., Vicenza: 4 pl. e Treviso: 8 pl, seguendo un progetto già delineato nella DGR 242 del 22 febbraio 2012 e proseguito con il piano Socio Sanitario successivo (L.R. 48 del 2016).

Di tali strutture, esclusi i posti già esistenti presso Padova e Verona (in genere utilizzati per patologie psichiatriche a componente neurologica e per situazioni psichiatriche selezionate) peraltro non c’è traccia.

Nel frattempo i minori continuano ad essere ricoverati con numeri importanti (non comunque rilasciati dalla Regione, anche se richiesti) negli SPDC per adulti. Secondo il protocollo questa prassi segue l’ordinamento vigente. In assenza di una degenza di NPIA, può essere opportuno verificare la possibilità di effettuare un ricovero in appoggio in ambito pediatrico o, in alcuni utenti con gravi disturbi psichiatrici in adolescenza nei quali il ricovero sia inderogabile e non effettuabile nè in NPIA, nè in pediatria, in appoggio in SPDC, “purché a fronte della presenza di specifiche condizioni strutturali e organizzative aggiuntive” indicando il supporto nel documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome: Rep. Atti n.70/CU del 25 luglio 2019). Nel Protocollo Veneto queste condizioni sono intese come tutte le misure per ottimizzare la degenza, con la permanenza solo per il tempo strettamente necessario al trattamento in acuzie, garantire la maggior sicurezza possibile ed una stretta sinergia con l’equipe. Nel documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome i provvedimenti di riferimento indicavano uno un’età di almeno 16 anni e l’altro l’esistenza di spazi e personale sperati e dedicati.

4. La integrazione con i SerD

Annotiamo per inciso che dai dati desunti dal Flusso nazionale delle tossicodipendenze risulta una situazione problematica per qual che riguarda i SerD del Veneto:

Grafico 4.1

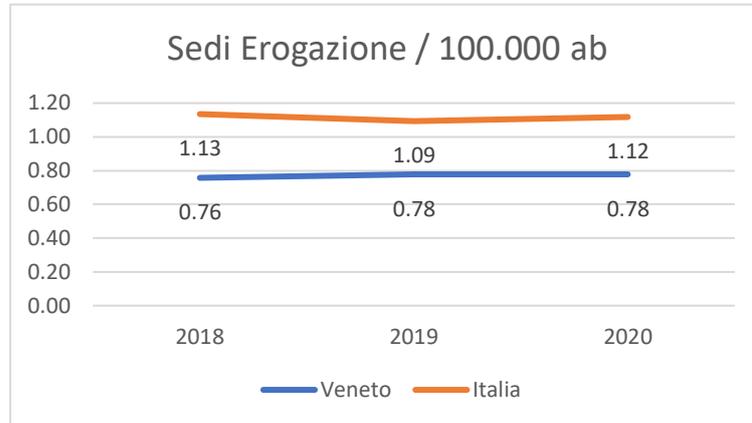
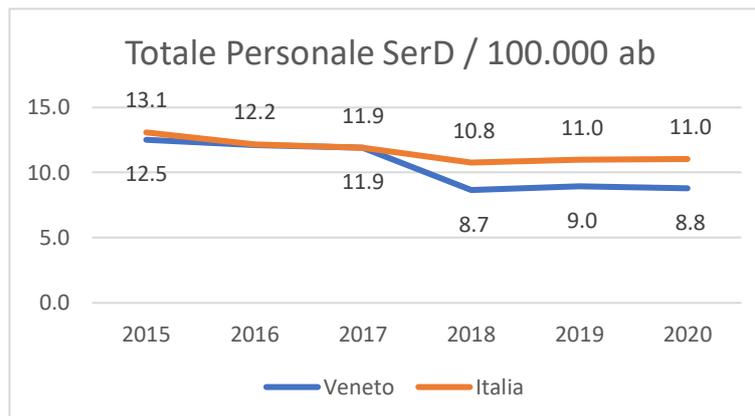


Grafico 4.2



In cui ad esempio queste sono le dotazioni specifiche dei SerD:

Grafico 4.3

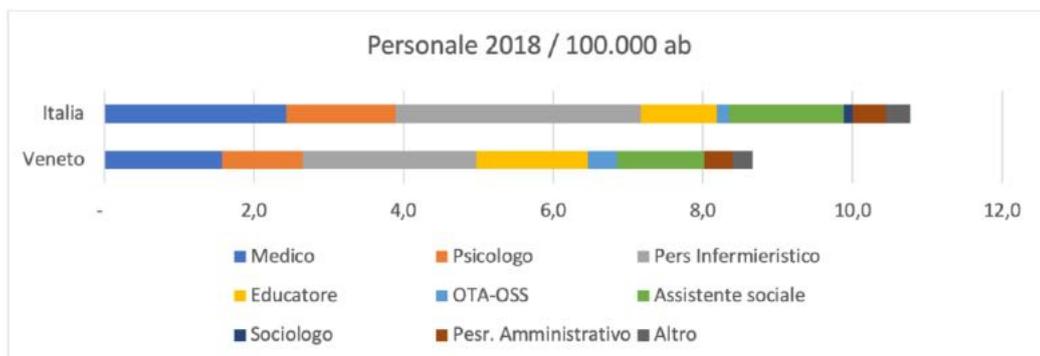


Grafico 4.4

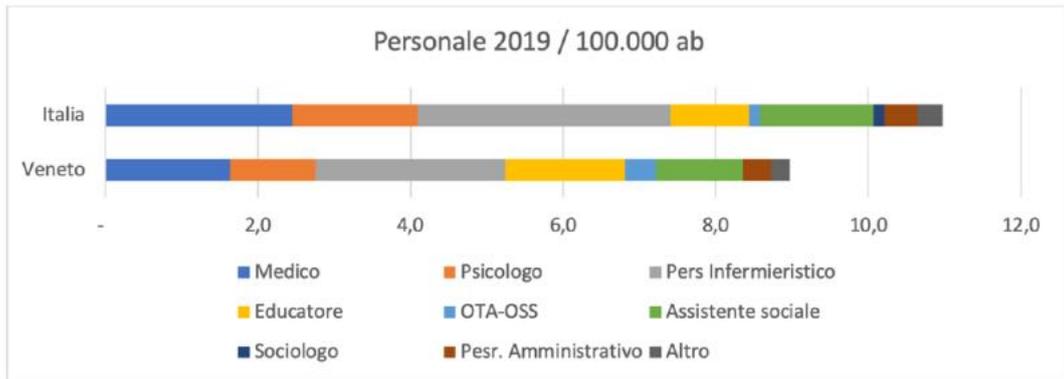


Grafico 4.5



Per quanto riguarda le doppie diagnosi il Report ci porta questi dati:

Grafico 4.6

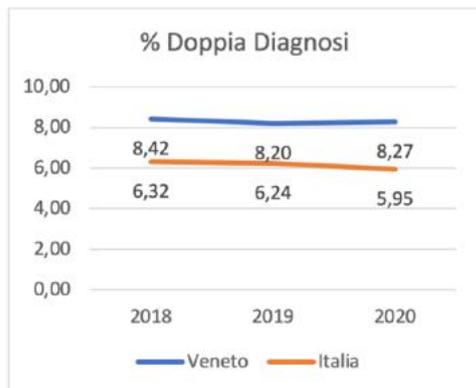


Grafico 4.7 e 4.8



5. Centro di salute mentale (C.S.M.)

Una ricognizione fatta a Luglio 2022 sui siti online delle diverse Ulss e sulle Carte dei Servizi reperibili sugli stessi ha mostrato un quadro di totale difformità fra di essi e con le indicazioni normative (oltre a segnalare la totale mancanza di informazioni per quel che riguarda alcuni di essi). In pratica nessuno risponde alle aperture prescritte con anche la presenza del medico. Alcuni rispondono alle ore ed ai giorni ma appoggiandosi per alcune ore su un medico esterno alla struttura; la grande maggioranza mostra aperture inferiori sia per quanto riguarda i giorni sia per quanto riguarda le ore e talvolta con il medico esterno alla struttura.

Alla fine, la pura apertura così come dichiarata sui 42 CSM censiti, mostra questo quadro:

Grafico 5.1

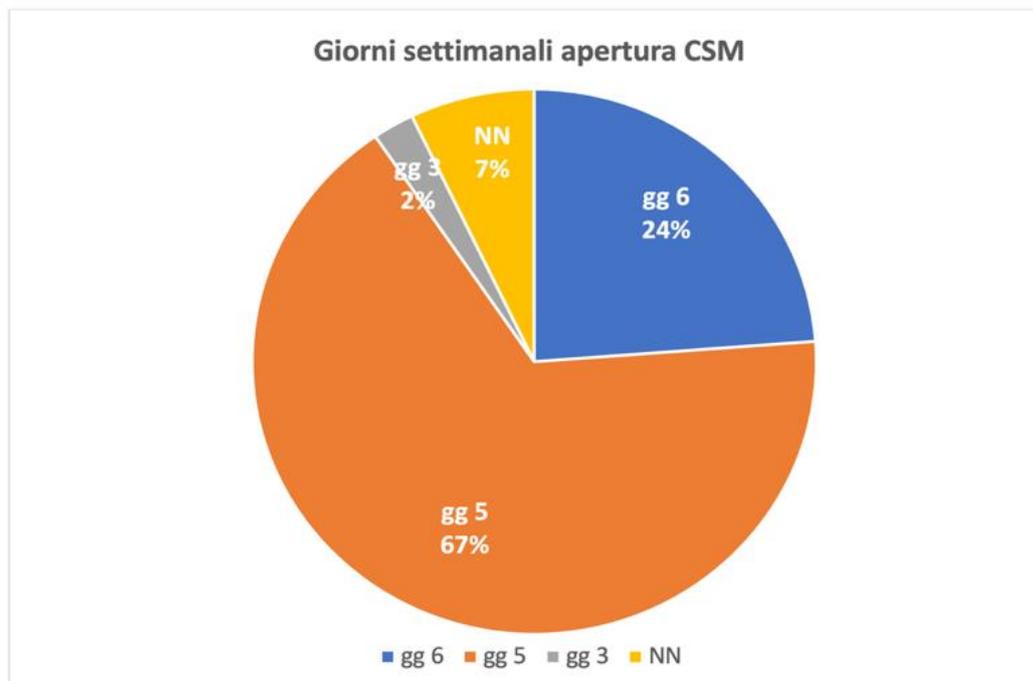
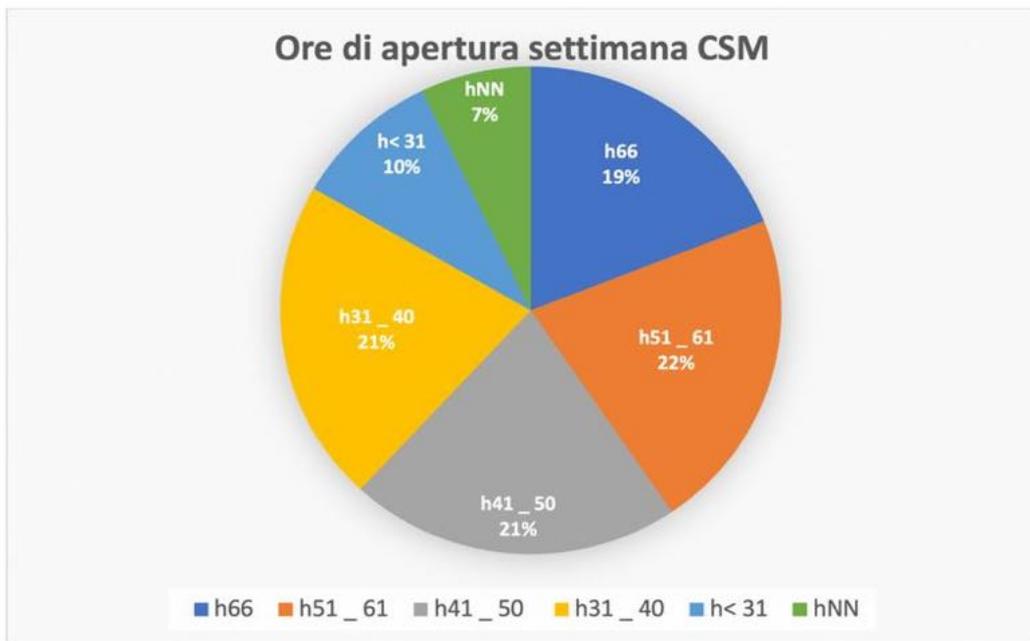
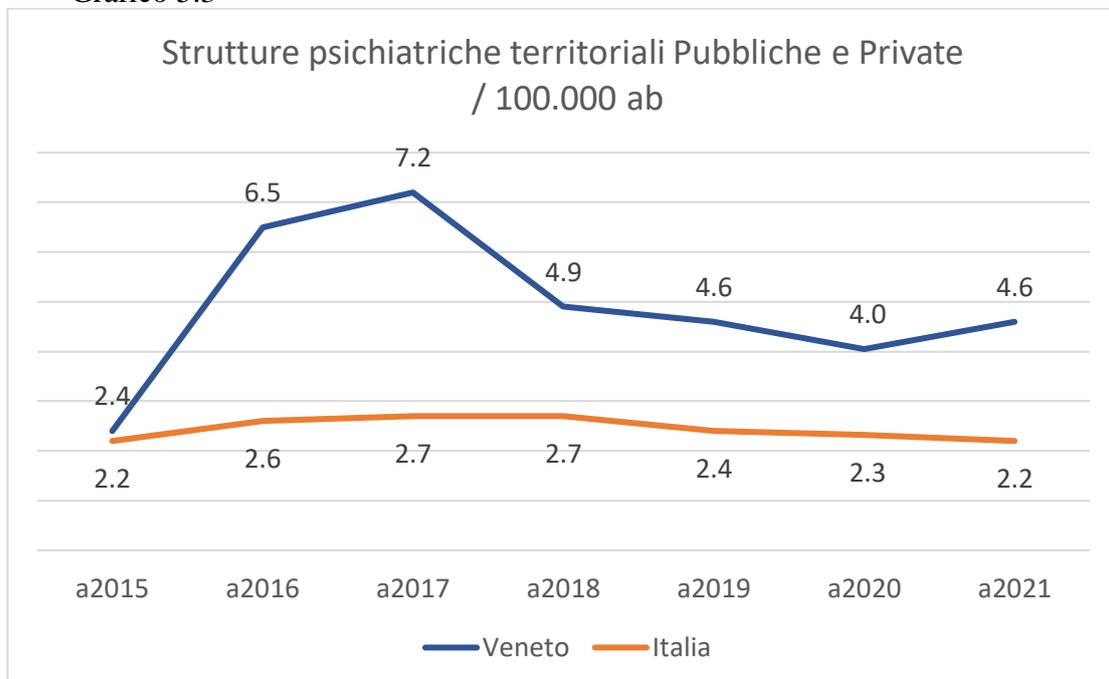


Grafico 5.2



È interessante seguire anche l'andamento che hanno avuto i Servizi territoriali nel corso degli anni, confrontandoli con l'analogo andamento a livello nazionale secondo quanto emerge dai dati SISM.

Grafico 5.3



È una rilevazione che suscita qualche legittimo dubbio.

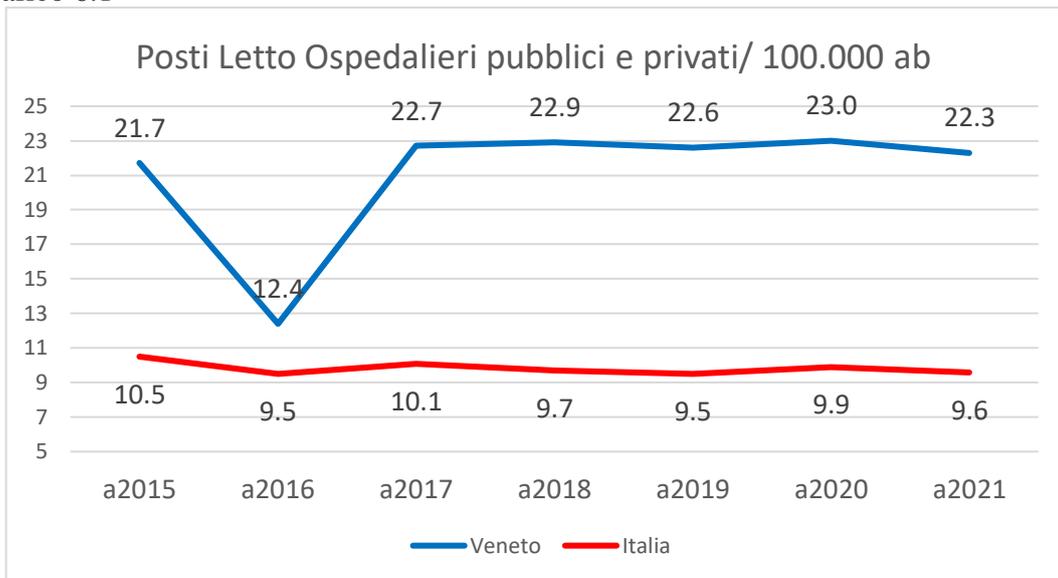
Non solo per le improbabili importanti variazioni negli anni. Mentre l'attuale diminuzione è coerente con quanto si osserva nei Servizi, i valori del 2016 e 2017 pongono numerosi interrogativi. Traducendoli in valori assoluti significano il passaggio da 97 strutture nel 2015 a 292 nel 2017 per raggiungere le 199 nel 2018, con oscillazioni difficili da immaginare.

A variazioni reali probabilmente vanno aggiunte variazioni in come sono considerate le varie strutture ai fini della rilevazione, vedendo Ambulatori di Salute Mentale che sono subentrati a CSM e Centri Diurni limitati ad una stanza.

6. Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (S.P.D.C.)

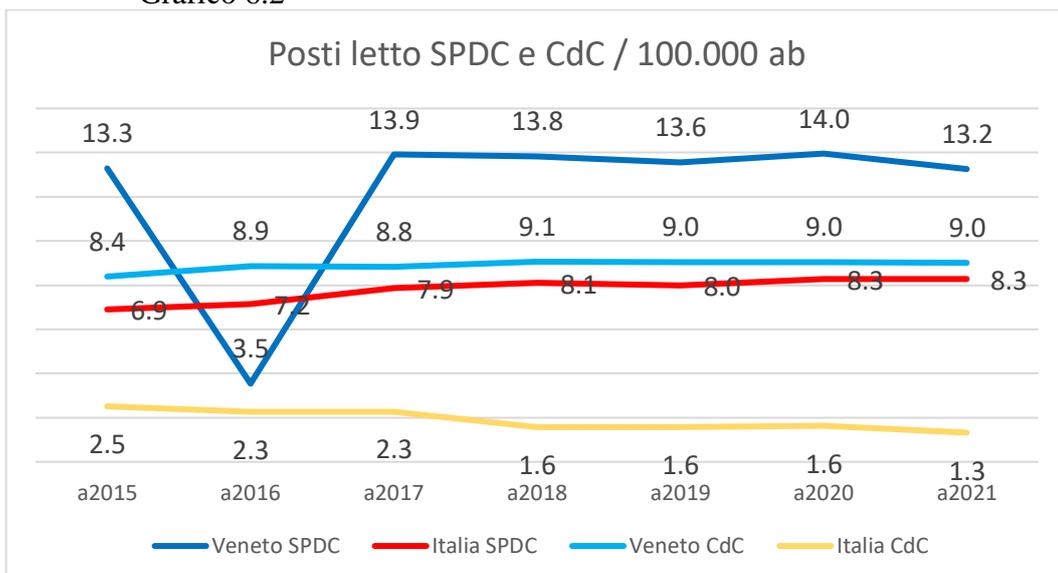
Se seguiamo i dati pubblicati nei vari report SISM, emergono ulteriori riflessioni a cominciare dai dati del 2016, spiegabili solo con un errato invio dei dati da parte della Regione. I posti letto nella Regione Veneto sono più del doppio rispetto alla media nazionale.

Grafico 6.1



Questo divario però acquista un diverso senso se operiamo una analisi con i dati SISM delle realtà pubbliche o private.

Grafico 6.2



Una analisi attenta dei posti letto per pazienti psichiatrici nel Veneto però mostra dati diversi.

Con le varie dotazioni delle Schede ospedaliere che si sono succedute dal 2013 al 2019 vi è stata una diminuzione negli SPDC e nei posti letto.

Nell'ambito delle strutture private è avvenuta la trasformazione di una serie di PL di specialità 040 in specialità 056 (riabilitazione) aumentando complessivamente i posti letto a disposizione.

Tabella 6.1

Tabella

		DGR 2122 anno 2013	DGR 614 del 2019		TOTALI	Tasso/ 100.000	SISM 2019	SISM 2020
		Specialità 040	Specialità 040	Specialità 056*	Con DRG Psichiatrici		Specialità 040	
Ve	Pubblici	495	379		379	9,24	568	573
Ve	Privati	369	149	250	399	9,73	372	372
It **	Pubblici				3488	7,48		
It **	Privati				420	0,90		

*Posti ex 040 (che identifica la specialità "Psichiatria") convertiti in posti di "Riabilitazione" psichiatrica, che di fatto producono DRG psichiatrici

**Il calcolo è fatto escluso il Veneto

7. strutture per **attività in regime semiresidenziale (centro diurno e/o day hospital)**

Il report SISM 2022 relativamente ai dati del 2020 riporta per il Veneto complessivamente 125 strutture semiresidenziali (DHT + CD), fra pubbliche e private, ma ulteriori informazioni non sono desumibili.

