

La Salute Mentale nel Veneto

2015 - 2022

A cura di Andrea Angelozzi

AGGIORNAMENTO DATI

- 1.1. [I trattamenti sanitari obbligatori](#)
- 1.2. [La necessità di interventi precoci](#)
- 1.3. [La integrazione con neuropsichiatria infantile](#)
- 1.4. [La integrazione con i SerD](#)

- 2.1. [Centro di Salute Mentale](#)
- 2.2. [Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura](#)
- 2.3. [Strutture attività semiresidenziali](#)
- 2.4. [Strutture residenziali](#)

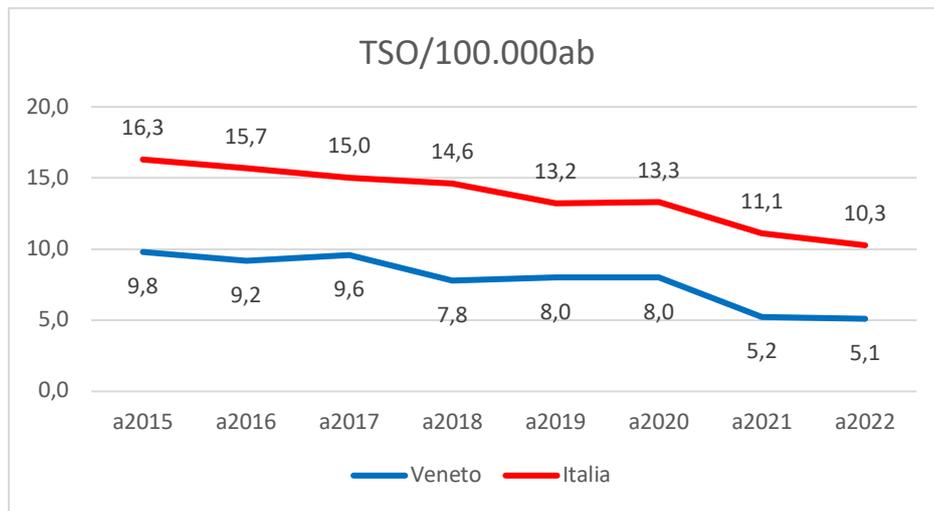
- 3.1. [Spesa dedicata del Fondo Sanitario Regionale](#)
- 3.2. [Ripartizione spesa fra i singoli ambiti di intervento](#)

- 4.1. [I dati regionali del personale da SISM](#)
- 4.2. [I dati regionali reali del personale](#)
- 4.3. [I dati delle singole Ulss](#)
- 4.4. [Il personale mancante](#)

- 5.1. [Incidenza e prevalenza secondo flusso APT](#)
- 5.2. [Incidenza first ever](#)
- 5.3. [Prevalenza secondo il flusso della Farmaceutica](#)

- 6.1. [Attività territoriali](#)
- 6.2. [I ricoveri ospedalieri](#)
- 6.3. [Integrazione ospedale territorio](#)
- 6.4. [Residenzialità](#)