Questi i dati delle strutture semiresidenziali (CD e DHT), che sono in diminuzione

Grafico 7.2.3.1

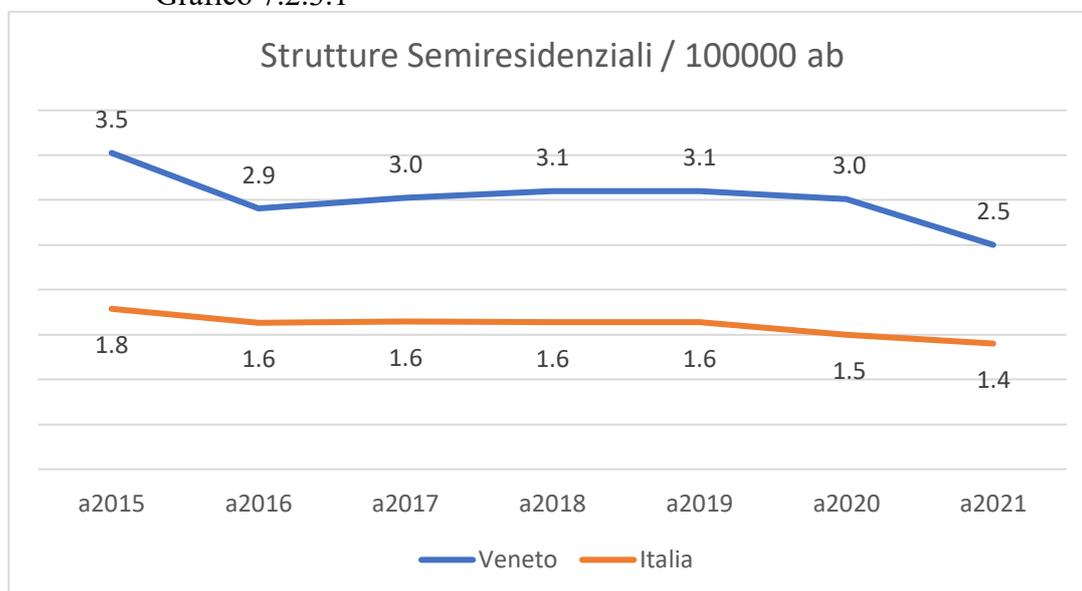


Tabella 7.1

Appendice - Tabella 6.1 Utenti presenti in strutture semiresidenziali psichiatriche - tasso standardizzato per 10.000 abitanti
Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2020

Regione	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
PIEMONTE	5,7	3,5	4,6
VALLE D'AOSTA	6,4	6,0	6,2
LOMBARDIA	7,4	4,5	6,0
PA BOLZANO	1,2	1,2	1,2
PA TRENTO	3,1	4,0	3,6
VENETO	9,1	7,6	8,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,6	2,6	1,6
LIGURIA	6,2	4,2	5,2
EMILIA ROMAGNA	4,2	3,4	3,8
TOSCANA	5,5	3,6	4,5
UMBRIA	7,8	6,0	6,9
MARCHE	4,8	3,0	3,8
LAZIO	7,2	4,4	5,7
ABRUZZO	6,9	3,3	5,0
MOLISE	2,0	1,0	1,5
CAMPANIA	2,3	1,3	1,8
PUGLIA	3,7	2,2	2,9
BASILICATA	2,4	1,7	2,1
CALABRIA	0,0	0,0	0,0
SICILIA	3,8	2,6	3,2
SARDEGNA	0,0	0,0	0,0

Tabella 7.2

Tabella 5.3 Posti in Strutture psichiatriche attive pubbliche e private
Fonte: Modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie (DM 5/12/2016) - STS24 - anno 2020

REGIONE	SEMIRESIDENZIALE		
	N. Strutture	Posti	
		Valore assoluto	Per 10.000 abitanti
PIEMONTE	43	1.357	3,7
VALLE D'AOSTA	2	31	2,9
LOMBARDIA	162	2.614	3,1
BOLZANO	5	84	1,9
TRENTO	1	4	0,1
VENETO	105	1.571	3,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	42	623	6,0
LIGURIA	19	369	2,8
EMILIA ROMAGNA	44	745	2,0
TOSCANA	66	1.520	4,8
UMBRIA	29	406	5,5
MARCHE	22	361	2,8
LAZIO	67	1.741	3,6
ABRUZZO	15	347	3,2
MOLISE	14	54	2,1
CAMPANIA	65	966	2,1
PUGLIA	59	1.158	3,5
BASILICATA	9	83	1,8
CALABRIA	8	112	0,7
SICILIA	49	756	1,9
SARDEGNA	9	153	1,1
ITALIA	835	15.055	3,0

Tabella 7.3

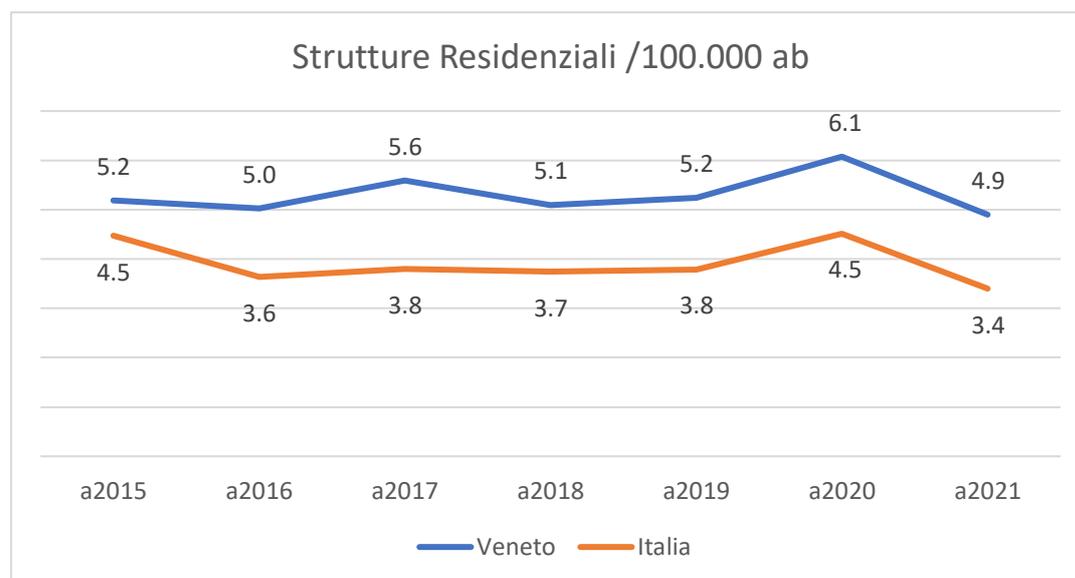
Utilizzo Centri diurni

Anno	Pazienti/Anno	Accessi/anno	Media	% Accessi	Tasso Pazienti/10000 - Tasso Pazienti/10.000		Tasso accessi/10.000		Tasso Accessi/10.000	
			Accessi/giorno	fatti/disponibili	Veneto	Italia	Veneto	Italia	Veneto	Italia
2015	4691	225749	941	67,4	11,44	4,83	550,61	318,41		
2016	2763	189039	750	53,7	6,7	4,4	439,3	325,9		
2017	2906	194663	811	58,1	7,1	4,4	475	291		
2018	2895	205634	857	61,3	7,1	4,3	501,8	277,1		
2019	2782	198200	826	59,1	6,8	4,3	483,6	287,5		
2020	2328	111989	467	33,4	5,6	3,7	268,8	189,3		
		Posti	Accessi possibili/giorno							
DRG 1616		1397	1397							
Nuova norma:		1646	2469							
% Utilizzo con nuova norma e uso storico (escluso 2020):				30,4 - 38,1						

8.. Strutture per attività in regime residenziale

Coerentemente con quanto descritto, i dati delle strutture residenziali mostrano nel Veneto un importante aumento

Grafico 8.1



9. La spesa dedicata nel Fondo Sanitario

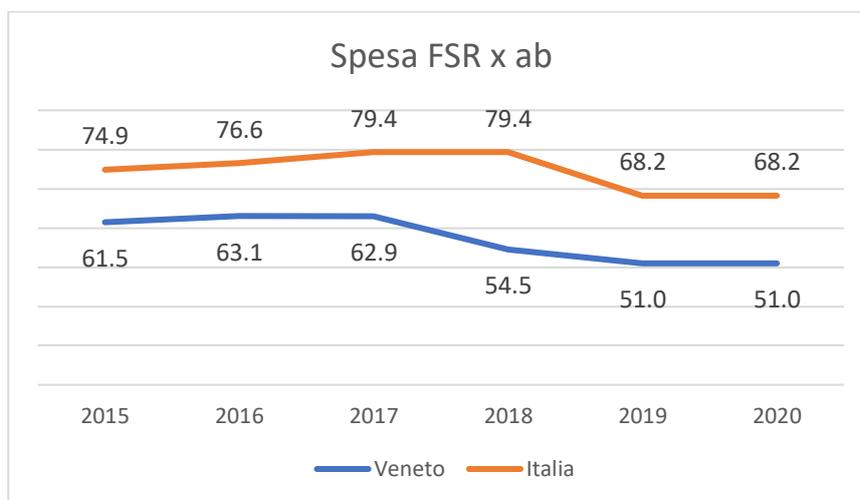
La 4080/2000 ribadiva il 5 % delle risorse complessive del Fondo Sanitario Regionale come limite adeguato per finanziare i servizi per la salute mentale, elemento ripreso anche nella DGR 651/2010.

La realtà di questi anni è stata ben diversa.

Se verifichiamo la spesa pro-capite del FSR destinato alla Salute mentale ne corso degli anni e lo verifichiamo con quello nazionale otteniamo il seguente grafico.

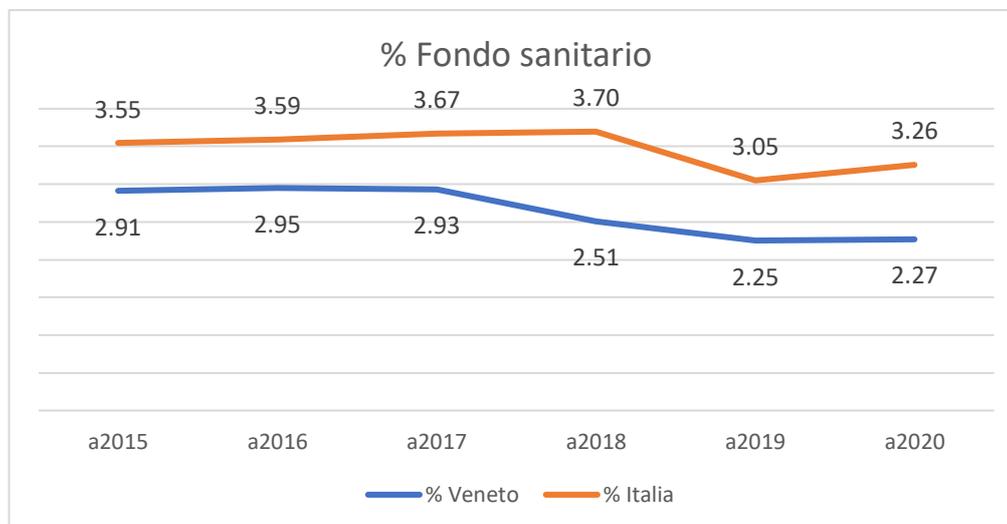
Purtroppo i dati SISM 2022 per il 2021 non portano aggiornamenti relativamente alla parte economica, che rimane così ferma al 2020

Grafico 9.1



Verificando la spesa del Veneto per la Salute Mentale in rapporto al valore complessivo del FSR e confrontandolo con quello del resto d'Italia rispetto al relativo FSN l'andamento è il seguente

Grafico 9.2



Non si è solo ben lontani dal 5% indicato negli stessi documenti normativi della Regione Veneto (ad esempio Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012 - Norme in materia di

programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016), ma anche dai valori proposti dalla media nazionale.

Per raggiungere la media nazionale (del 2020) di 3,26 % occorrerebbero € 91.550.000 annui.

Per raggiungere il 5% come da documenti nazionali e gli stessi documenti approvati dalla Regione Veneto occorrerebbero: € 252.033.000 annui.

Questo metro è importante perché ci chiarisce la reale entità e capacità di intervento relativamente ad alcuni provvedimenti economici proposti dalla Regione, che si rivelano del tutto marginali.

10. La Spesa nei singoli ambiti di intervento

È interessante vedere dove sono state consumate queste risorse, che permette di chiarire quali ambiti vengano valorizzati dalla Regione.

Gli andamenti delle singole voci di spesa sono:

Grafico 10.1 e 10.2

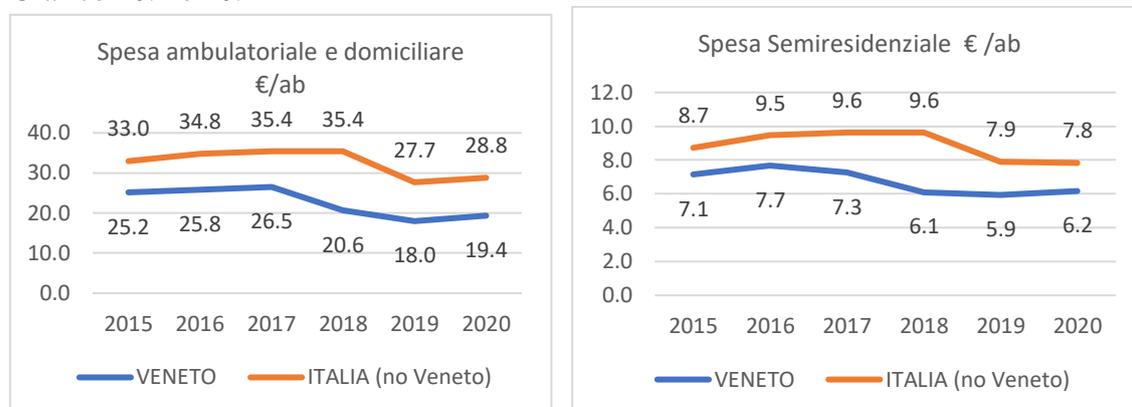
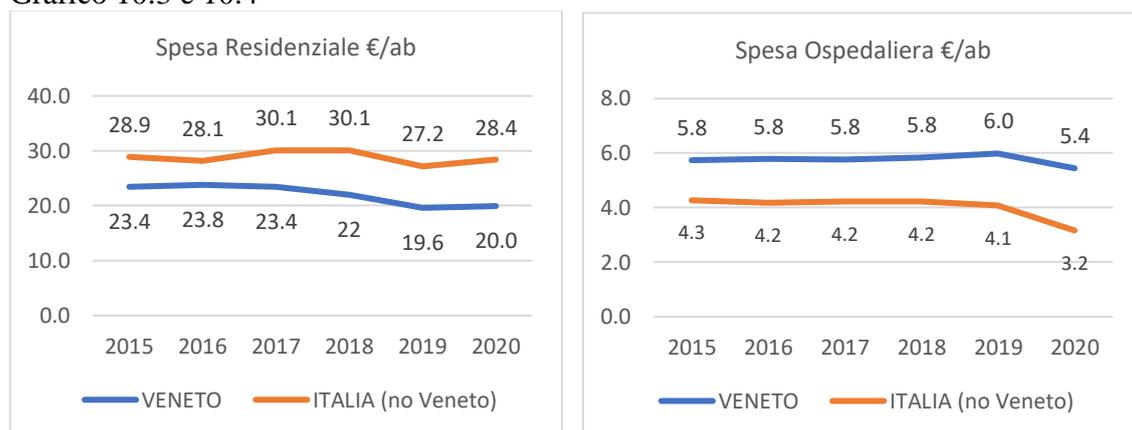


Grafico 10.3 e 10.4



È evidente il divario fra spesa Veneta e spesa Nazionale.

Tabella 10.1

Spesa /ab	Diff % Veneto/Italia 2015	Diff % Veneto/Italia 2020
Ambulatoriale e domiciliare	- 23,6	- 32,6
Semiresidenziale	- 18,4	- 20,6
Residenziale	- 19,1	- 29,6
Ospedaliera	+ 24,9	+ 40,1

Va tenuto presente che la diminuzione della spesa residenziale non è dovuto ad un minore utilizzo, ma ad una diminuzione delle rette giornaliere.

Questo il % delle singole voci rispetto al totale con una spesa ambulatoriale e residenziale percentualmente minore

Grafico 10.5 e 10.6

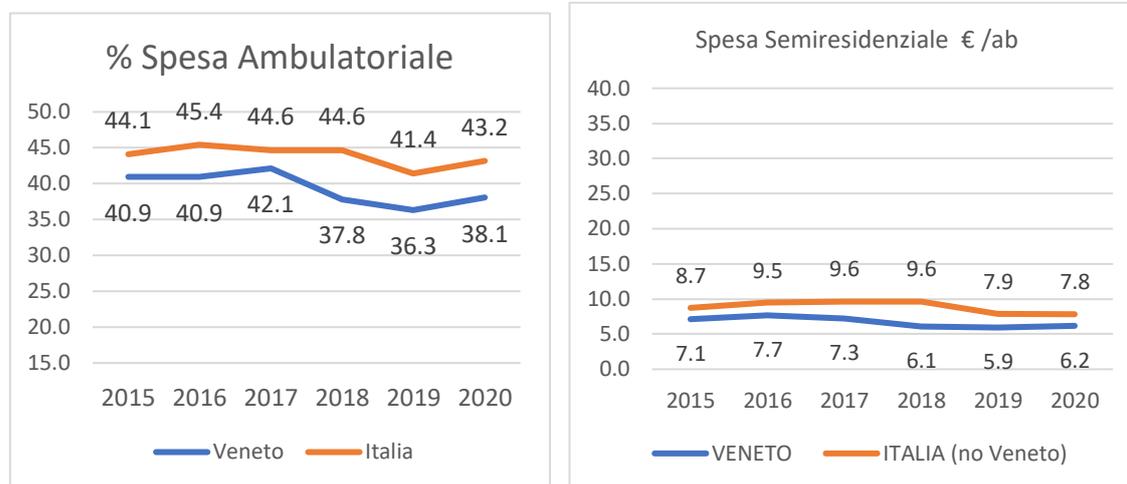
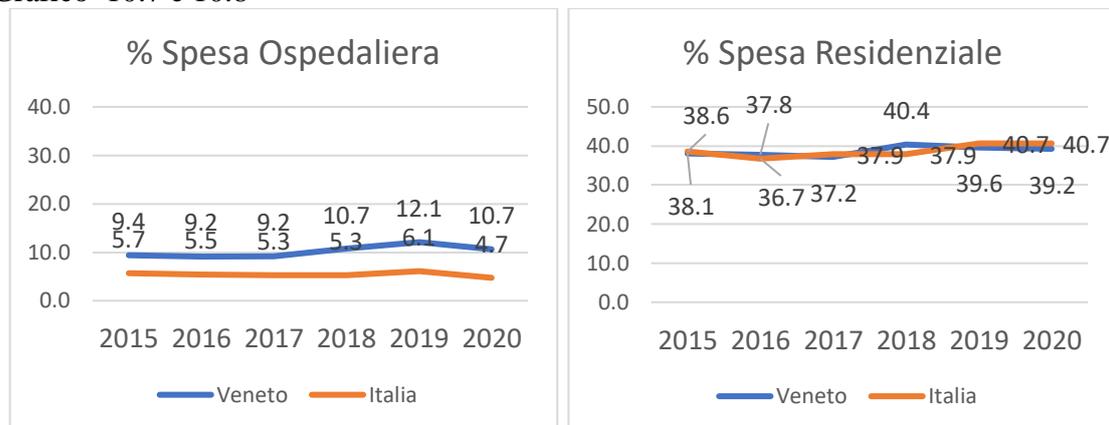


Grafico 10.7 e 10.8



Nel come sono ripartite le risorse, indipendentemente dal loro valore assoluto, si confermano alcune caratteristiche del divario fra spesa Veneta e spesa Nazionale.

Tabella 10.2

Spesa /ab	Diff % Veneto/Italia 2015	Diff % Veneto/Italia 2020
Ambulatoriale e domiciliare	- 7,3	- 10,1
Semiresidenziale	- 18,4	- 20,1
Residenziale	- 1,3	+ 3,7
Ospedaliera	+ 39,4	+ 56,1

In pratica, mentre la tabella .. ci mostra che la minore spesa assoluta del Veneto, nel confronto con il quadro nazionale ha privilegiato la spesa ambulatoriale, destinando risorse all'Ospedale, questa tabella ci segnala che le poche risorse disponibili hanno comunque penalizzato ulteriormente attività ambulatoriale e semiresidenziale, salvaguardando la residenzialità e premiando i ricoveri

In particolare è preoccupante la crescita della spesa ospedaliera (in diminuzione dei posti letti pubblici), peraltro poi diminuita probabilmente in relazione alla pandemia che ha abbattuto i ricoveri al di fuori dei reparti specialistici

11. I dati regionali del personale da SISM

Grafico 11.1 e 11.2

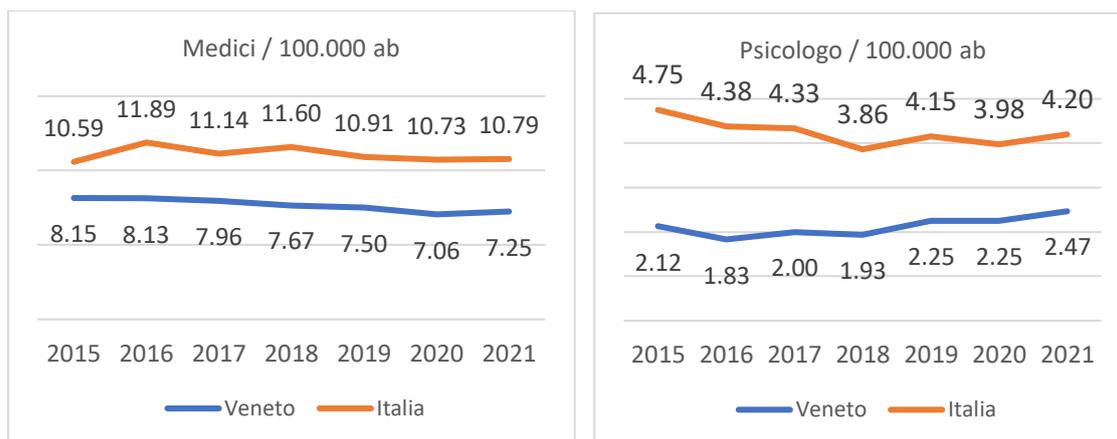


Grafico 11.3 e 11.4

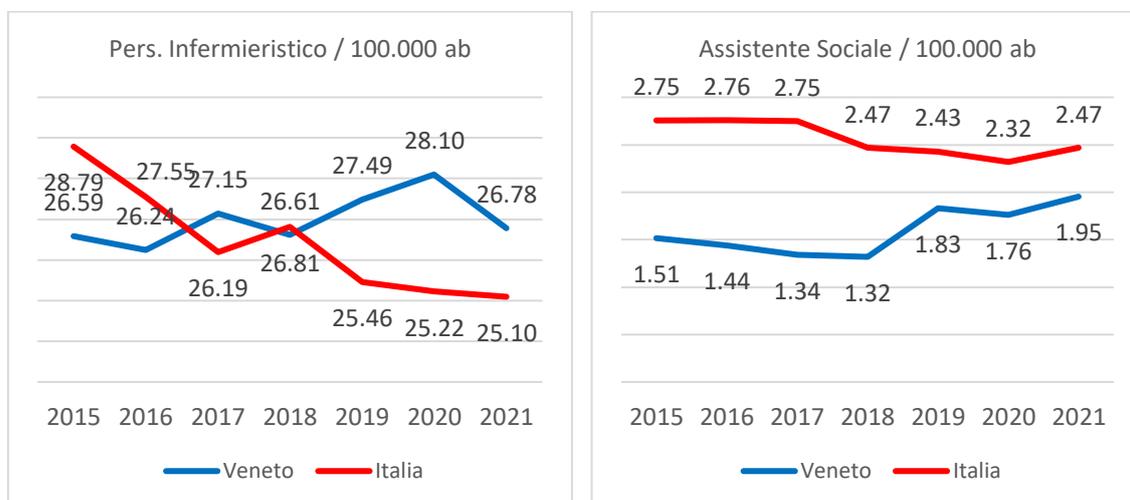


Grafico 11.5 e 11.6

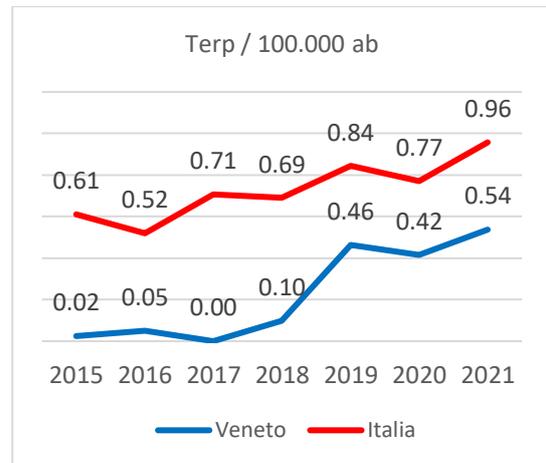
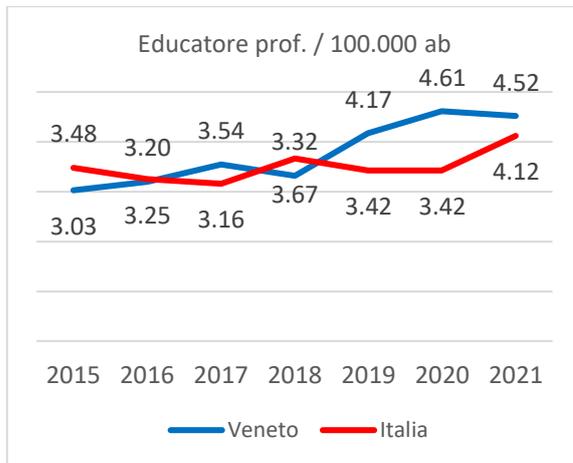


Grafico 11.7 e 11.8

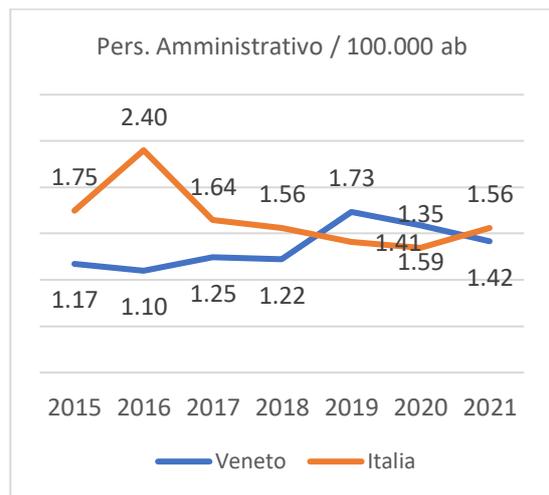
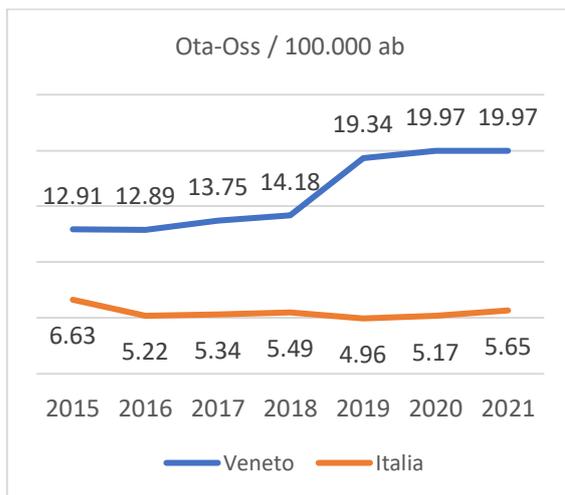
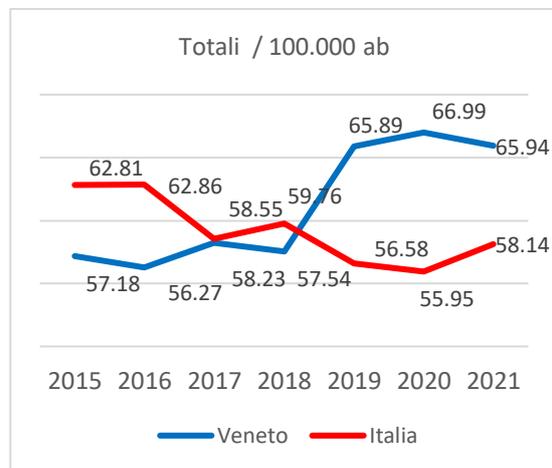
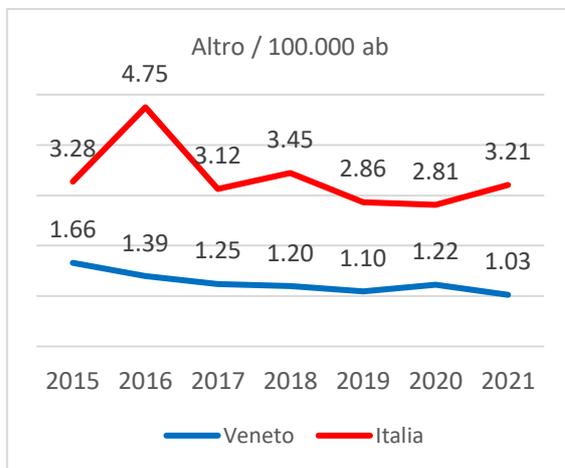


Grafico 11.9 e 11.10



12 I dati Regionali reali del personale

In realtà l'esame dei dati grezzi ha permesso di confermare la presenza di anomalie nella gestione dei dati, facilmente rilevabili peraltro

Se si confronta infatti il numero dei Convenzionati nel personale del DSM a livello nazionale (tolto il Veneto) e nel Veneto emergeva una situazione a dir poco improbabile che faceva riferimento alla tabella del Conto Economico inviato dalle Ulss del Veneto per quanto riguarda il personale dei Dipartimenti

Tabella: 12.1 Situazione DSM 2020

	Dipendenti	Convenzionati	%
Italia (no Veneto)	25514	661	2,5
Veneto	2029	603	22,9

Fra l'altro riguarda figure professionali per le quali usualmente le Ulss non attuano rapporti di convenzione.

Verificando la tabella 1D (riservata al personale dipendente o direttamente convenzionato con le strutture pubbliche) vi evidenzia per le Ulss 2 e 9 una quantità importante di personale convenzionato per tutte le figure professionali. Questa non ha riscontro effettivo nel personale che opera direttamente nel Dipartimento Salute Mentale (DSM), non può essere per tipologia personale della Azienda Ospedaliera o Università (oltre al fatto che queste non riguardano la Ulss 2 e mancano nella tabella della Ulss 6). La ipotesi più verosimile è che sia personale delle strutture del Privato Sociale convenzionato con la Ulss erroneamente caricato in questa Tabella. Già alcuni anni or sono era stato fatto notare alle Ulss questo caricamento anomalo che non è più presente in nessuna altra Ulss. Questo personale è stato computato nel quadro generale SISM, generando costantemente negli anni per il Veneto dati errati all'interno delle analisi SISM

La Ulss 9 non segna nelle tabelle del Conto Economico la qualifica di psichiatra nel personale medico nel 2020, portando ad una percentuale importante di personale non specializzato nei dati inviati al SISM. Non compare invece tale mancanza nei dati nel 2019 per cui non si comprende il dato anomalo nel SISM relativamente ai dati del 2019 dove emerge una parte importante di medici nei Servizi del Veneto senza specializzazione in psichiatria che non ha riscontro nei dati inviati (vedi tabella 3).

Anche i dati della Tabella 1D bis 2020 presentano dati dubbi con una importante differenza fra i tassi nazionali (Veneto escluso) ed i dati Veneti, che fanno pensare o un non corretto caricamento dei dati delle altre regioni o ad un non corretto invio dei dati Veneti che, in talune situazioni nei dati grezzi, sembrano essere stati generati sommando pubblico e privato

Tabella 12.2 Situazione Privato Convenzionato 2020

	Personale	Tasso / 100000
Italia	10.341	23,0
Veneto	1.835	45,9

I dati relativi alle singole figure del personale del DSM vanno così rivisti (i dati comprendono anche il personale ospedaliero ed universitario di Padova e Verona)

Tabella 12.3 – anno 2021

ANNO 2020 (tassi 100.000)	Errati SISM	Regione reali	Italia	% Italia	Mancano
Medico	7,06	7,03	10,5	33,0	142,4
Psicologo	2,25	1,43	3,9	63,3	101,4
Personale Infermieristico	28,1	24,27	25,7	5,6	58,7
Assistente Sociale	1,76	1,55	2,3	32,6	30,8
Educatore/animatore	4,61	2,69	3,6	25,3	37,4
Terp	0,42	0,05	0,7	92,9	26,7
OSS/OTA	19,97	10,67	6,4	-66,7	-175,3
Personale Amministrativo	1,35	0,86	1,4	38,6	22,2
Altro	1,22	0,71	2,7	73,7	81,7

13 I dati del personale delle singole Ulss

Questi i dati relativi alle singole Ulss con i dati corretti ed integrati con il personale ospedaliero ed universitario di Padova e Verona

Grafico 13.1 e 13.2

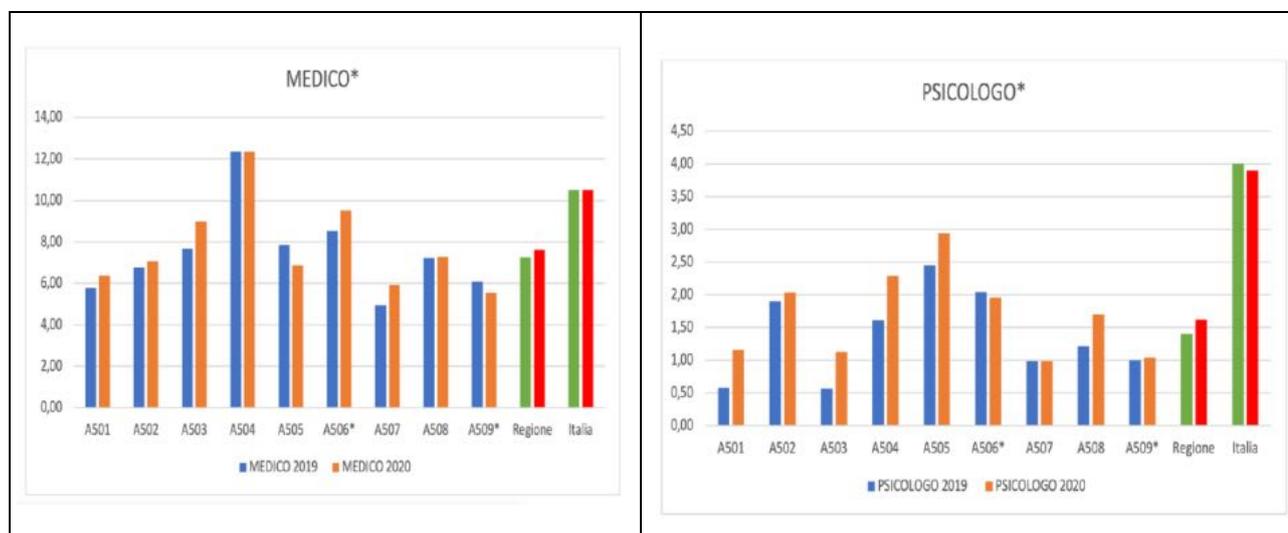


Grafico 13.3 e 13.4

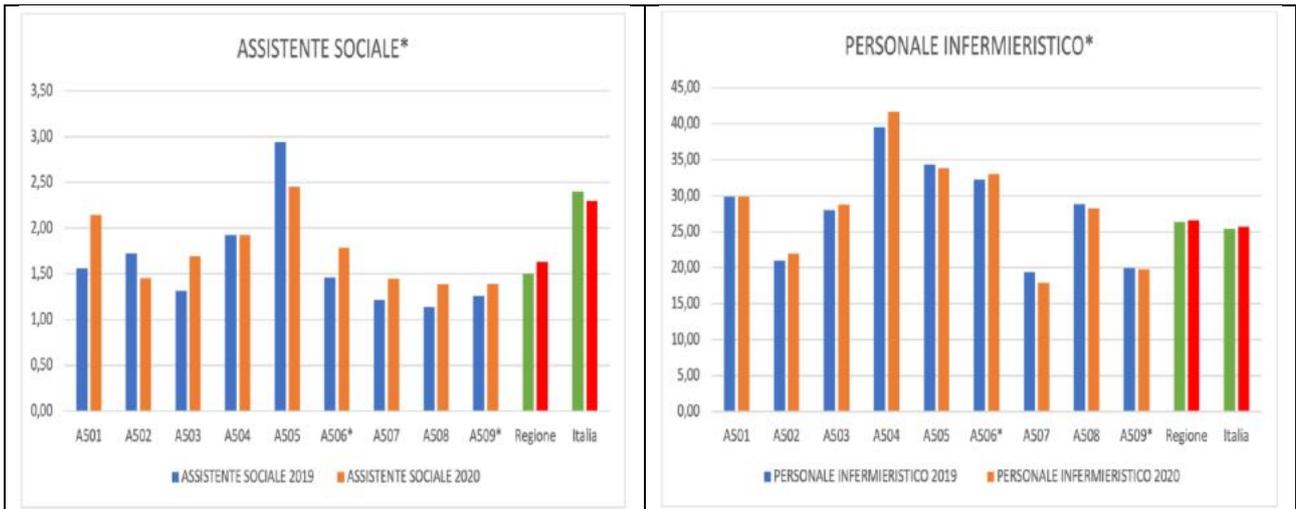


Grafico 13.5 e 13.6

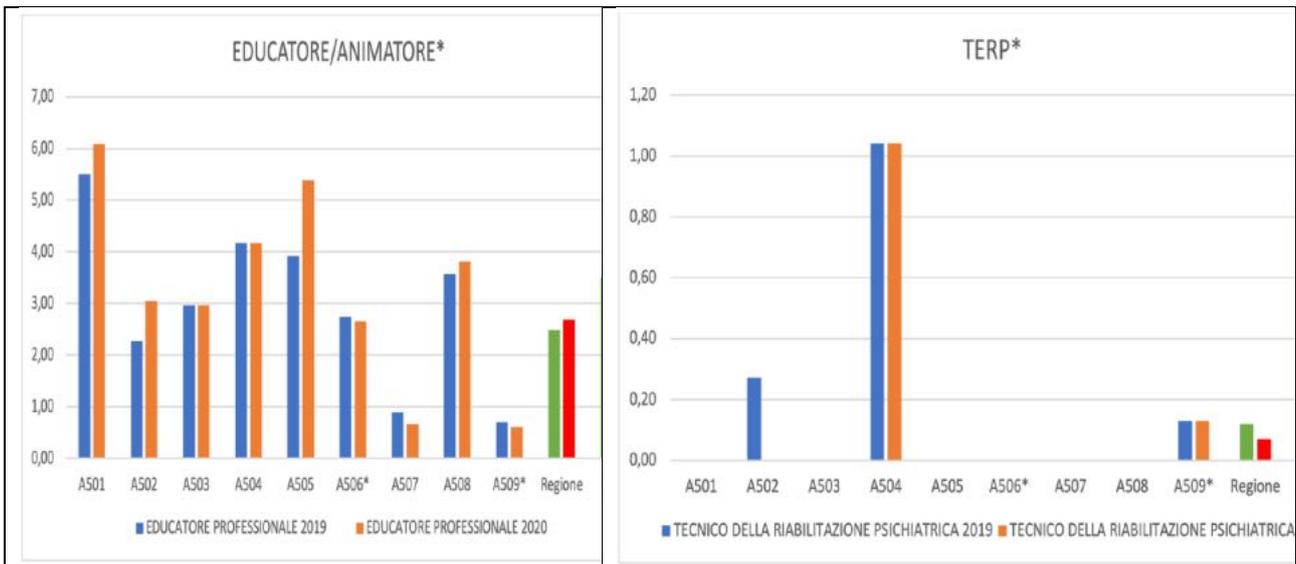


Grafico 13.7 e 13.8

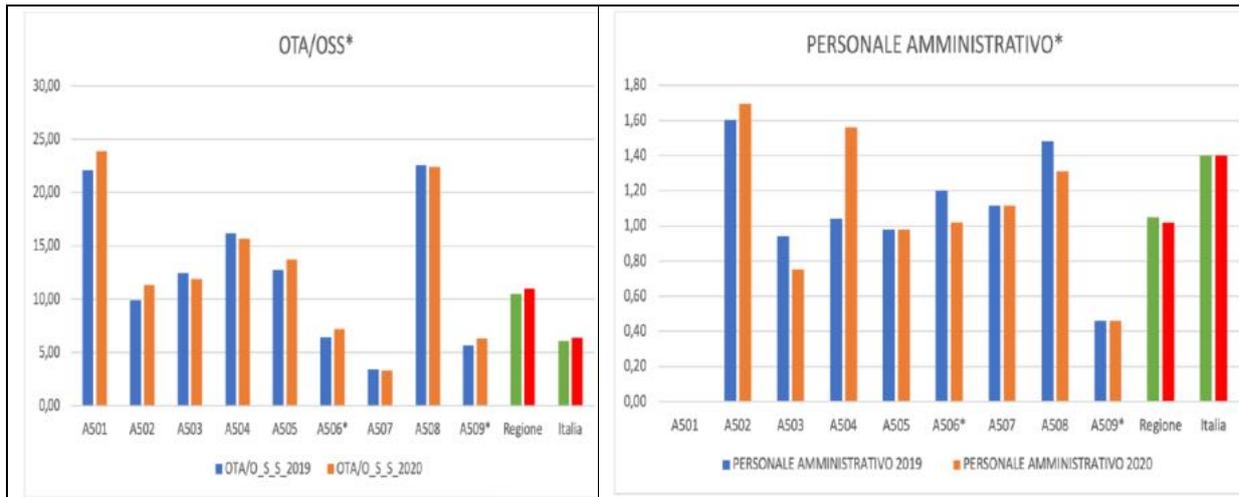
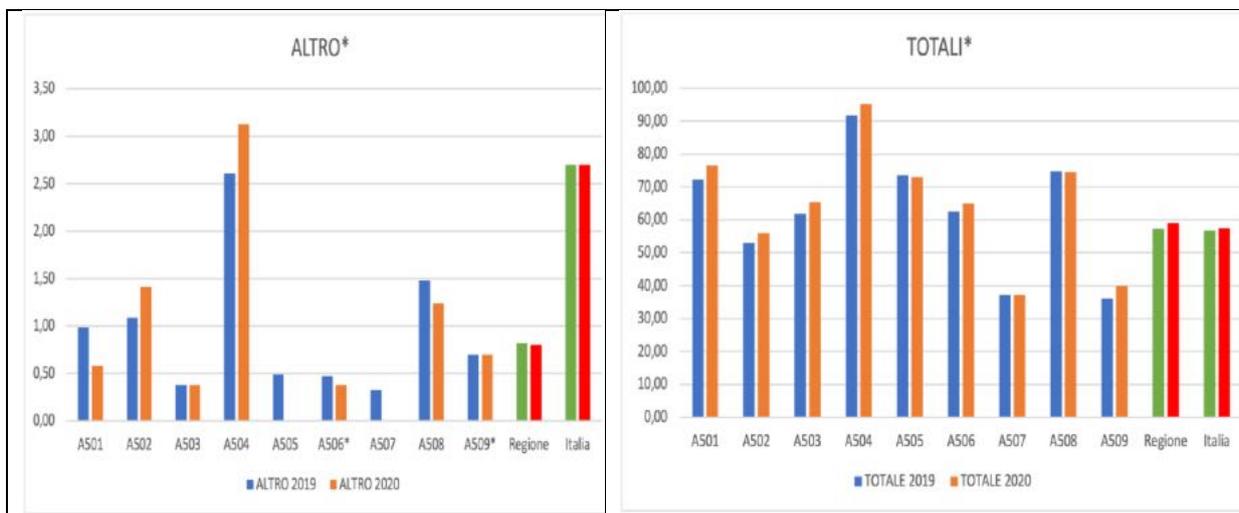


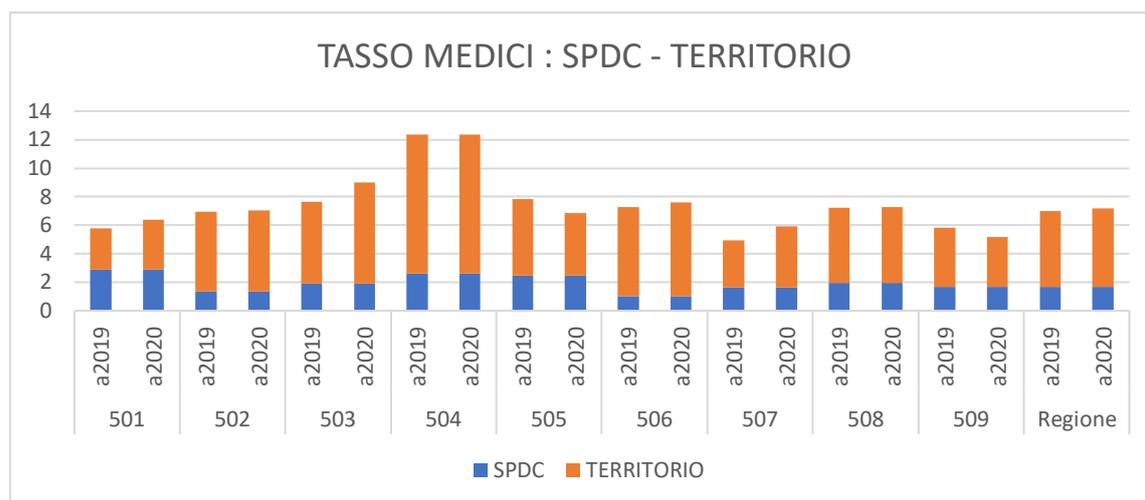
Grafico 13.9 e 13.10



Questi dati colpiscono anche per le importanti differenze delle dotazioni nelle diverse Ulss, che sembrano negare un modello unitario di psichiatria e la possibilità di erogare in modo omogeneo le prestazioni LEA

Se calcoliamo il personale medico necessario per i Servizi SPDC nella Ulss (calcolando secondo Deliberazione Giunta Regionale (DGR) 1616/2008 12 ore di presenza di solo 1 medico per 6 gg la settimana) otteniamo questa ripartizione delle risorse mediche da destinare al territorio

Grafico 13.11 anno 2020



14. Il personale mancante

Complessivamente, per raggiungere i tassi nazionali 2019 (che indicavano una spesa del 3,0 % del Fondo Sanitario Nazionale, e quindi ben lontano dal 5% indicato da documenti nazionali e regionali come corretto standard di riferimento – ricordiamo che il Veneto era al 2,24% del Fondo Sanitario Regionale) mancherebbero al personale del Veneto 2020:

Tabella 14.1 – anno 2021

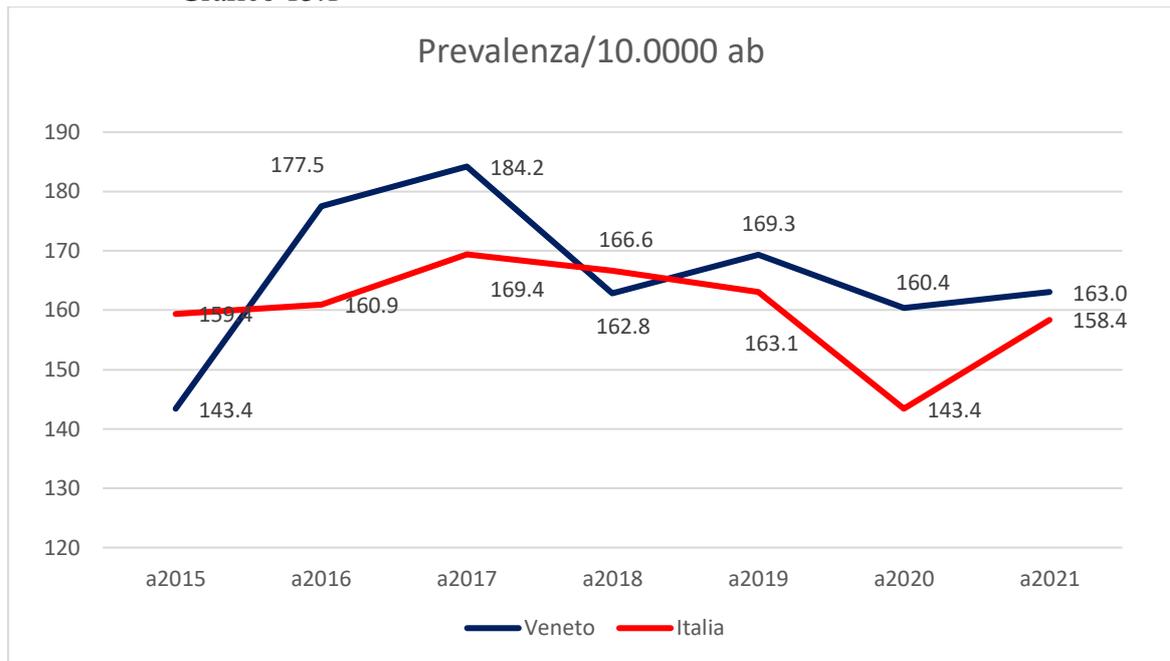


ANNO 2020 (tassi 100.000)	Errati SISMI	Regione reali	Italia	% Italia	Mancano
Medico	7,06	7,03	10,5	33,0	142,4
Psicologo	2,25	1,43	3,9	63,3	101,4
Personale Infermieristico	28,1	24,27	25,7	5,6	58,7
Assistente Sociale	1,76	1,55	2,3	32,6	30,8
Educatore/animatore	4,61	2,69	3,6	25,3	37,4
Terp	0,42	0,05	0,7	92,9	26,7
OSS/OTA	19,97	10,67	6,4	-66,7	-175,3
Personale Amministrativo	1,35	0,86	1,4	38,6	22,2
Altro	1,22	0,71	2,7	73,7	81,7

15. Incidenza e prevalenza secondo flusso APT

Nell'ambito della prevalenza (i pazienti che accedono alle strutture nel corso dell'anno) e della incidenza (le nuove prese in carico) non ci sono particolari osservazioni nei dati SISM, correttamente descritti dal documento SIEP. Si pone sostanzialmente in linea con la media nazionale anche se mostra oscillazioni che sarebbero da comprendere con una analisi di dettaglio dei dati.