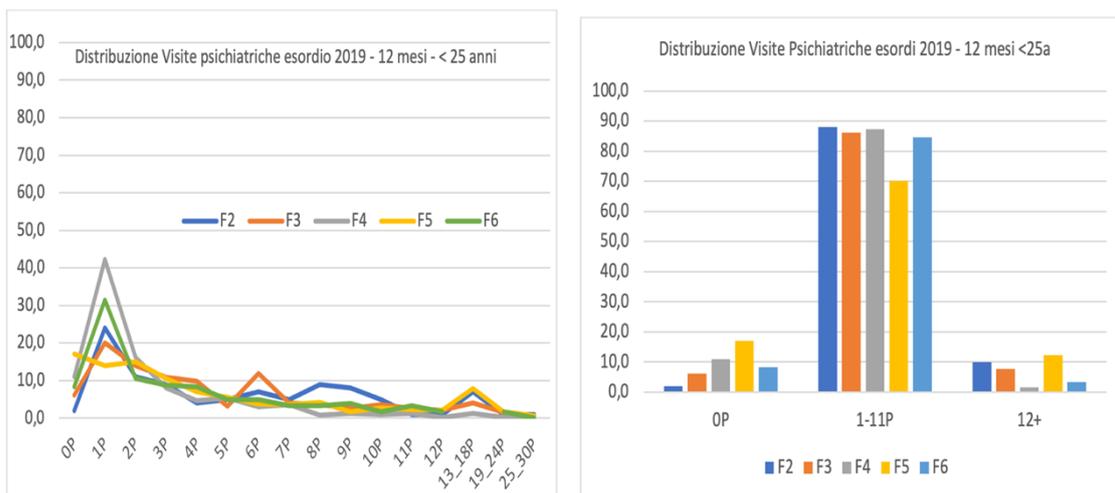
AGGIORNAMENTO

1.1 I trattamenti sanitari obbligatori**1.2 La necessità di interventi precoci e di attenzione agli esordi**

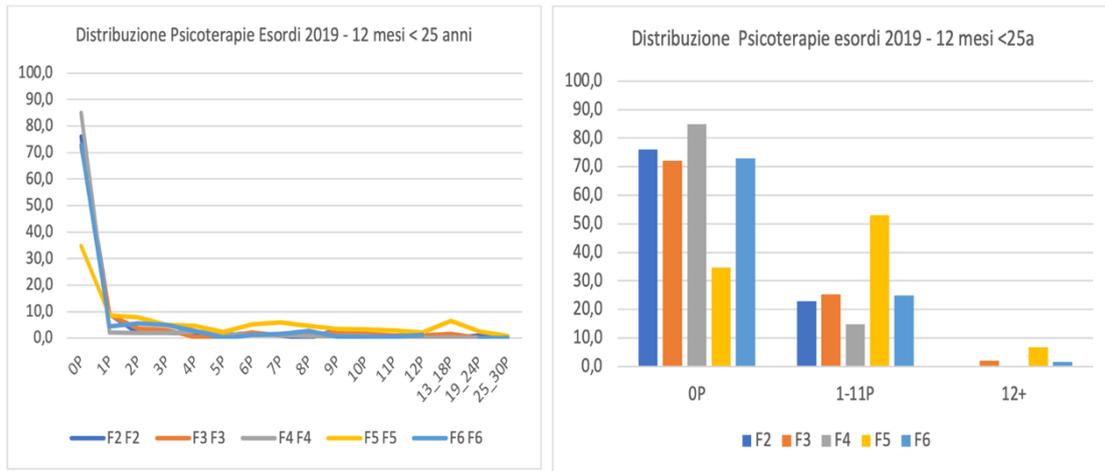
La disponibilità di dettaglio dei dati del flusso APT per alcuni anni ci permette di analizzare l'andamento degli interventi per pazienti giovani (<25 anni) nei 12 mesi successivi alla presa in carico da parte dei servizi. Troviamo un quadro molto deludente, che segnala lo scarso numero di interventi 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 1.2.1 e 1.2.2