Grafico 15.1

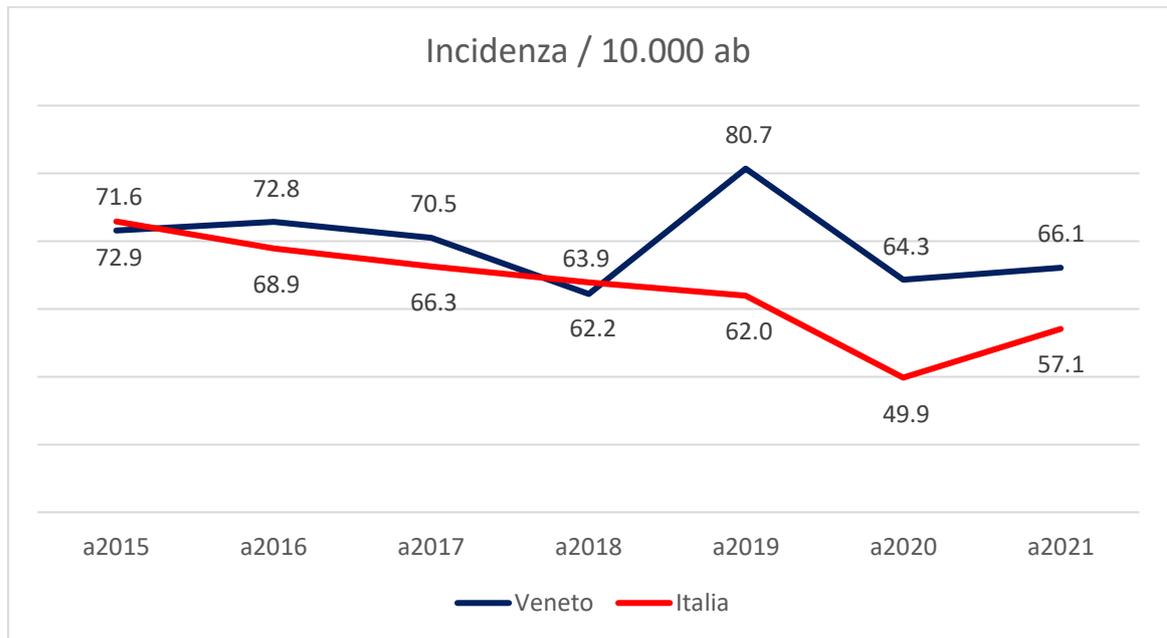


Non entriamo nelle analisi di dettaglio delle singole diagnosi, dove peraltro non si notano differenze significative rispetto alla media nazionale, per vari motivi:

1) Si tratta in genere di diagnosi fatte da singoli specialisti e non da equipe, ed utilizzando metodologie cliniche senza appoggiarsi a valutazioni testistiche e/o interviste semistrutturate, con tutti i limiti delle valutazioni soggettive. La letteratura ha ampiamente sottolineato la scarsa correlazione fra diagnosi formulate da specialisti diversi, pur utilizzando analoghi sistemi di riferimento

2) Per paradosso laddove il terapeuta rimanga stabile, raramente la diagnosi una diagnosi viene rivista e verificata nel tempo

Grafico 15.2

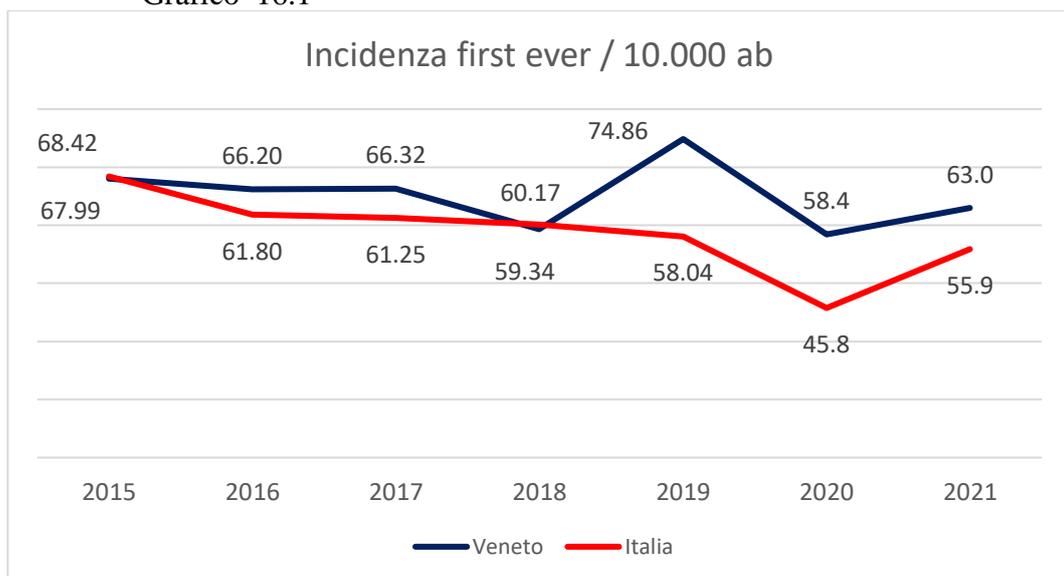


Si tratta di un dato che risente di più fattori che si intrecciano: la capacità di attrazione da parte dei servizi ed il grado di malessere nella popolazione. Da tenere presente che prevalenza ed incidenza sono ben lontani da quanto suggeriscono i dati relativi al consumo degli psicofarmaci (vedi 2.3.)

16. Incidenza First ever

L'andamento delle situazioni *first ever* (pazienti che per la prima volta in assoluto vengono a contatto con i Servizi) è sempre stata superiore a quella nazionale mostrando una condizione importante di sofferenza e di richiesta ai servizi

Grafico 16.1



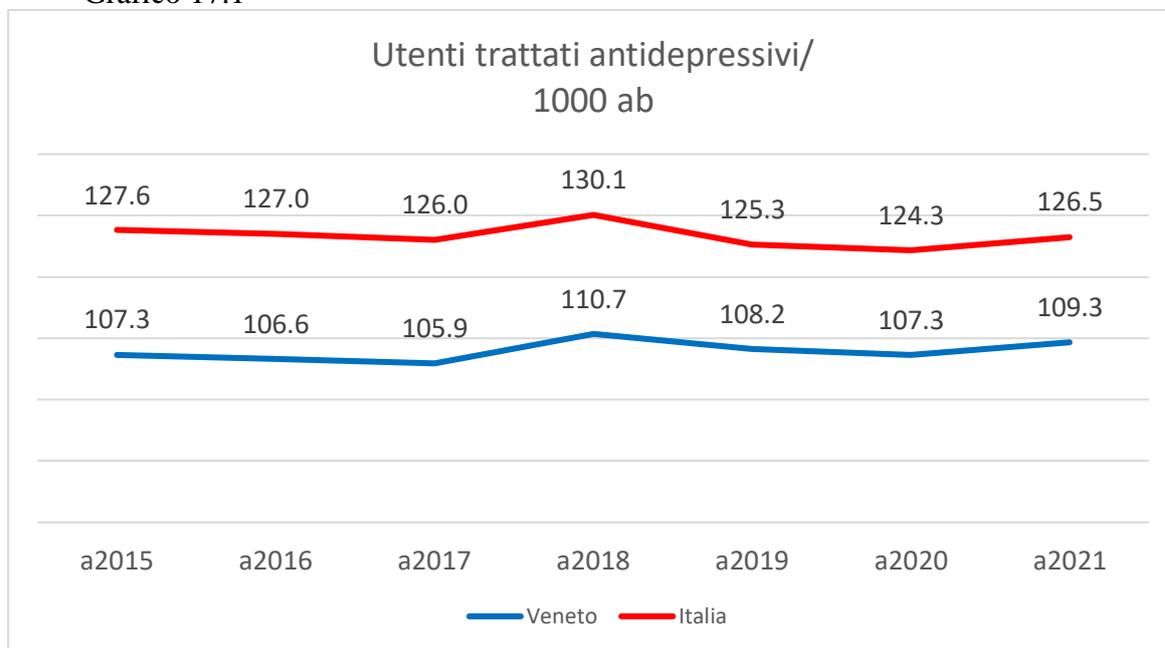
17. Il dato della prevalenza secondo il Flusso della Farmaceutica

I dati SISIM riportano dati dai database regionali della farmaceutica per Antidepressivi, Antipsicotici e Lito, sia per quanto riguarda la distribuzione convenzionata sia per quella diretta, da cui forse sono escluse alcune modalità di gestione delle terapie nel Veneto nelle

strutture psichiatriche in cui spesso viene attuata una specifica modalità di distribuzione diretta dalle strutture.

I dati degli antidepressivi mostrano questo andamento:

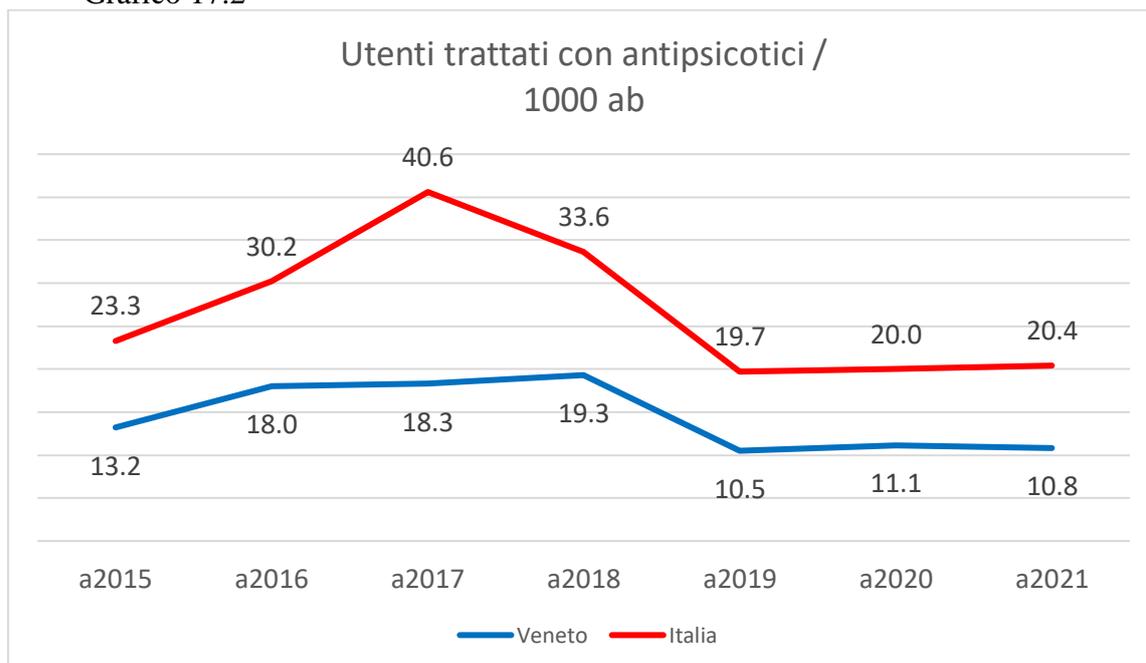
Grafico 17.1



Si tratta di un valore molto importante che corrisponde come valore assoluto di oltre 450.000 persone! L'utilizzo degli antidepressivi per varie condizioni psicopatologiche non permette di identificare direttamente questi utenti come depressi. Di fatto si tratta di un numero comunque molto ampio, a testimonianza di livelli diffusi di malessere.

Anche il dato degli antipsicotici è importante.

Grafico 17.2



In valori assoluti corrisponde a 80.000 persone, e, considerato che in questo caso l'uso dovrebbe avere indicazioni più specifiche, il dato fa interrogare su due aspetti comunque

importanti che non sono stati approfonditi: la appropriatezza prescrittiva e la reale entità della sofferenza psichiatrica psicotica nel Veneto e del suo rapporto con quanto viene intercettato dai servizi.

È da notare che i due dati sono in crescita, a differenza dei dati della incidenza e della prevalenza che invece mostrano una flessione.

Se seguiamo i dati del SER relativamente all'uso del Litio nel disturbo bipolare troviamo un suo utilizzo nel 27% di casi di BD (contro Stati come UK che lo utilizzano nel 60%)

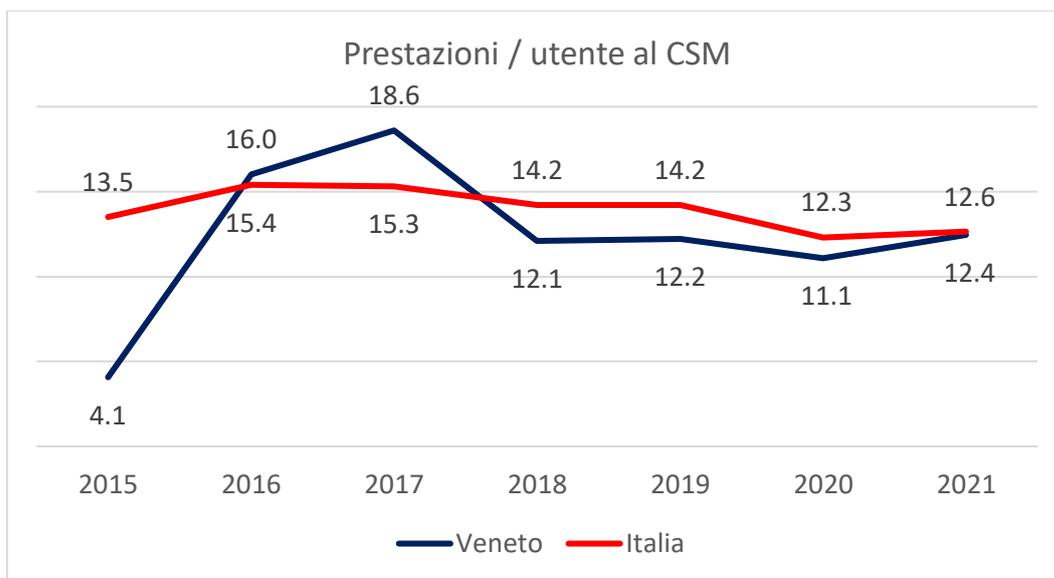
La Clozapina sarebbe utilizzata nella Schizofrenia nel 2,8% dei casi, dato che meriterebbe un serio approfondimento dal momento che è ritenuta dalle varie linee guida farmaco di elezione per le schizofrenie resistenti, ben superiori al 2,8%.

Anche questi sono dati che meriterebbero un serio approfondimento da parte della Regione, del tutto silente al riguardo

18. Le attività territoriali

Questo il quadro delle prestazioni erogate dal CSM

Grafico 18.1



I dati SISM mostrano un peggioramento nel tempo di questo valore

Quello che è più preoccupante è in ogni caso uno spostamento relativamente al tipo delle prestazioni, con il forte impoverimento degli aspetti terapeutici e l'incremento verso interventi assistenziali e riabilitativi da lungo assistenza per cronicità residuale.

Per l'anno 2020 il SISM fornisce il seguente dato:

Tabella 18.1

Tabella 8.7 – Distribuzione regionale delle prestazioni erogate per fasce di prestazione

Regione	Assistenziale		Diagnostiche		Socio-riabilitativo		Terapeutiche		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
PIEMONTE	139.794	19,7%	5.669	0,8%	74.708	10,5%	490.750	69,0%	710.921	100,0%
VALLE D'AOSTA	3	0,0%	6.450	30,8%	1.183	5,6%	13.320	63,6%	20.956	100,0%
LOMBARDIA	100.216	5,9%	16.307	1,0%	441.352	26,0%	1.140.021	67,1%	1.697.896	100,0%
PROV. AUTON. BOLZANO	5.618	4,3%	4.577	3,5%	12.057	9,2%	109.316	83,1%	131.568	100,0%
PROV. AUTON. TRENTO			24.056	26,0%			68.310	74,0%	92.366	100,0%
VENETO	163.394	21,4%	16.330	2,1%	342.293	44,9%	239.986	31,5%	762.003	100,0%
FRIULI VENEZIA GIULIA	28.323	6,3%	1.802	0,4%	50.936	11,2%	371.742	82,1%	452.803	100,0%
LIGURIA	26.794	8,1%	4.581	1,4%	41.716	12,6%	257.231	77,9%	330.322	100,0%
EMILIA ROMAGNA	48.922	4,3%	5.233	0,5%	100.677	8,8%	987.915	86,5%	1.142.747	100,0%
TOSCANA	118.657	15,2%	21.207	2,7%	180.866	23,2%	458.902	58,9%	779.632	100,0%
UMBRIA	6.200	3,3%	1.491	0,8%	21.761	11,6%	157.914	84,3%	187.366	100,0%
MARCHE	20.655	9,8%	2.229	1,1%	31.808	15,2%	155.204	73,9%	209.896	100,0%
LAZIO	67.925	10,4%	32.529	5,0%	56.011	8,5%	499.707	76,2%	656.172	100,0%
ABRUZZO	6.350	6,9%	4.063	4,4%	6.647	7,2%	75.464	81,6%	92.524	100,0%
MOLISE	1.814	3,6%	1.535	3,1%	4.901	9,8%	41.774	83,5%	50.024	100,0%
CAMPANIA	69.429	10,1%	16.566	2,4%	99.322	14,5%	500.688	73,0%	686.005	100,0%
PUGLIA	43.504	8,3%	14.803	2,8%	48.083	9,2%	419.059	79,8%	525.449	100,0%
BASILICATA	4.626	8,9%	1.301	2,5%	6.640	12,8%	39.427	75,8%	51.994	100,0%
CALABRIA										
SICILIA	39.309	8,4%	15.951	3,4%	72.912	15,5%	342.406	72,8%	470.578	100,0%
SARDEGNA	4.279	1,5%	964	0,3%	21.426	7,6%	254.292	90,5%	280.961	100,0%
ITALIA	895.812	9,6%	197.644	2,1%	1.615.299	17,3%	6.623.428	71,0%	9.332.183	100,0%

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2021

Se elaboriamo in forma visiva la differenza nella tipologia di prestazioni otteniamo i seguenti grafici:

Grafico 18.2

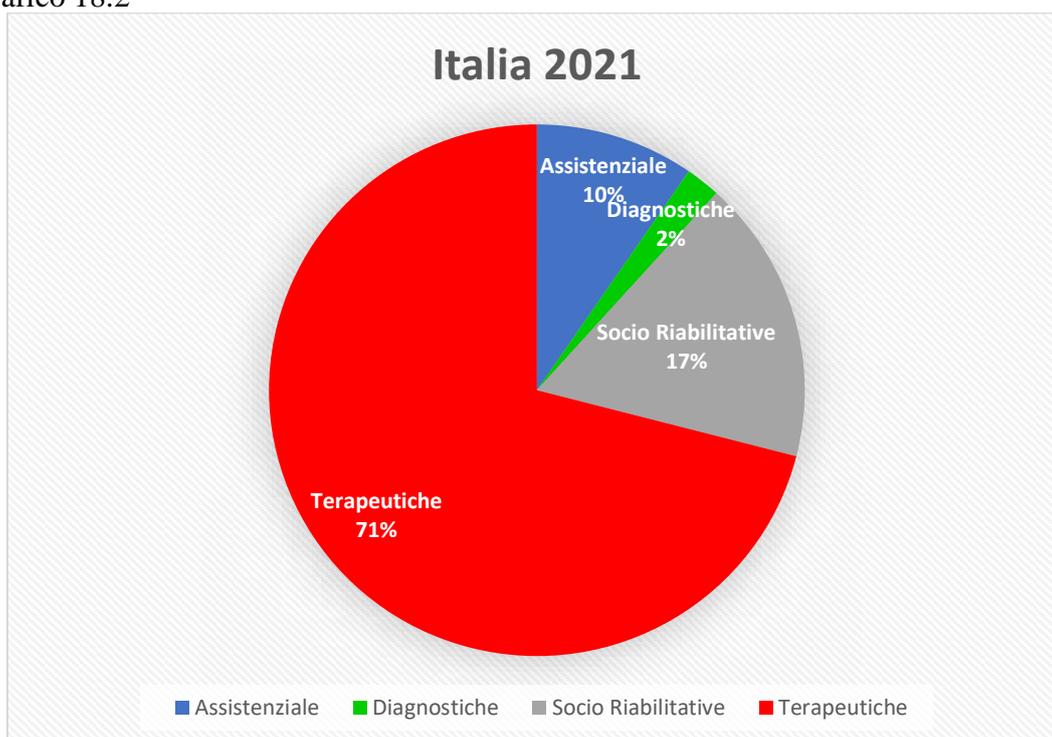
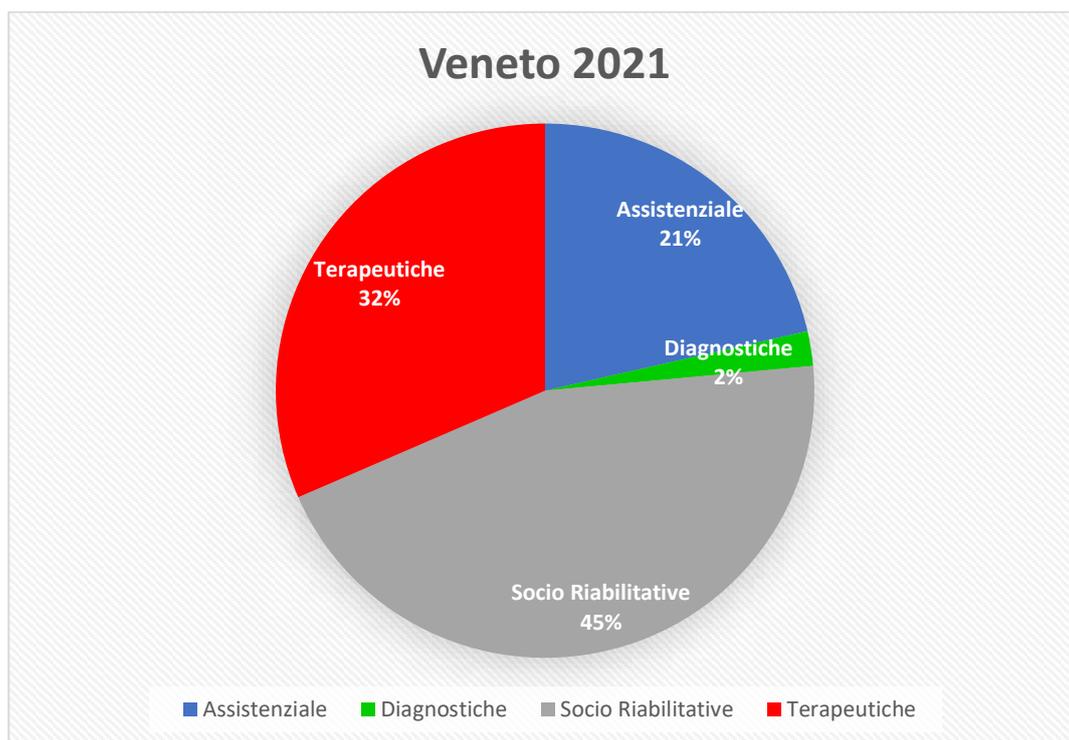


Grafico 18.3



Non si tratta di un problema esclusivamente legato al Covid, come ci mostra l'andamento degli ultimi 3 anni secondo i dati SISMI.

Grafico 18.4

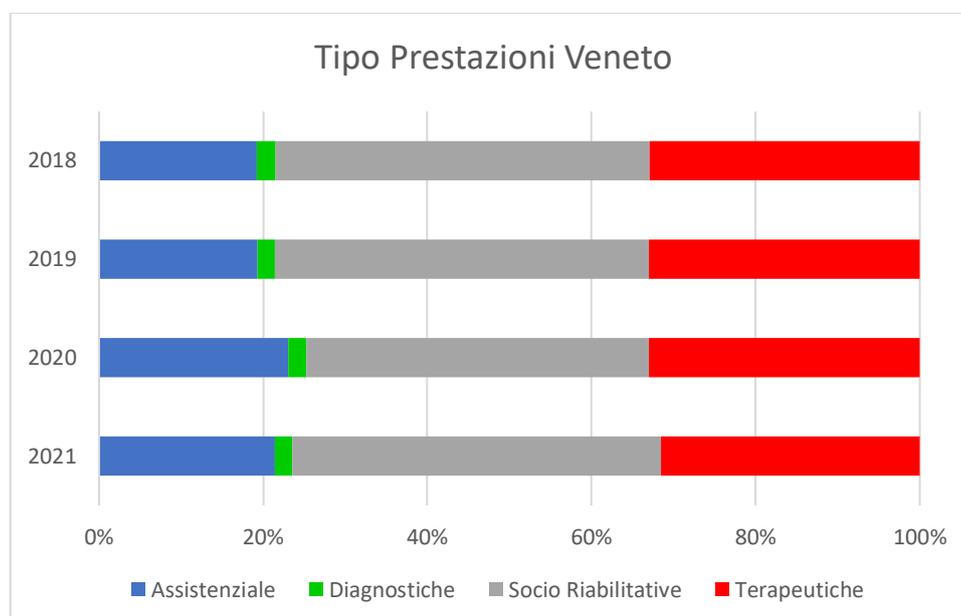
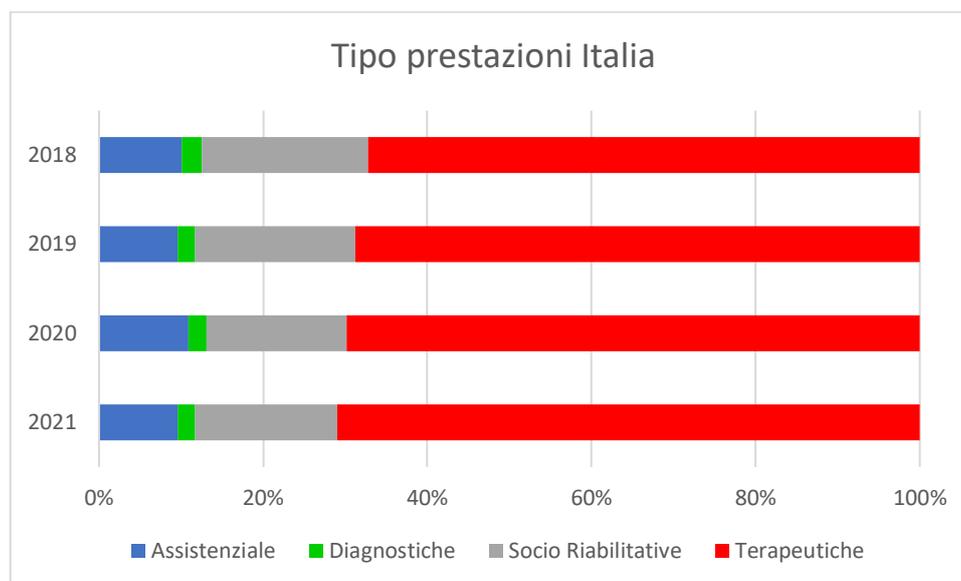
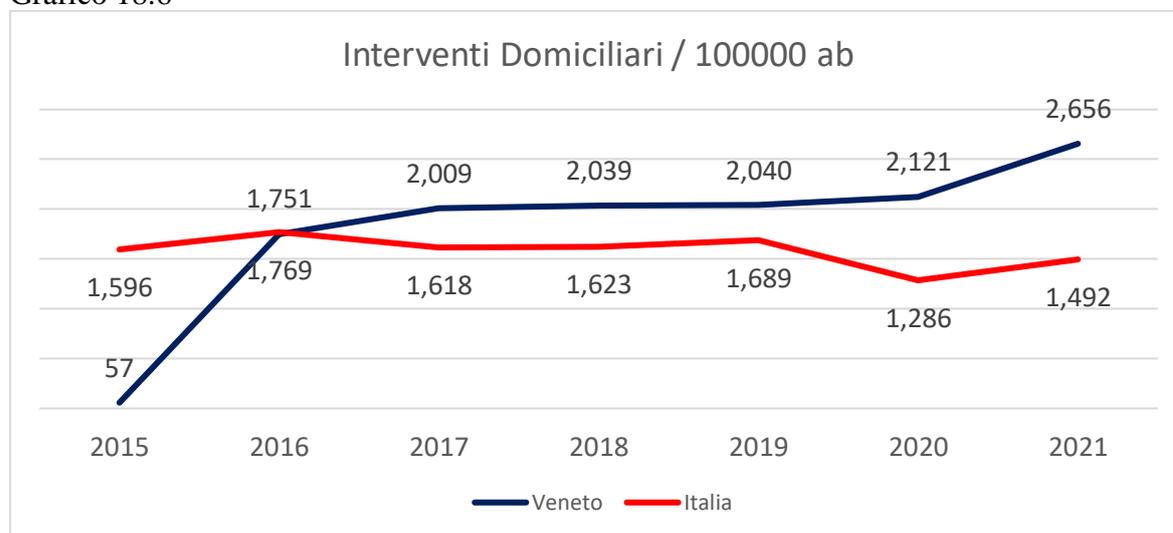


Grafico 18.5



Peraltro va sottolineata la sostanziale tenuta della domiciliarità nel corso degli anni, a testimonianza di un modello molto radicato nella realtà locale, ma anche di un modello che si appoggia poco su interventi a connotazione terapeutica

Grafico 18.6



I dati grezzi forniti dalla Regione hanno permesso di evidenziare importanti differenze nelle prestazioni nelle singole Ulss.

Anche l'analisi delle prestazioni evidenzia una importante difformità da Ulss ad Ulss, con aspetti spesso correlabili alla entità ed alla tipologia del personale di cui si è dotata.

Indichiamo i dati per tipologia di prestazione, ponendo in ultimo il dato medio regionale. Anche in questo caso sono tassi per 100.000 abitanti > 17 anni.

Le prestazioni sono indicate come descritto nella DGR 1833 del 23 giugno 2009, come modificato con Decreto 127 del 2 settembre 2014

Sono presenti (ed inseriti nei dati complessivi della Ulss 506) le prestazioni da Azienda Ospedaliera /Università di Padova.

Non ci sono stati forniti dati di prestazioni territoriali eventualmente erogati da Azienda Ospedaliera /Università di Verona

Grafico 18.7

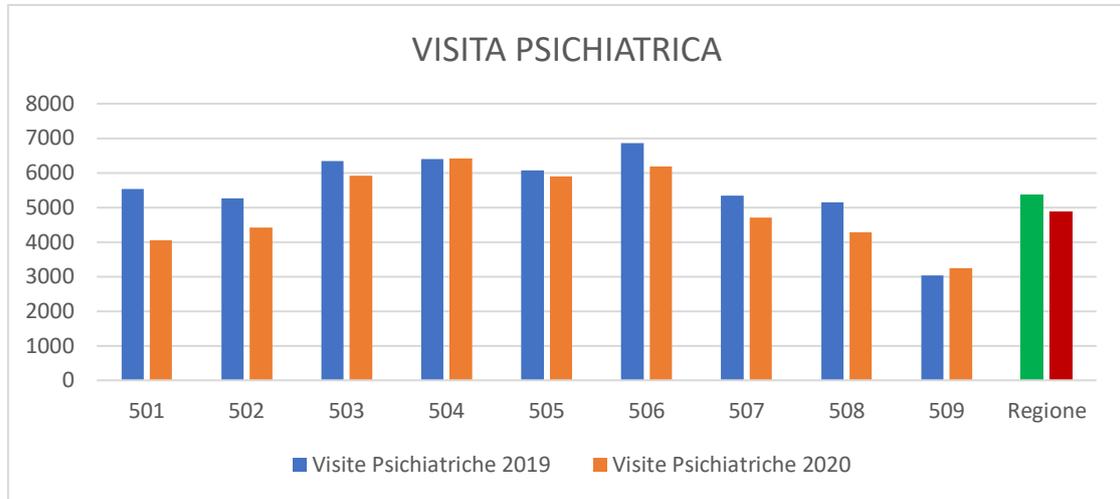


Grafico 18.8

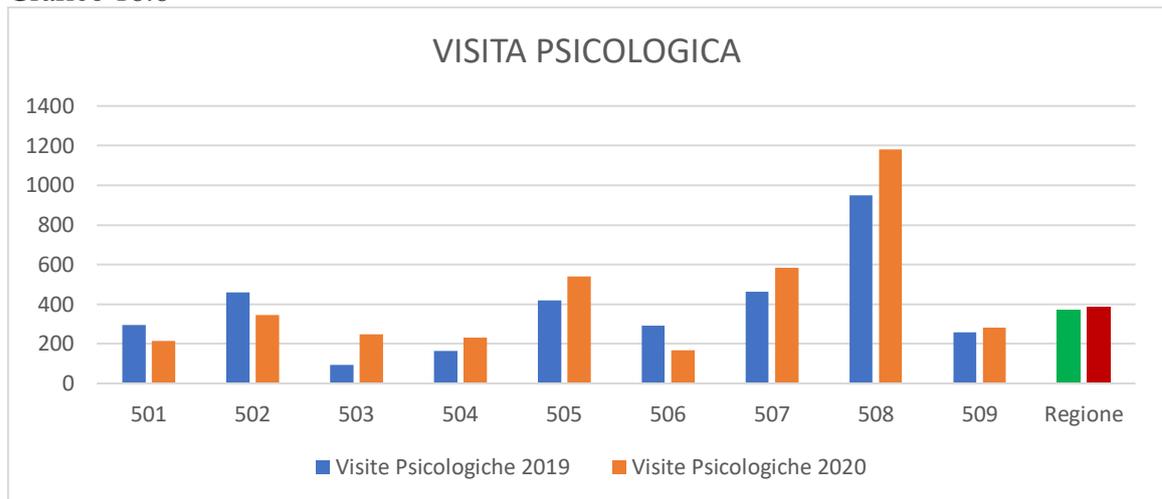


Grafico 18.9

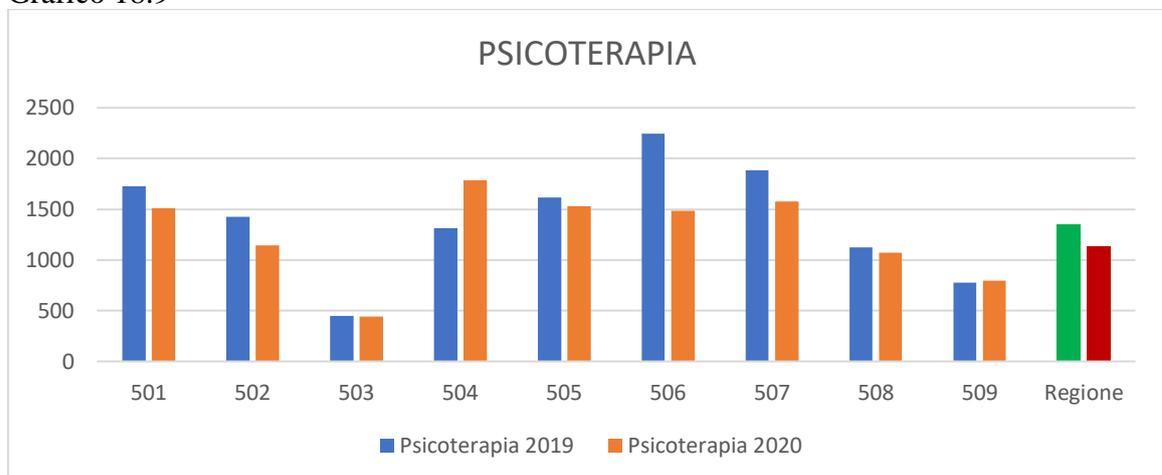


Grafico 18.10

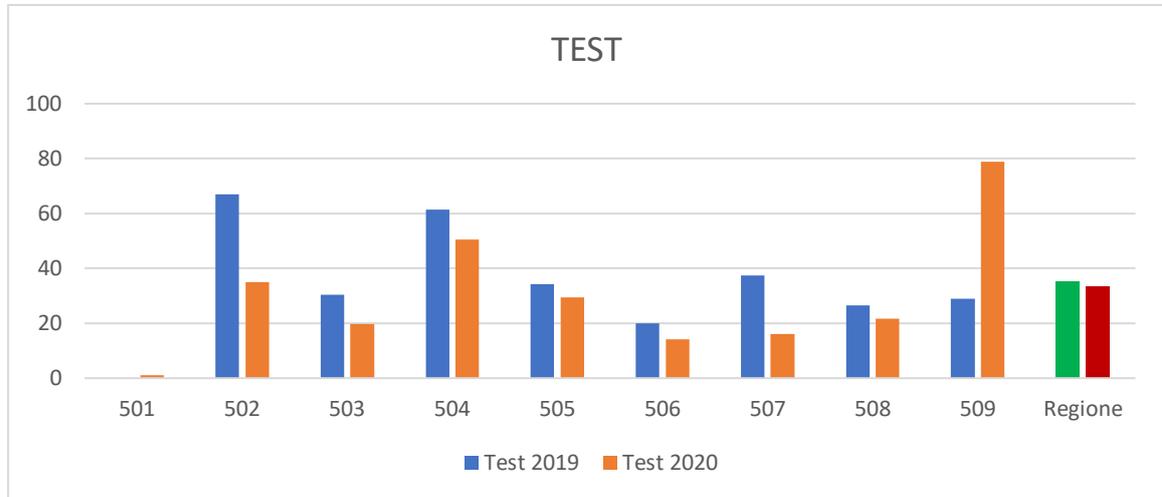


Grafico 18.11

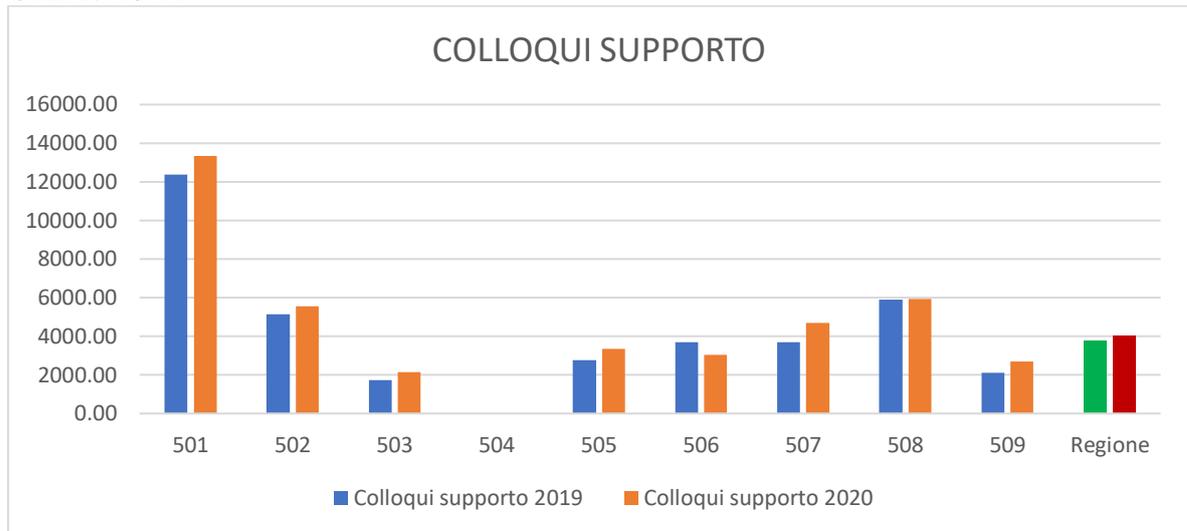


Grafico 18.12

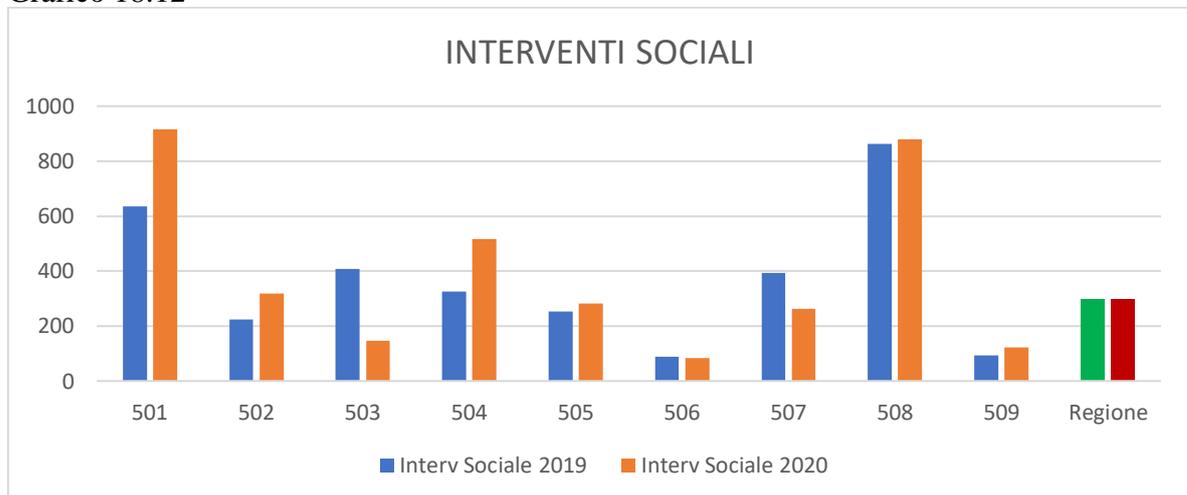


Grafico 18.13

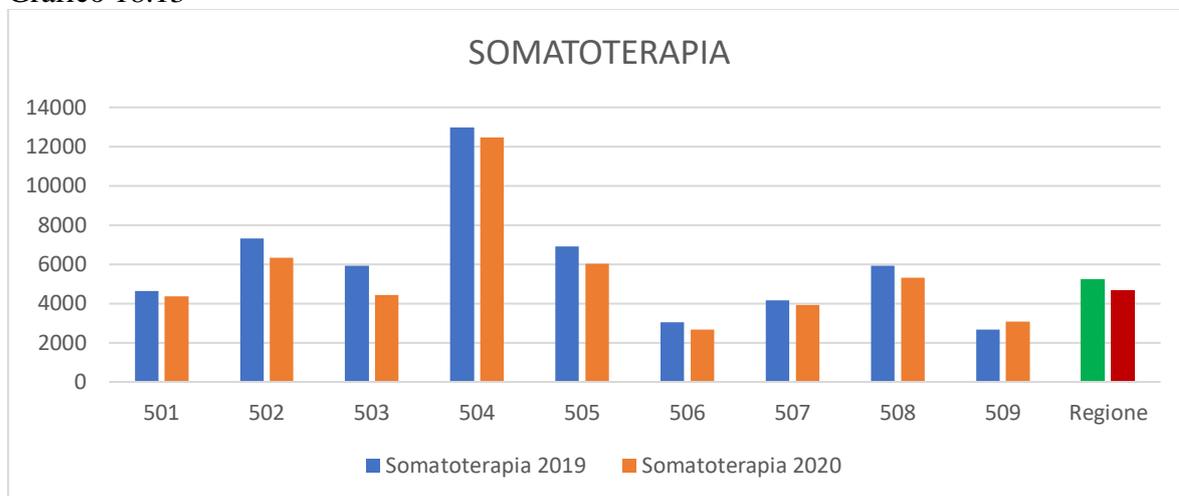


Grafico 18.14

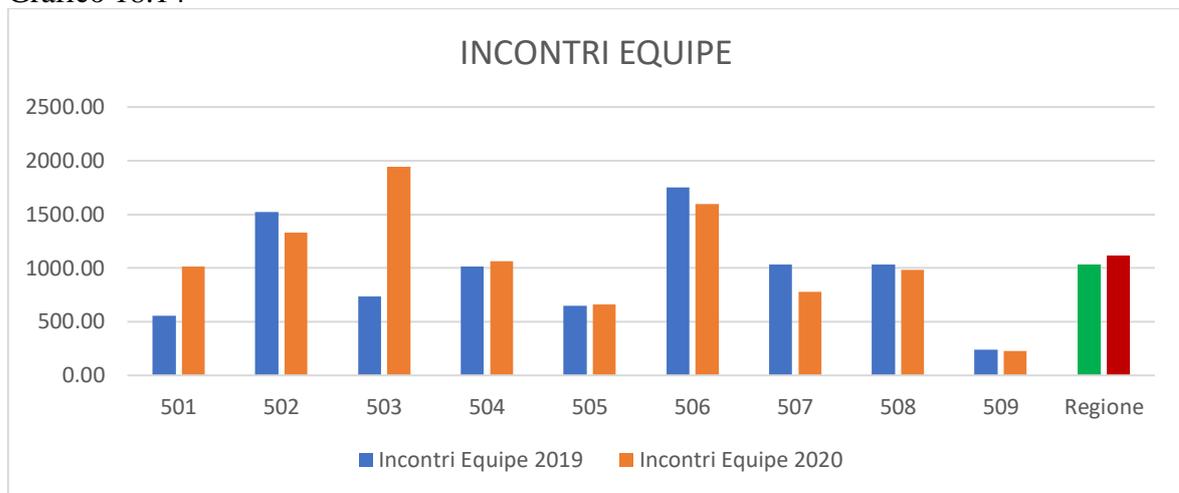


Grafico 18.15

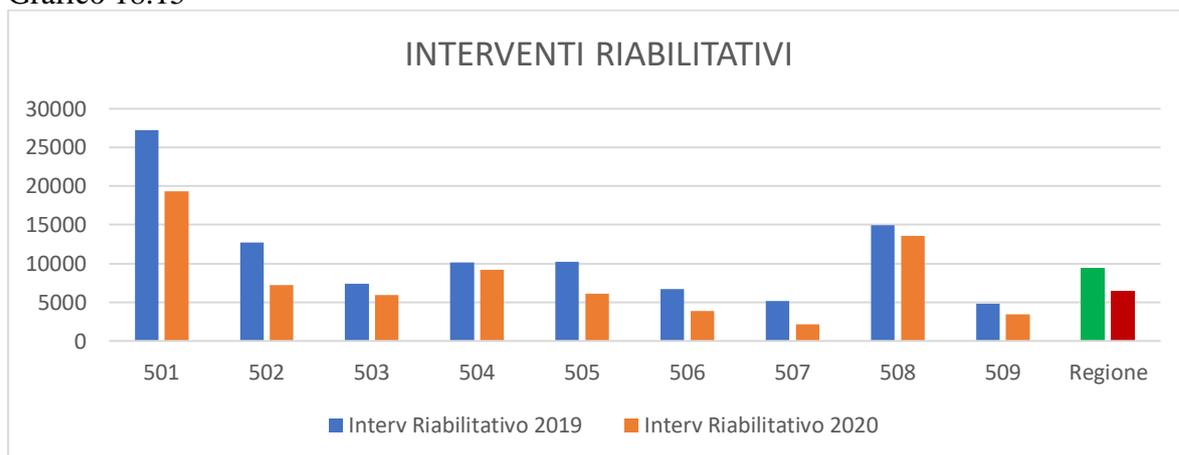


Grafico 18.16

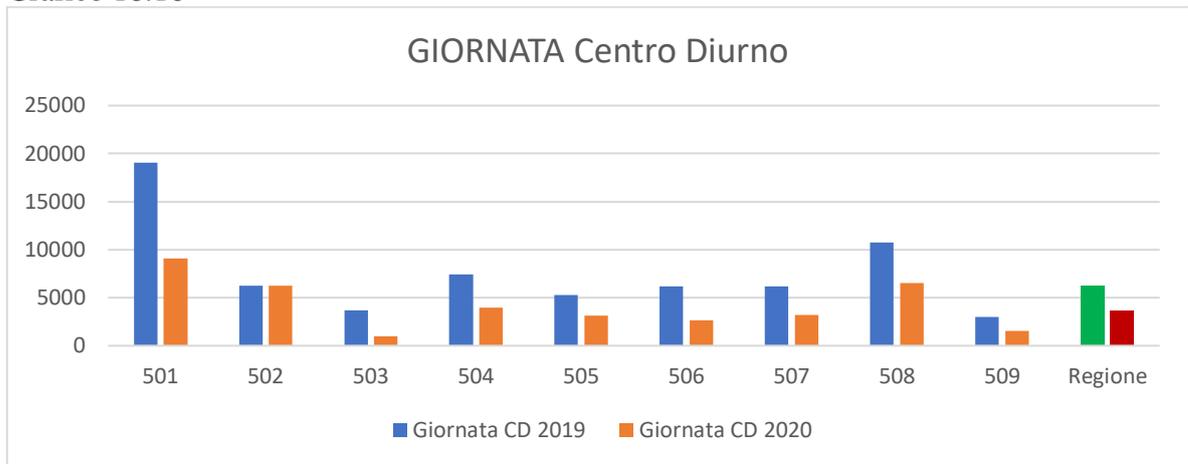
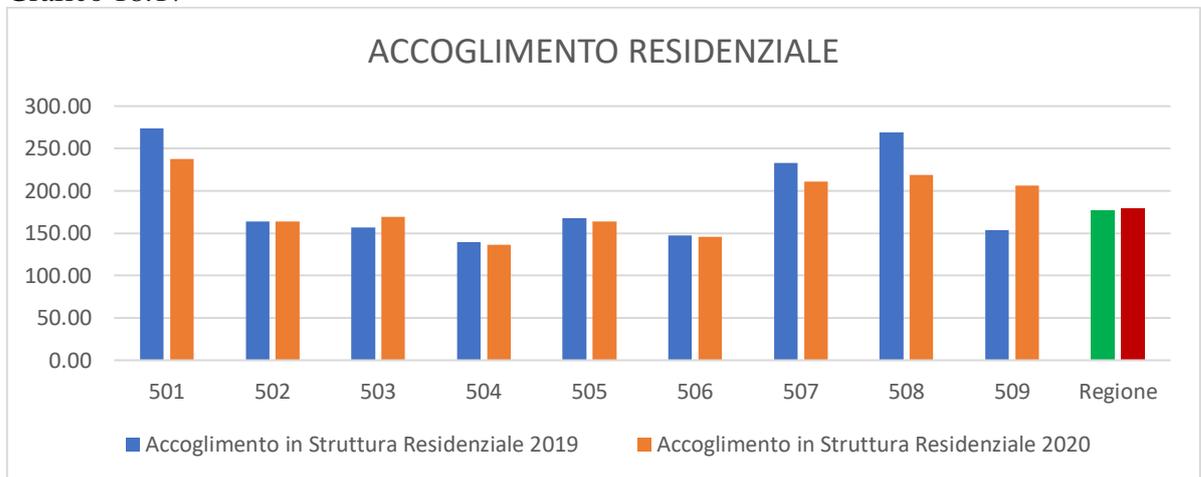
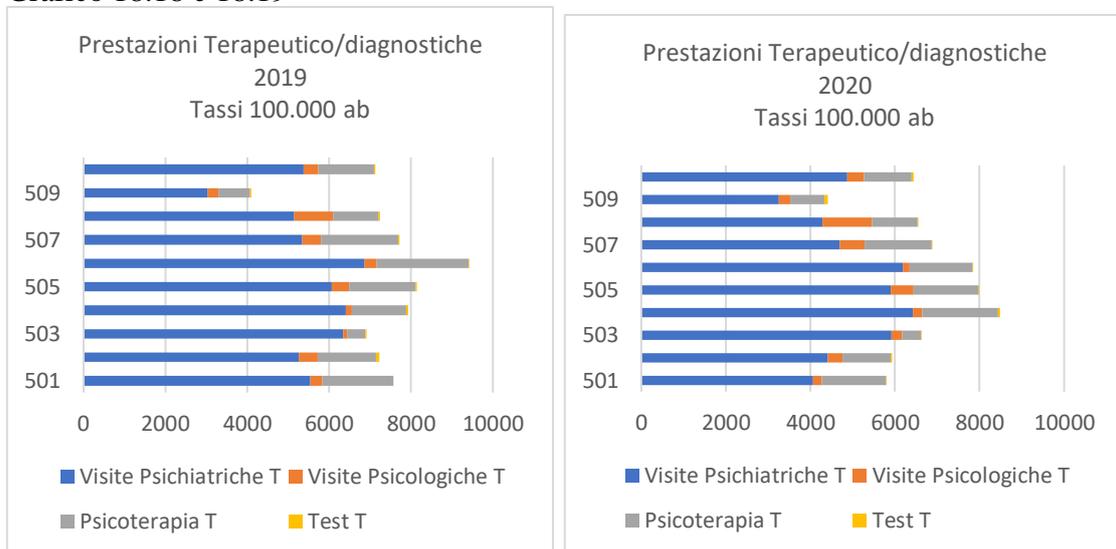


Grafico 18.17



La importante difformità nelle prestazioni erogate dalle diverse Ulss emerge in chiara forma visiva in questo grafico che mostra il raggruppamento delle prestazioni area di riferimento

Grafico 18.18 e 18.19



In queste è anche evidente la contrazione delle attività riabilitative nel 2020, probabilmente legata al Covid.