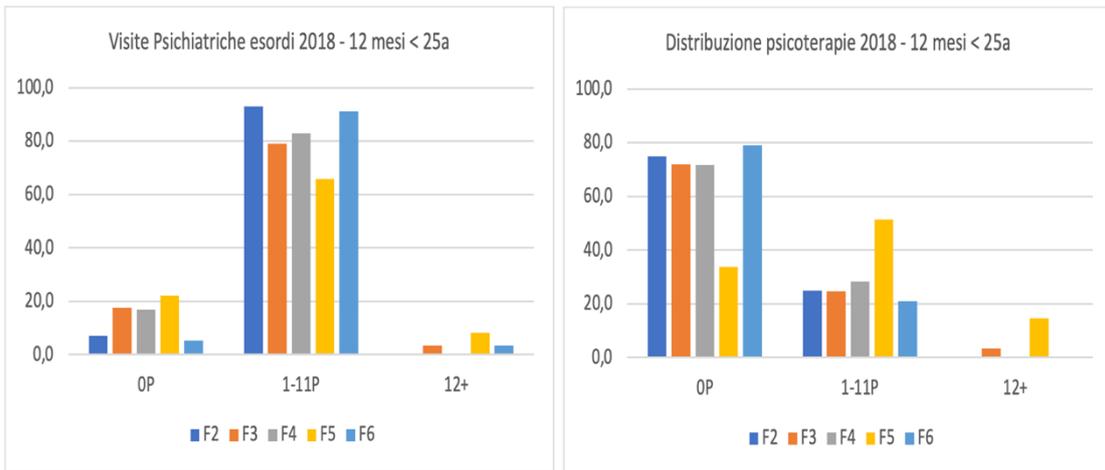


Grafici 1.2.3 e 1.2.4



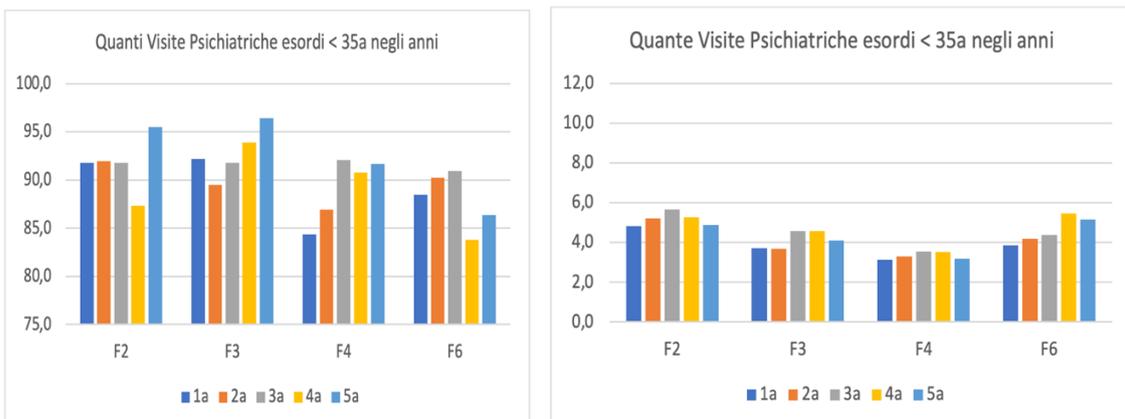
Sarebbe errato pensare che questo andamento era legato ai problemi del Covid. Se vediamo la situazione relativa al 2018 non troviamo un quadro sostanzialmente diverso.

Grafici 1.2.5 e 1.2.6

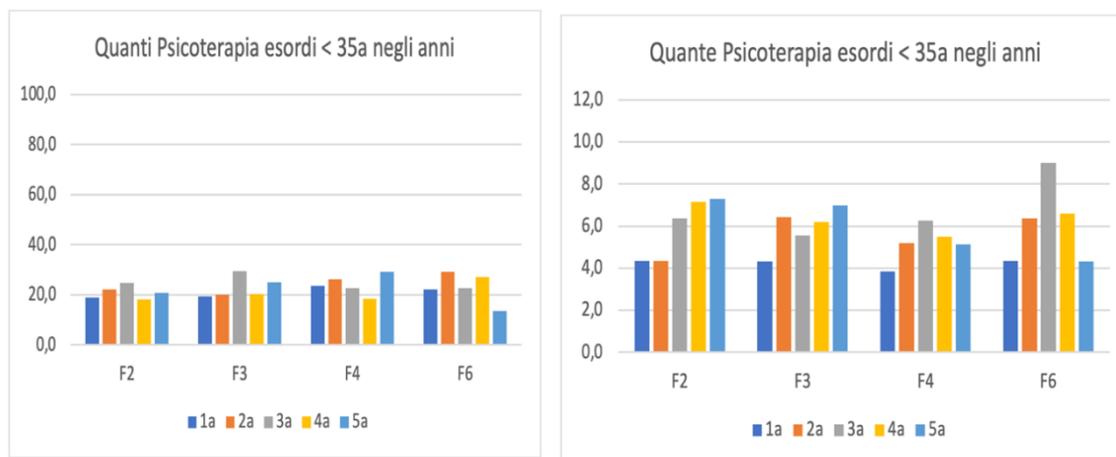


Il dato che fa più pensare è però quello relativo all'andamento negli anni degli interventi. Di fatto spesso negli anni aumenta sia la % dei pazienti che ha una specifica prestazione, sia il numero delle prestazioni ricevute. Non quindi gli esordi, ma i pazienti che continuano il trattamento, probabilmente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