Grafico 18.20 e 18.21

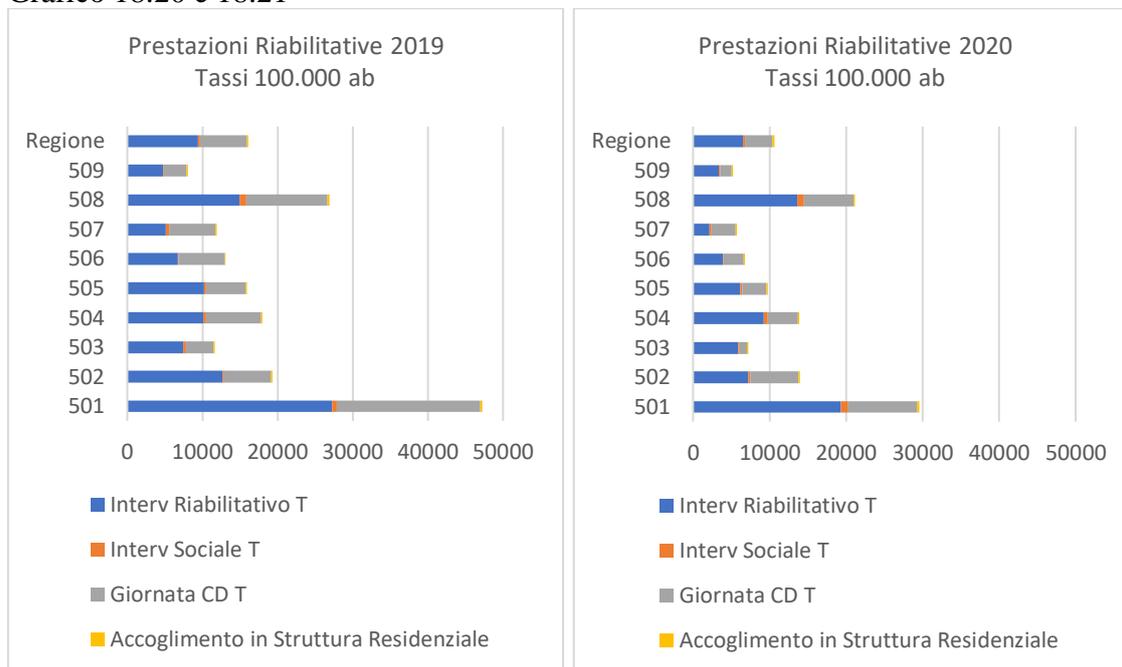
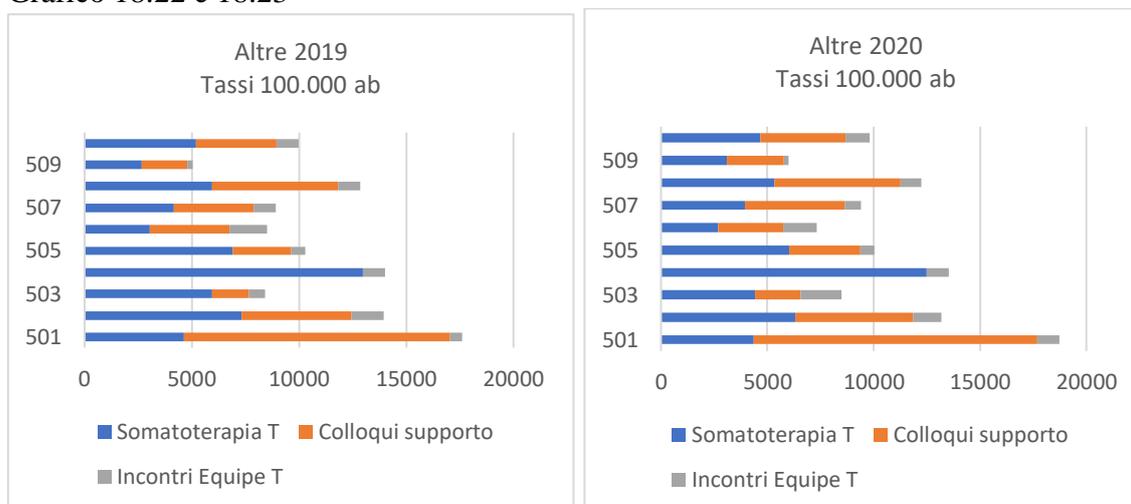


Grafico 18.22 e 18.23



Questa è la ripartizione percentuale delle tipologie di prestazioni sul totale.

Grafico 18.24

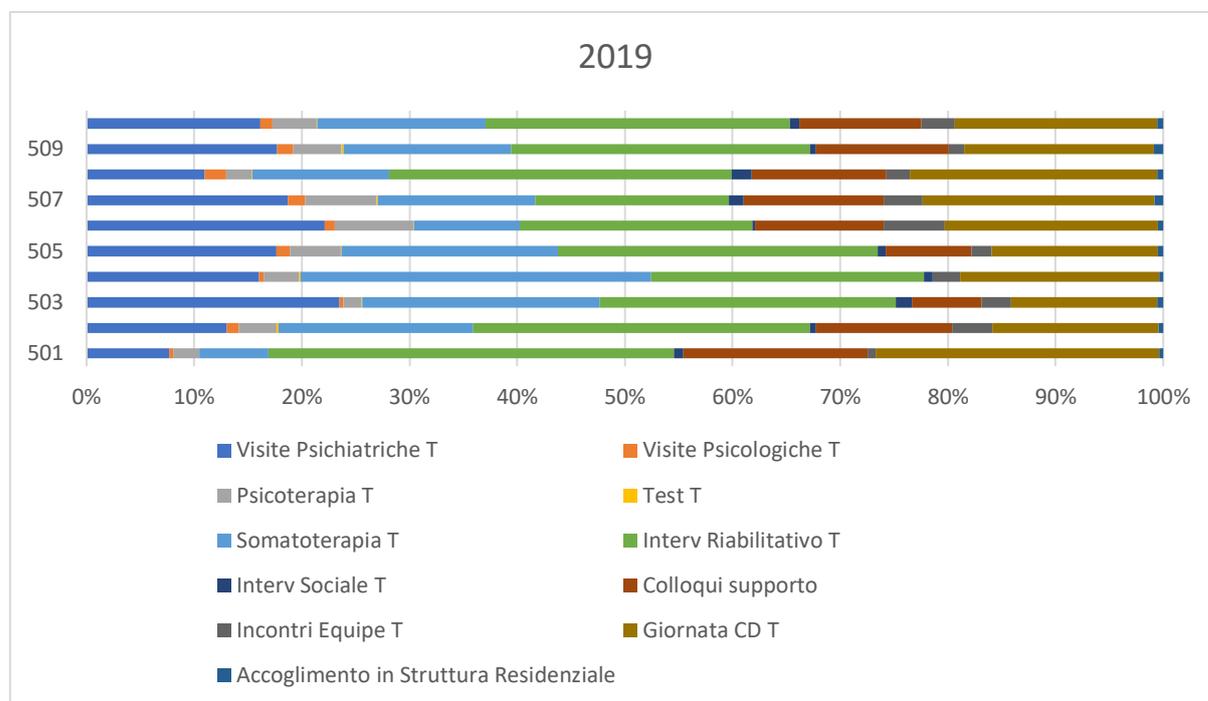
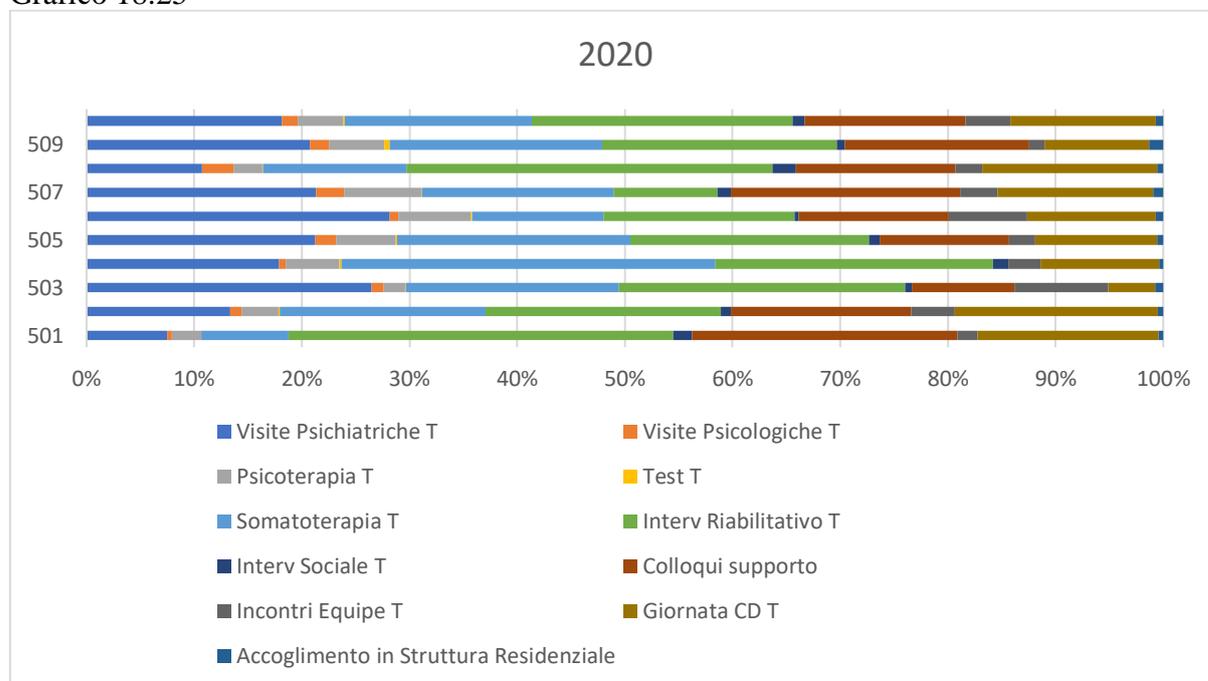


Grafico 18.25



Emerge una importante correlazione inversa fra attività terapeutiche ed attività riabilitative, a confermare quello che si sapeva da tempo.

È interessante esaminare anche il regime di erogazione, cioè la sede (ambulatoriale, domiciliare ecc. dove la prestazione è stata eseguita)

Grafico 18.26

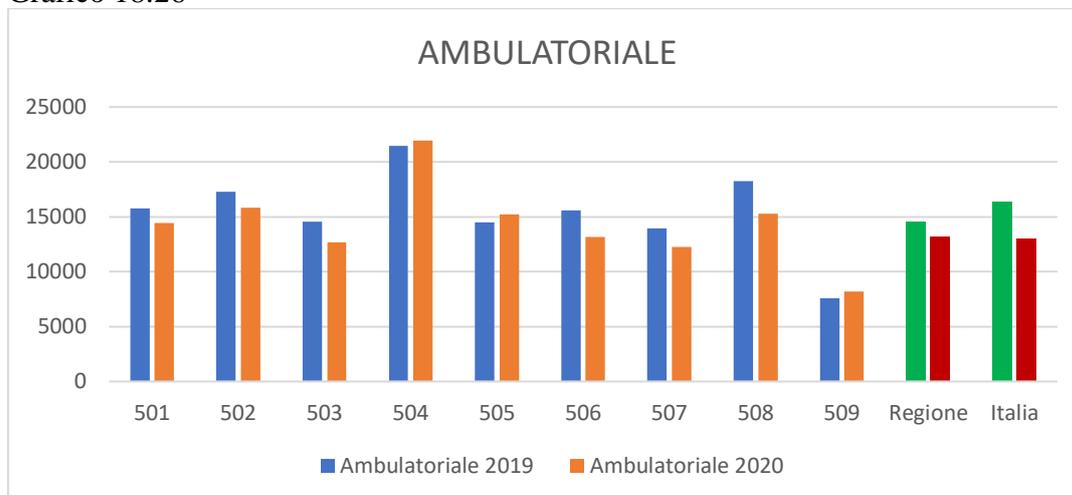


Grafico 18.27

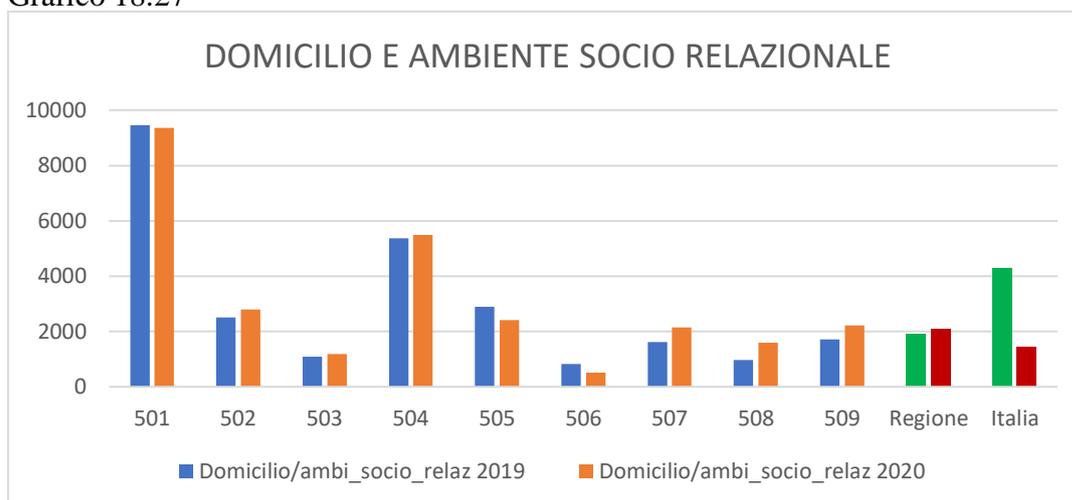


Grafico 18.28

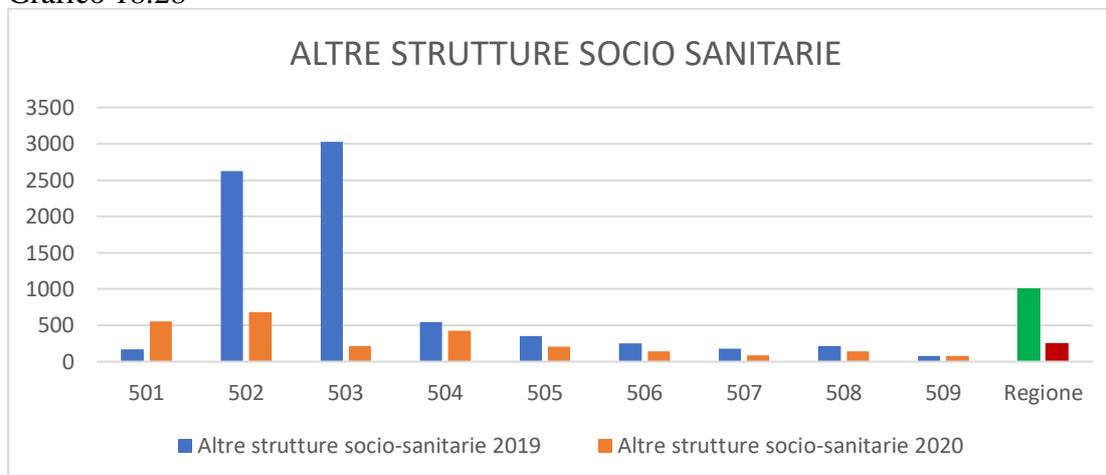
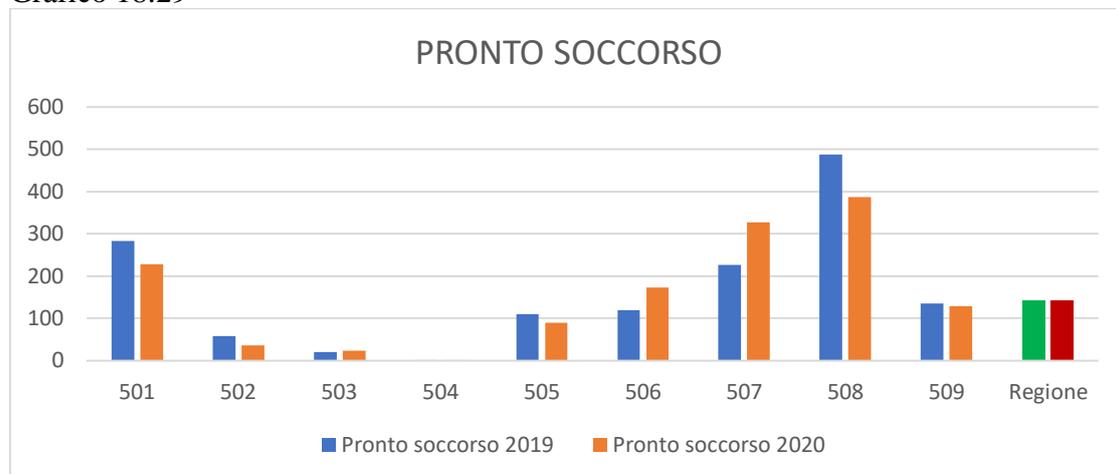
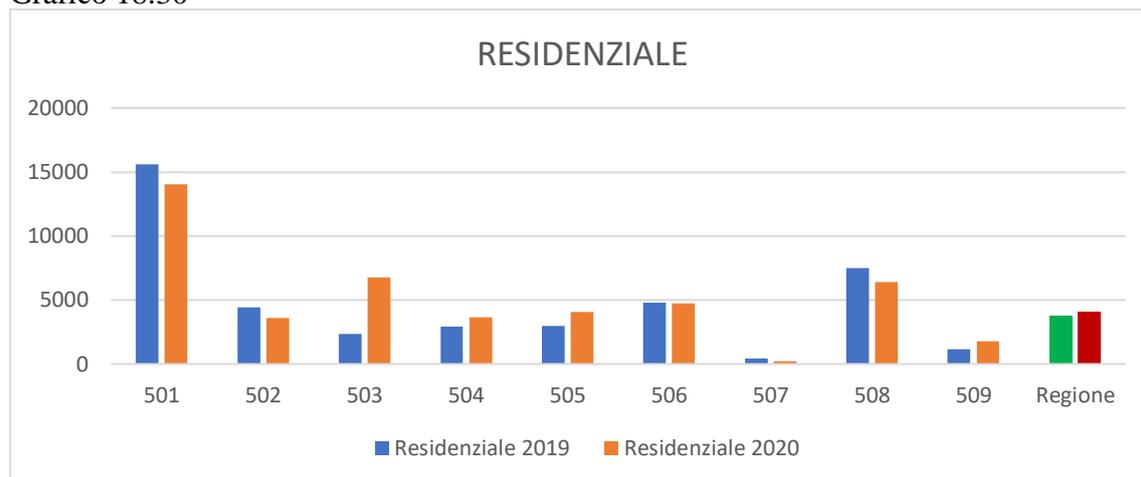


Grafico 18.29



Questo dato rimanda probabilmente alla mancata valorizzazione delle prestazioni di Pronto Soccorso in talune Ulss.

Grafico 18.30



Andrebbe compresa la pressoché assenza di prestazioni con questo regime nella Ulss 7

Grafico 18.31

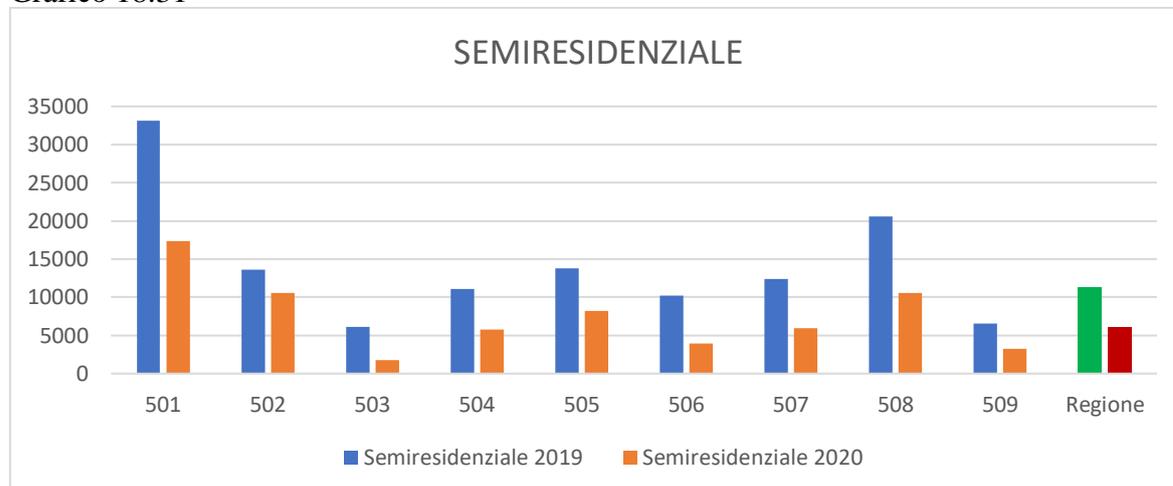


Grafico 18.32

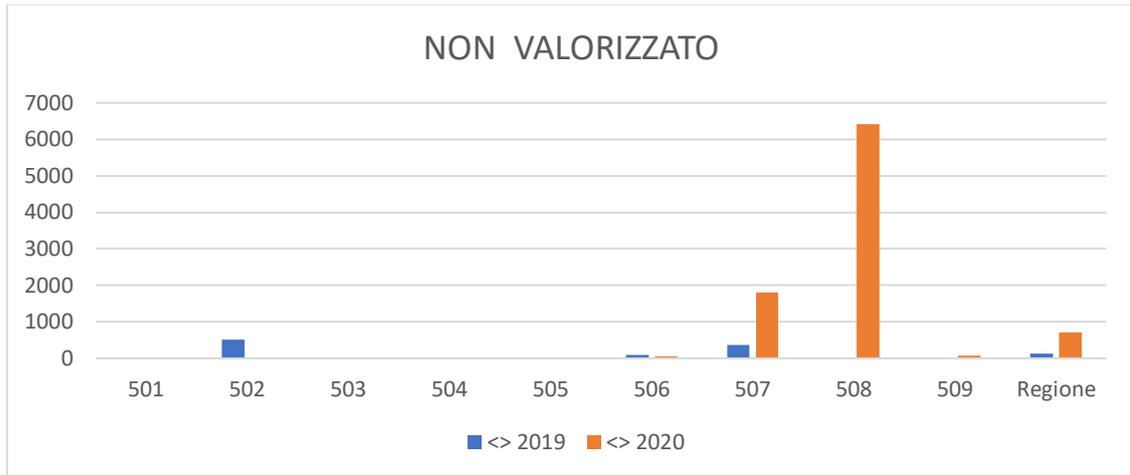


Grafico 18.33

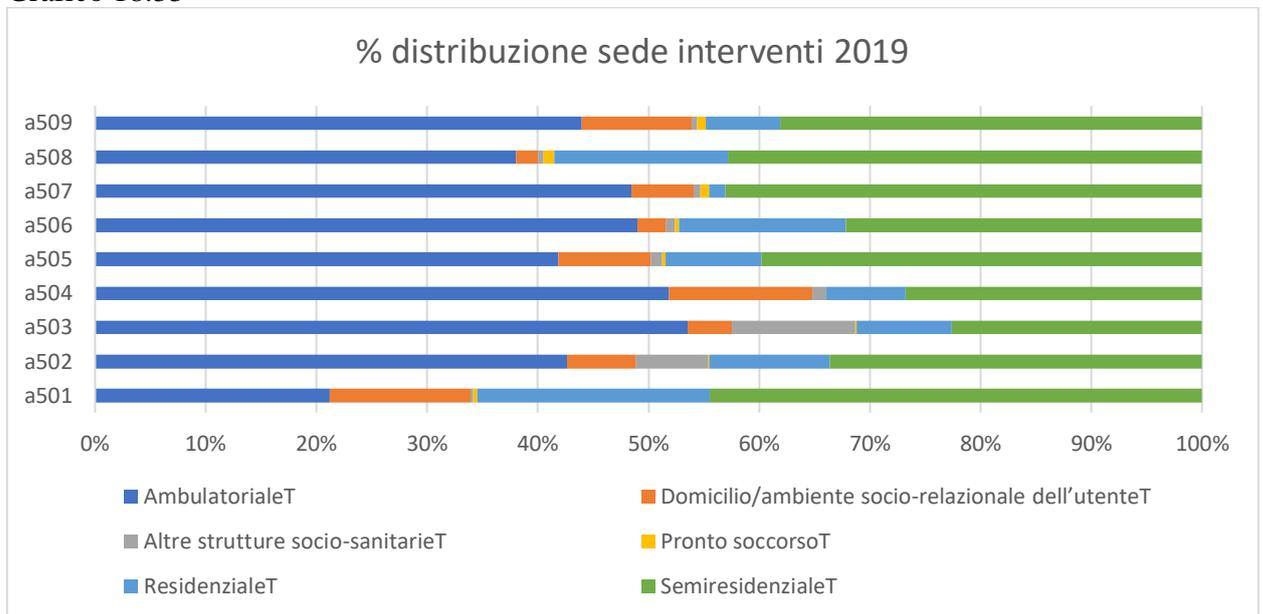
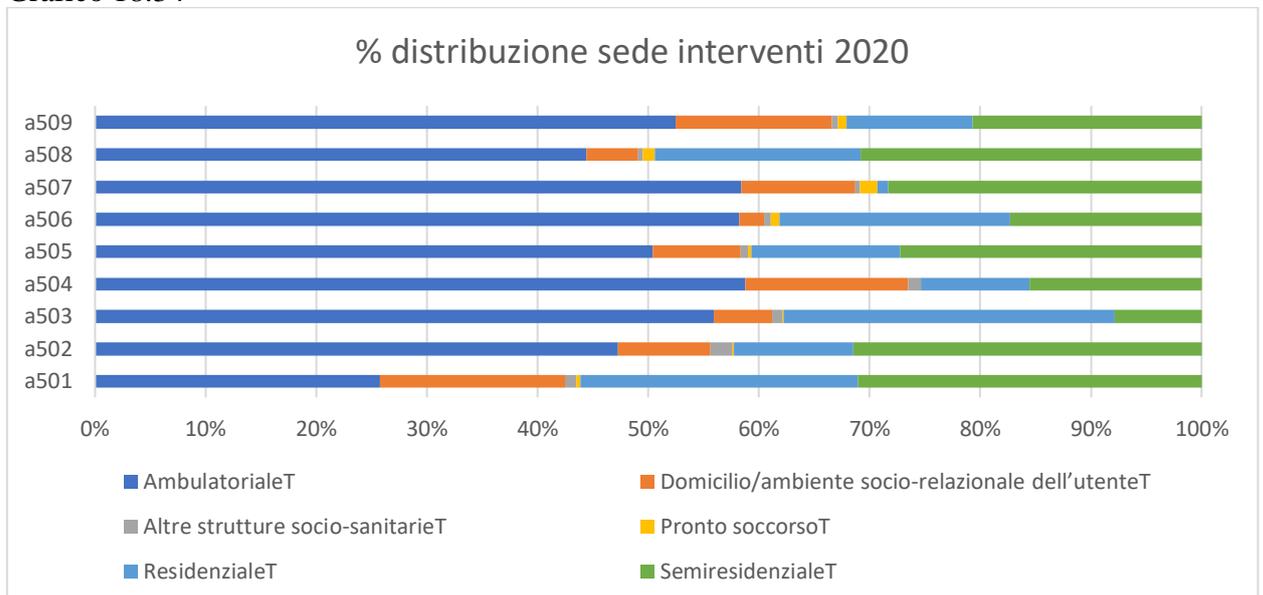


Grafico 18.34



Purtroppo non abbiamo a disposizione i riferimenti della utenza a cui queste prestazioni sono rivolte, che sarebbe importante confrontare per entità e tipologia nelle diverse realtà.

Non possiamo nemmeno quantificare cosa venga offerto in media ad esempio ai pazienti agli esordi, quando è maggiore l'impegno che dovrebbe essere dato nel loro supporto

Da questa analisi emergono due dati:

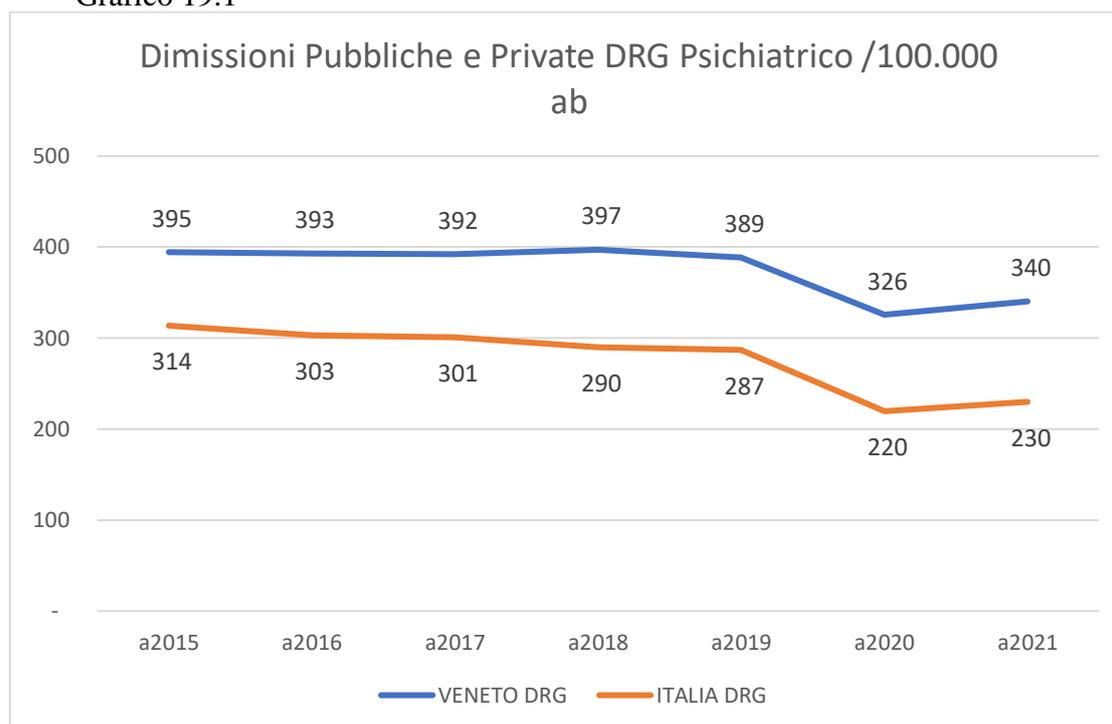
- a) La grave sofferenza di alcune realtà nel fornire prestazioni che sono essenziali per la terapia e la riabilitazione
- b) La enorme differenza nei diversi DSM che sembrano appartenere a realtà, e soprattutto modelli operativi completamente diversi

19. I ricoveri ospedalieri

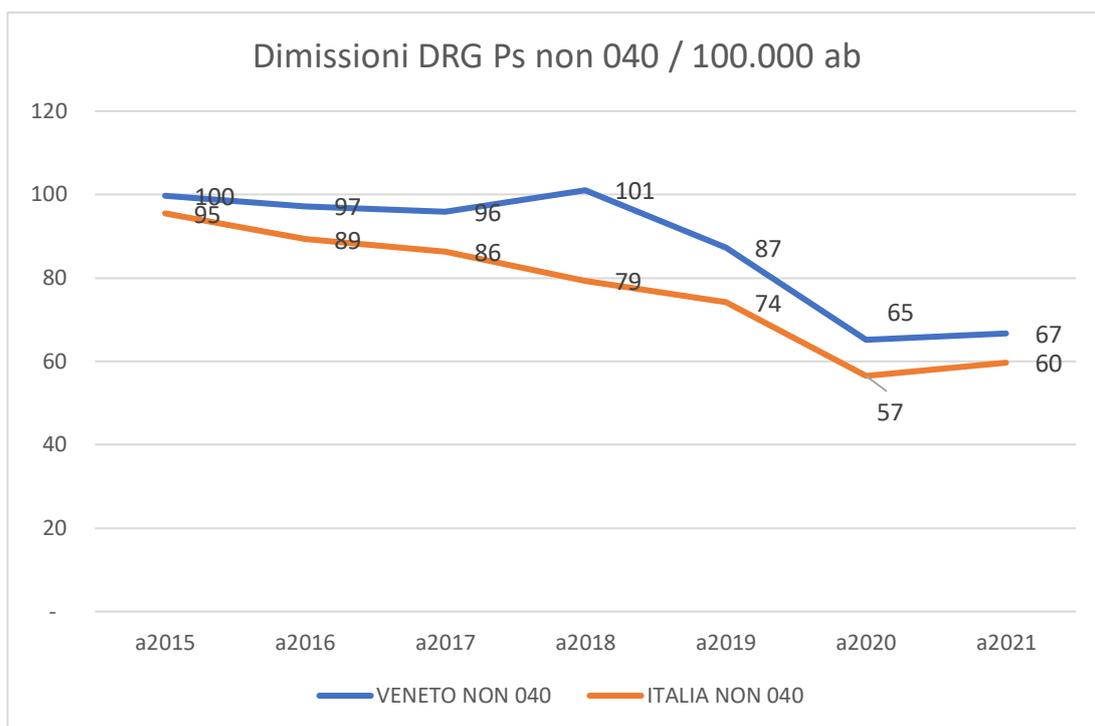
La forte presenza della ospedalità privata incide sui dati SISM, che presentano l'andamento delle dimissioni che senza le necessarie distinzioni fra pubblico e privato, offre per il Veneto valori decisamente superiori alla media nazionale, anche se molto meno di quanto farebbe attendere la differenza nei posti letto disponibili. Nel valore nazionale è compreso il Veneto, senza il quale il divario sarebbe ancora maggiore.

Complice la pandemia, emerge una diminuzione dei ricoveri con DRG psichiatrico

Grafico 19.1

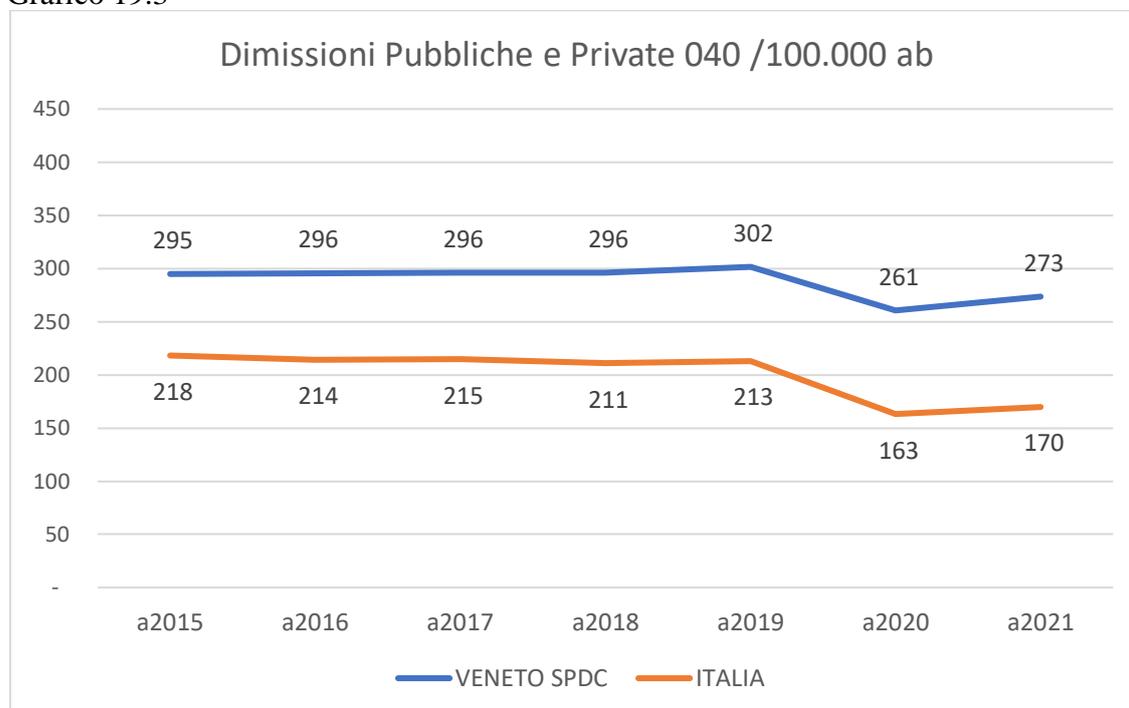


In realtà la diminuzione riguarda le strutture non specialistiche che, probabilmente a seguito del Covid, hanno contenuto i ricoveri



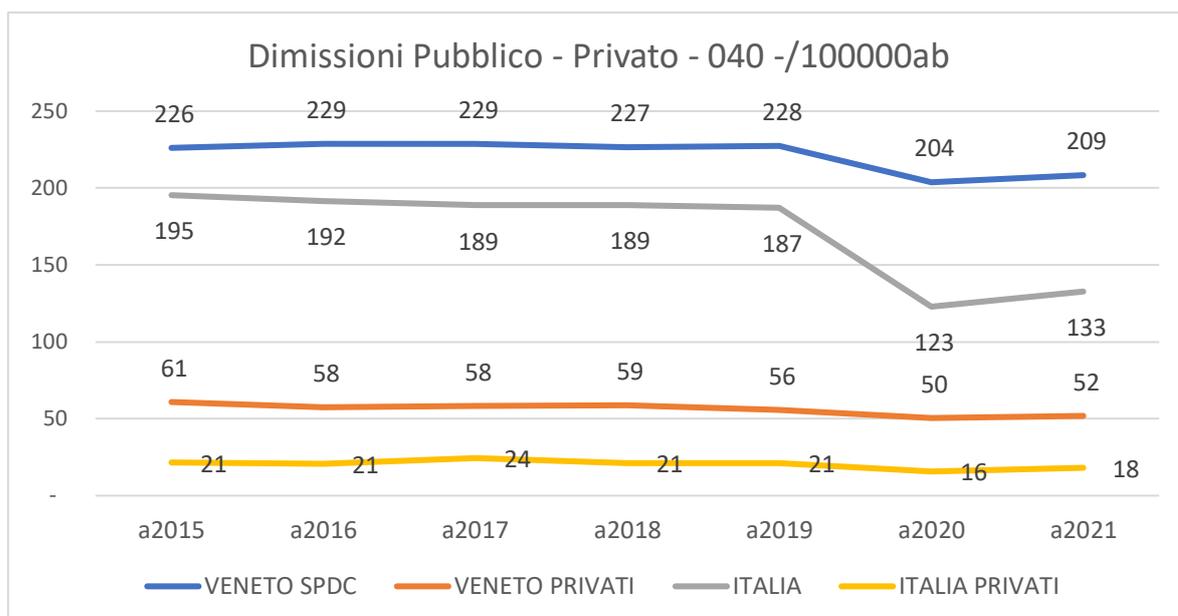
Non riguarda le strutture specialistiche ove invece i ricoveri sono molto aumentati, in controtendenza all'andamento nazionale

Grafico 19.3



Se peraltro scomponiamo le dimissioni fra pubblico e privato, il maggiore tasso si ridimensiona per quanto riguarda il pubblico mostrando la importante componente della ospedalità privata.

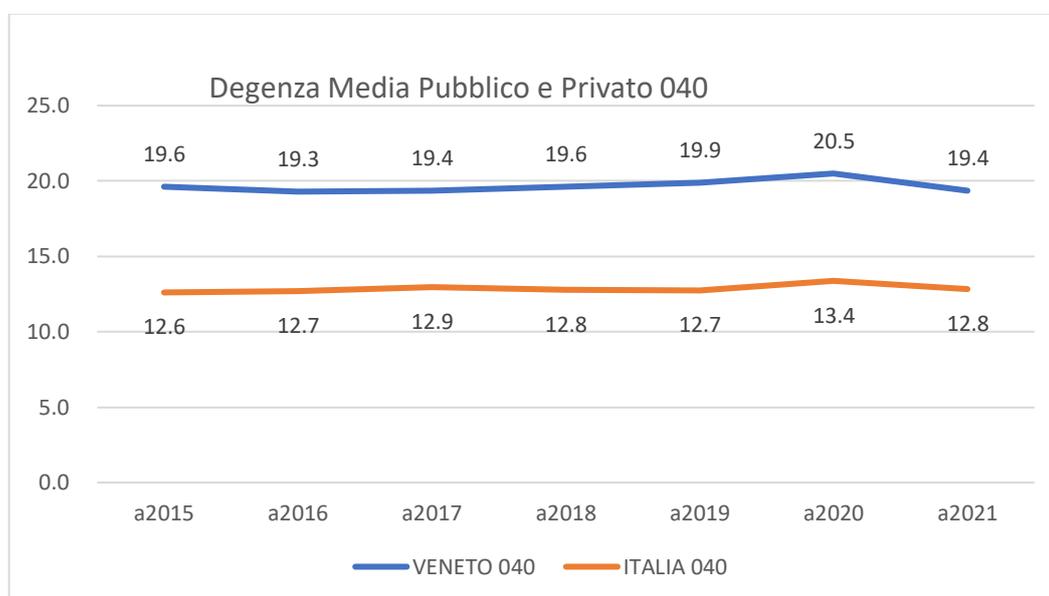
Grafico 19.4



Emerge un maggiore tasso di ricoveri nel pubblico ed un tasso molto maggiore nel privato rispetto alla media nazionale. In alcune Ulss è evidente la correlazione fra la tendenza a ricoverare con le basse dotazioni di personale che mostrano quindi una difficile gestione delle situazioni nel territorio.

La differenza fra pubblico e privato ha senz'altro importanza nei dati delle giornate di degenza e nella degenza media.

Grafico 19.5



Non è possibile dai dati SISM e dai dati parziali che ci ha fornito la Regione scorporare quanto sia da attribuire al pubblico e quanto al privato. Tuttavia i dati della Relazione Socio Sanitaria 2018 ci permettono di scorporare le due componenti nel calcolo della degenza media di quell'anno, pur con una approssimazione legata a modesti scostamenti (non è chiaro se i dati includano solo gli over 17 ed anche i non residenti), ottenendo una degenza media dei privati più che doppia rispetto alla struttura pubblica.

Tabella 19.1

	Giornate	Degenza Media
SPDC	146226	15,1
Degenza privata	94443	33,3

È da notare che il dato SISM riporta solo le dimissioni per maggiori di anni 17, facendo della grande area dei minori ricoverati in SPDC una area di silenzio e di assenza di dati.

Utilizzando i dati grezzi forniti dalla Regione Veneto con l'accesso agli atti, in cui purtroppo non sono stati indicati né le singole diagnosi né la specialità di dimissione, per cui nell'ambito dei ricoveri pubblici i dati non si limitano agli SPDC e nella diagnosi sono compresi ambiti inclusi nei DRG psichiatrici ma spesso riservati ad altre specialità di ricovero (alcolismo, tossicodipendenze, disturbi psichici di origine organica), emergono le seguenti analisi circa l'andamento delle dimissioni per Ulss di appartenenza della struttura di ricovero

Grafico 19.6

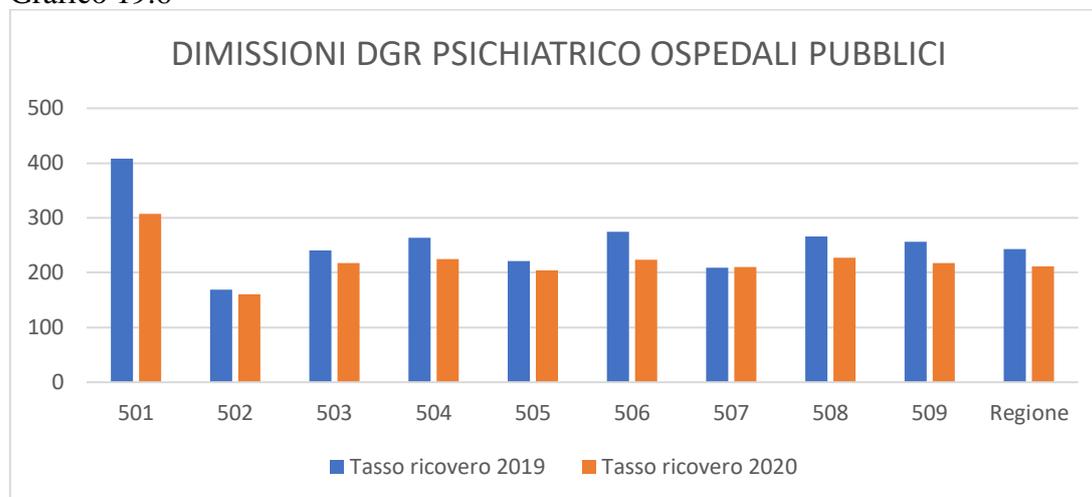
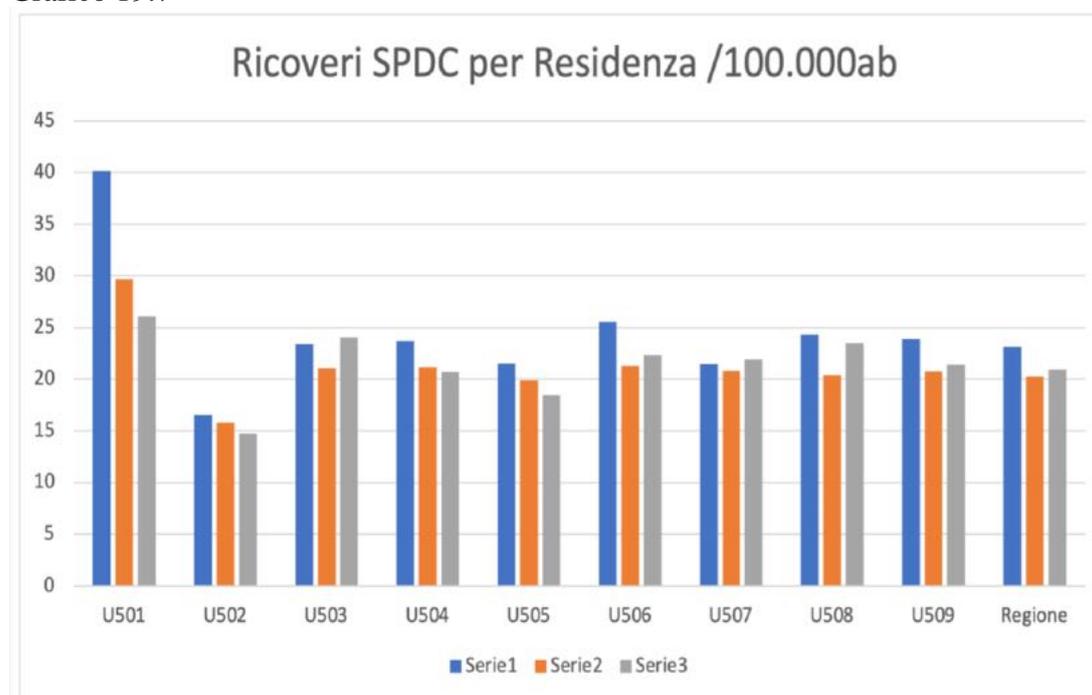
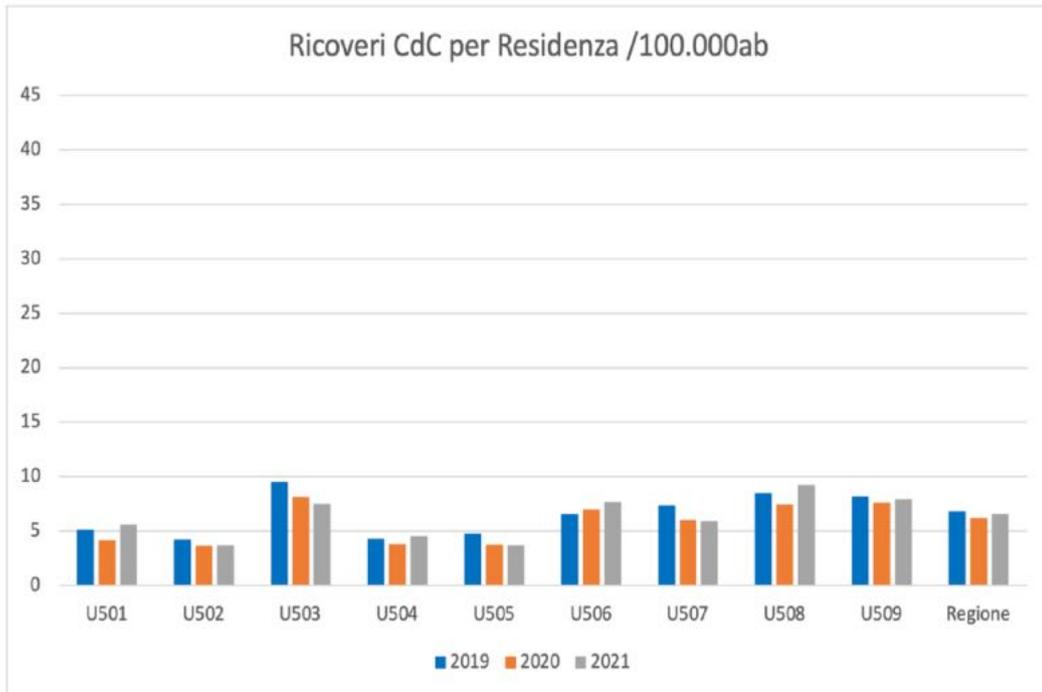


Grafico 19.7



Serie 1=2019 Serie 2=2020 Serie 3=2021

Grafico 19.8



20. Integrazione Ospedale Territorio

Ci sono poi i dati che segnalano la integrazione fra Ospedale e Territorio che mostrano per la riammissione sia a 7 sia a entro 30 gg un dato allineato alla media nazionale. Si ritiene di solito che la riammissione a 7 giorni rappresenti un problema ospedaliero legato a dimissioni affrettate o terapie non mirate mentre quella a 30 gg rappresenti un problema di tenuta del territorio nel rispondere ai problemi dell'utente.

Grafico 20.1

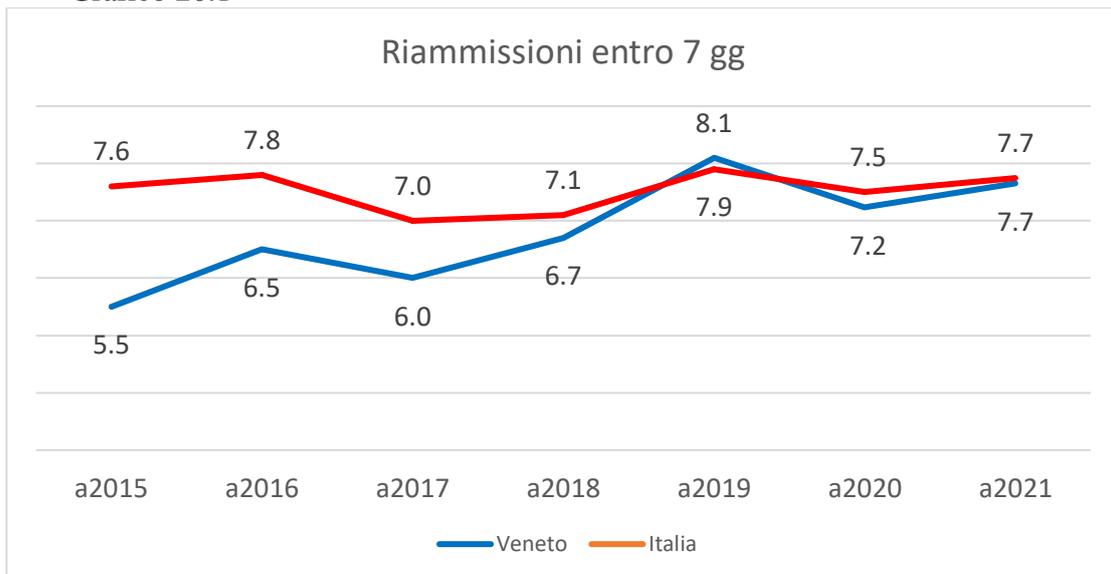
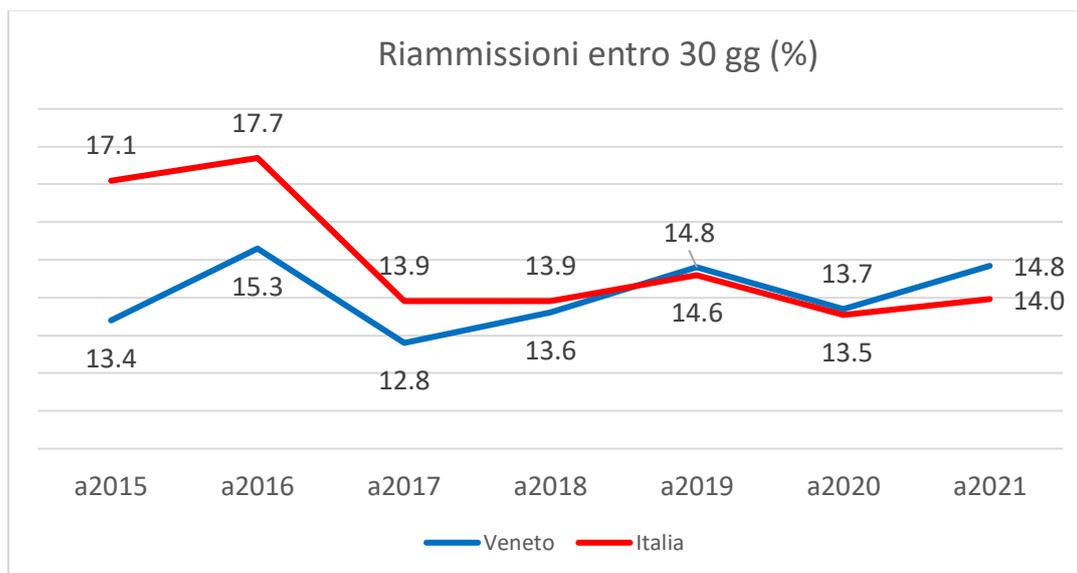


Grafico 20.2

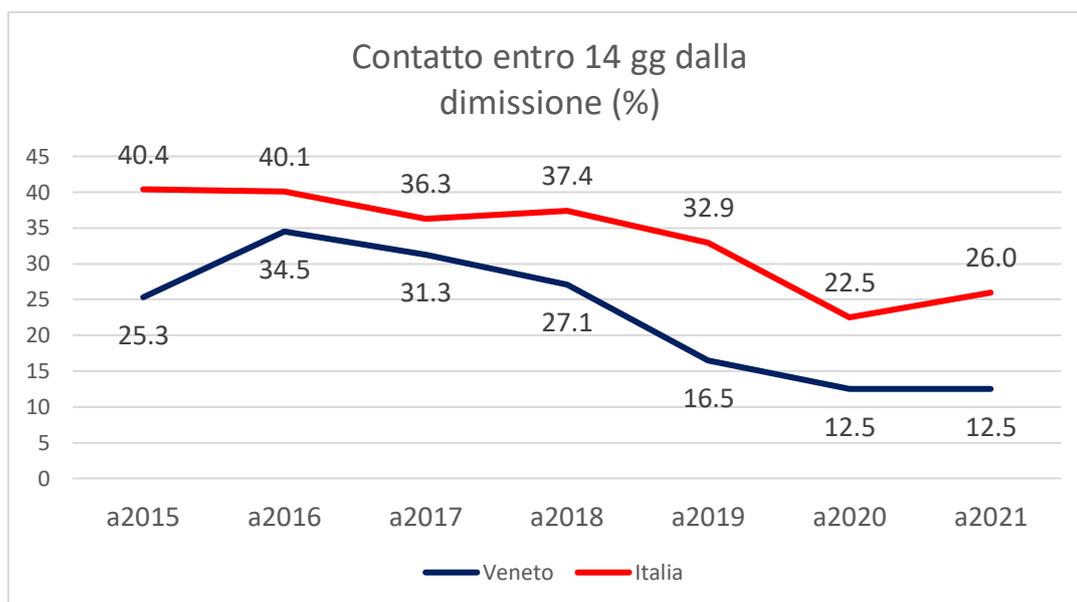


Non si comprende peraltro con quale logica la Regione abbia posto nel 2021 come obiettivo rigido per la Aulss un tasso di riammissione SPDC dello 0%. È lecito domandarsi se questo possa essere stato indotto dai dati delle CdC private che per scelta anche economica hanno escluso le riammissioni a breve termine, ma in cui questo è possibile solo scegliendo chi ricoverare e indirizzando al Servizio Pubblico ogni eventuale riammissione.

Il dato del % di dimessi che ha contatto con i Servizi entro 14 gg dalla dimissione è preoccupante mostrando una scarsa integrazione fra ospedale e territorio ed una perdita della disponibilità flessibile dei servizi territoriali. Il dato è sempre inferiore alla media nazionale ed è in costante diminuzione.

In questo calcolo va sottolineato che il 23% dei ricoveri avviene in strutture private, dove i pazienti alla dimissione non vengono necessariamente indirizzati ai servizi pubblici.

Grafico 20.3

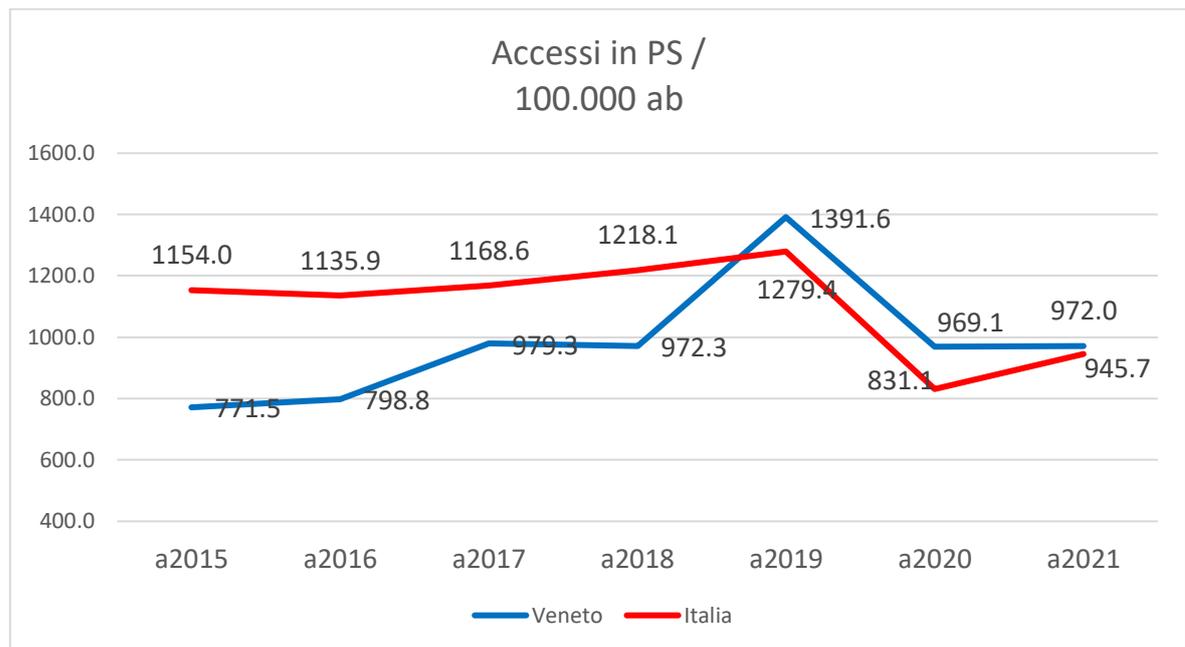


Un dato preoccupante è quello relativo agli accessi in PS dove il Veneto aveva sempre avuto tassi inferiori a quelli nazionali che invece sono stati superati nel 2019. Nel 2020 il dato

è in diminuzione, probabilmente in relazione al Covid, ma rimane comunque più alto della media nazionale

Il dato del Pronto Soccorso è indice non solo dell'andamento dell'urgenza psichiatrica, ma a come questa trovi risposta per pazienti sconosciuti o pazienti noti nei servizi. Questi ultimi dati che peraltro sarebbero estremamente significativi per capire il funzionamento dei servizi di fatto non vengono forniti né a livello SISM né a livello regionale, pur essendo perfettamente calcolabili con le rilevazioni attuali.

Grafico 20.4



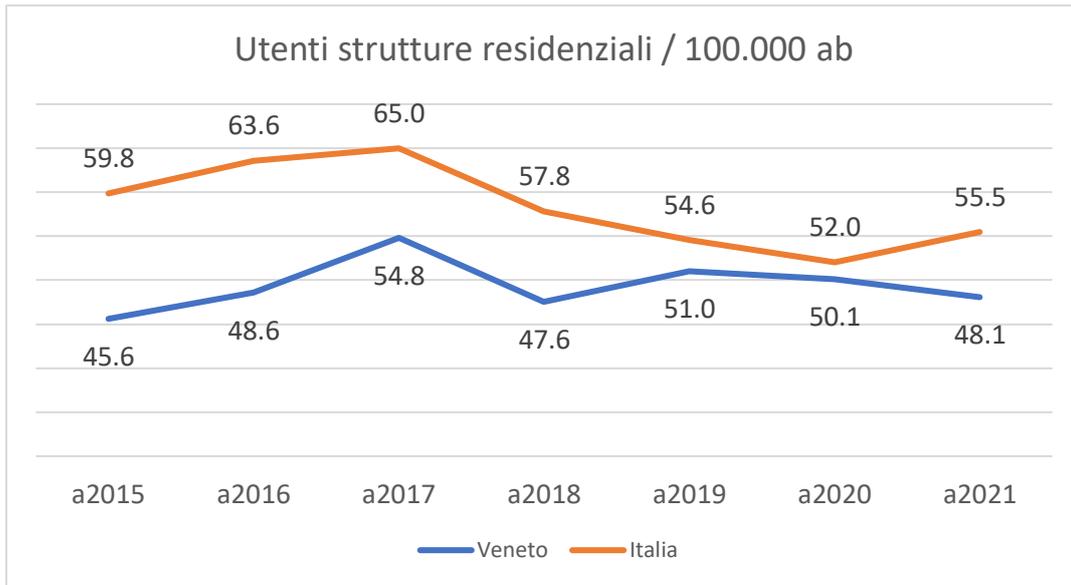
Complessivamente questi dati indicano progressive difficoltà nella integrazione ospedale territorio e nella continuità della assistenza. Sarà interessante vedere i dati del 2021 dove saranno ancora più evidenti gli effetti della separazione fra ospedale e territorio a Padova e Verona, come indicato dall'ultimo PSSR.

21. Residenzialità

Si tratta di dati non esenti da errori se si osserva che nel Veneto sono riportati pazienti in strutture residenziali qualificate come CSM. Si tratta di refusi modesti per i quali peraltro la Regione aveva iniziato un programma di miglioramento del dato, ponendolo anche come obiettivo per i Direttori Generali.

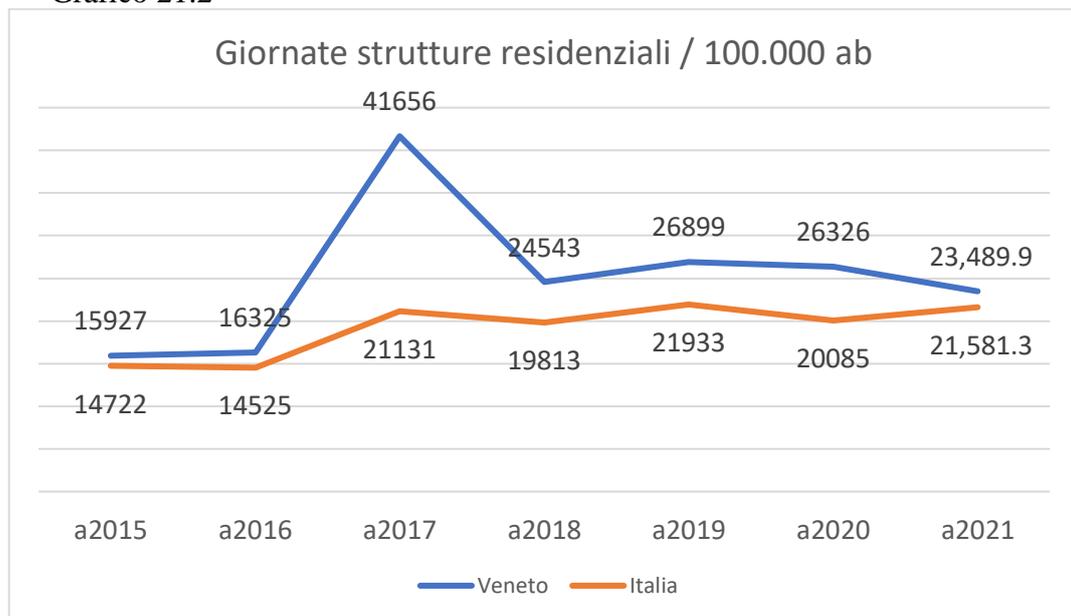
È interessante vedere anche che la tipologia delle strutture utilizzate mostrava in passato un minore numero di pazienti rispetto alla media nazionale, in accordo con una psichiatria molto attenta ad una gestione che prevenisse la cronicizzazione e puntasse sulla assistenza domiciliare, ma tale diversità sta appianandosi.

Grafico 21.1



Peraltro il maggior numero delle giornate segnala il maggiore utilizzo da parte di questi pazienti che fa pensare a trattamenti comunque più prolungati, con un trend ora stabile.

Grafico 21.2



È importante evidenziare l'incremento dei pazienti nelle strutture SPR3, quelle più assistenziali e meno intensive, destinate alla lungo assistenza di pazienti cronici che vi era stato nel 2019, che si è ora assestato. Bisognerebbe comprendere i reali percorsi di questi pazienti, a cosa cioè corrisponda questa diminuzione.

Grafico 21.3

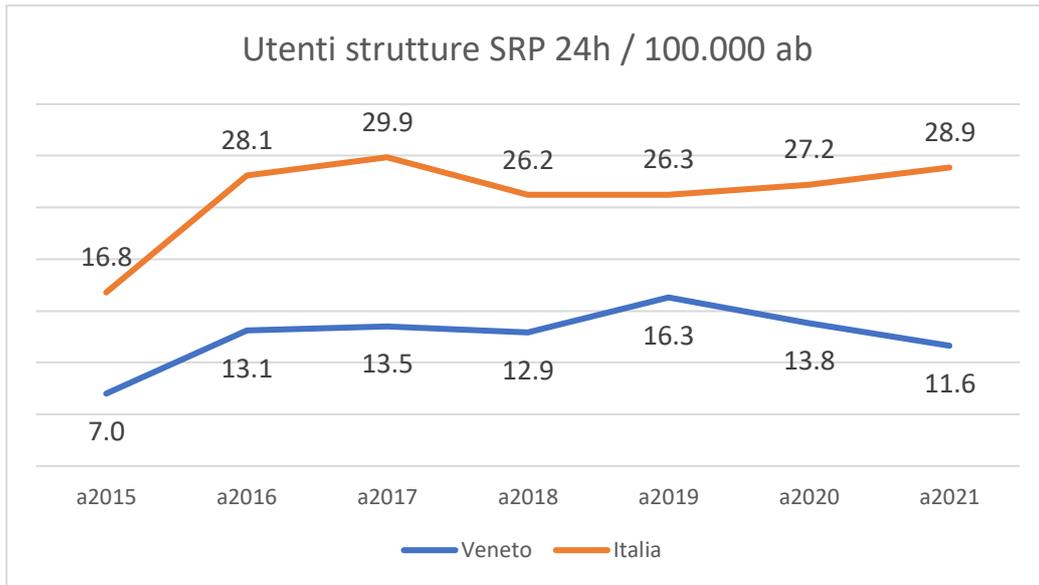
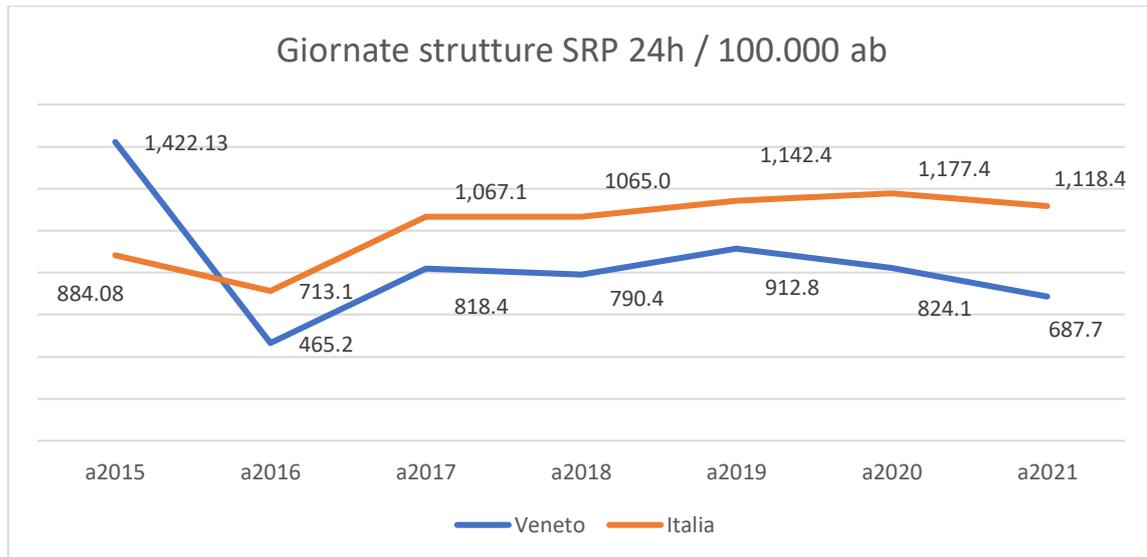
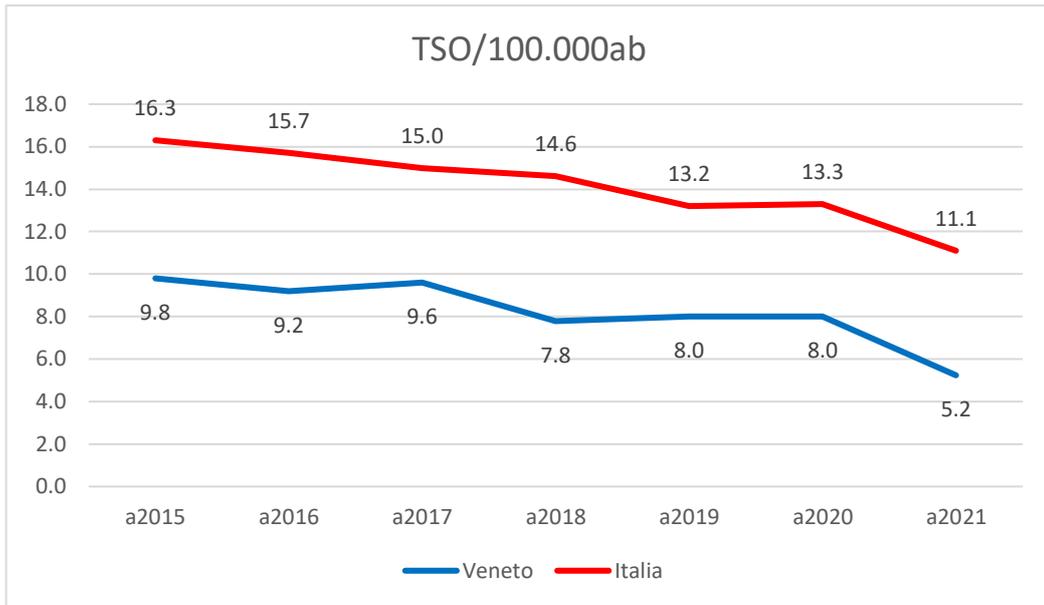


Grafico 21.4





-
- ¹ <https://www.unicef.org%2Fmedia%2F108161%2Ffile%2FSOWC-2021-full-report-English.pdf&usg=AOvVaw15CnDhoqjxsiCL01566H7L>
- ² Merikangas KR, He JP, Burstein M, et al: Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Study – Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49(10):980-989, 2010.)
- ³ Kessler RC, Avenevoli S, McLaughlin KA, et al: Lifetime comorbidity of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey – Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Psychol Med* 42(9)1997-2010, 2012.)
- ⁴ Pottick KJ, Bilder S, Vander Stoep A, Warrez LA, Alvarez MF. US patterns of mental health service utilization for transition-age youth and young adults. *J Behav Health Serv Res.* 2008;35:373–89
- ⁵ Singh SP, Paul M, Ford T, Weaver T, Kramer T, McLaren S, et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *Br J Psychiatry.* 2010;197:305–12.
- ⁶ SP Singh et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *Br J Psychiatry.* 2010;197:305-12).
- ⁷ Tromans, S., Chester, V., Kiani, R., Alexander, R., & Brugha, T. (2018). The Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Adult Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 14, 177–187. <https://doi.org/10.2174/1745017901814010177>
- ⁸ Baxter A.J., Brugha T.S., Erskine H.E., Scheurer R.W., Vos T., Scott J.G. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol. Med.* 2015;45(3):601–613. doi: 10.1017/S003329171400172X.
- ⁹ Brugha T.S., Spiers N., Bankart J., Cooper S.A., McManus S., Scott F.J., Smith J., Tyrer F. Epidemiology of autism in adults across age groups and ability levels. *Br. J. Psychiatry.* 2016;209(6):498–503. doi: 10.1192/bjp.bp.115.174649.