Grafici 1.2.7 e 1.2.8

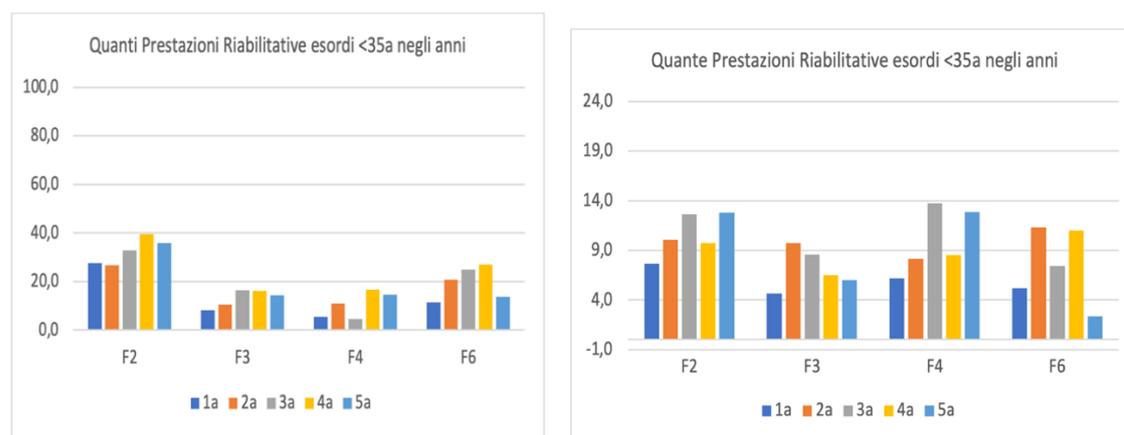


Grafici 1.2.9 e 1.2.10



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

Grafici 1.2.11 e 1.2.12



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

1.3. La integrazione con neuropsichiatria infantile

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:

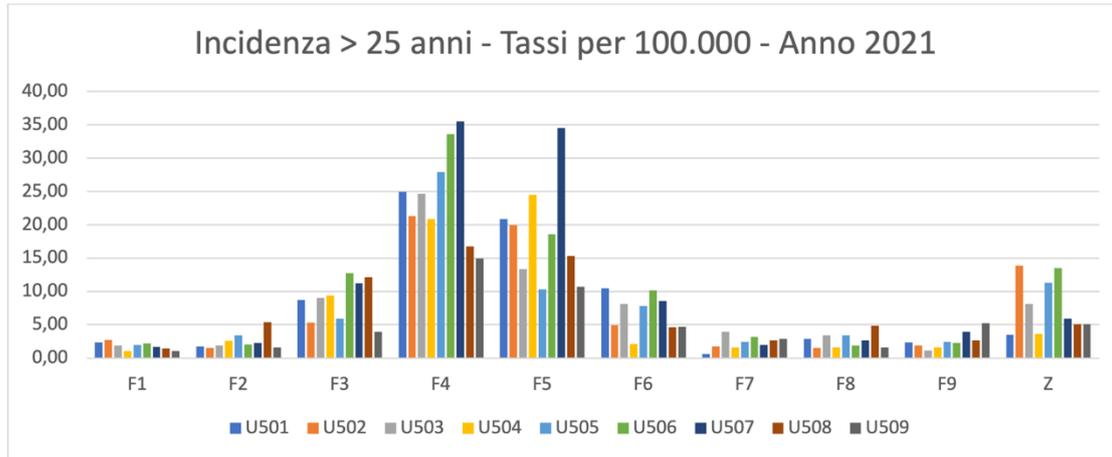
Tabella 1.3.1

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

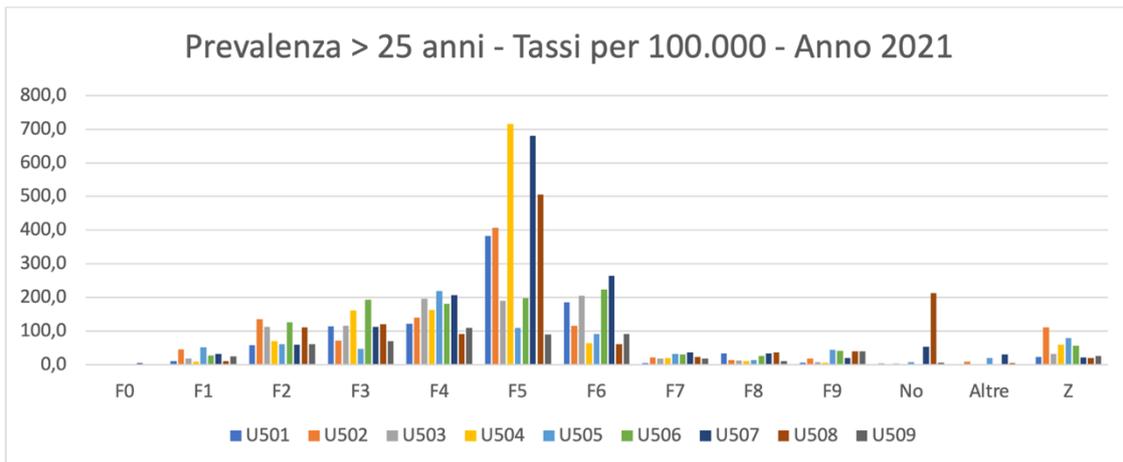
Grafico 1.3.1



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

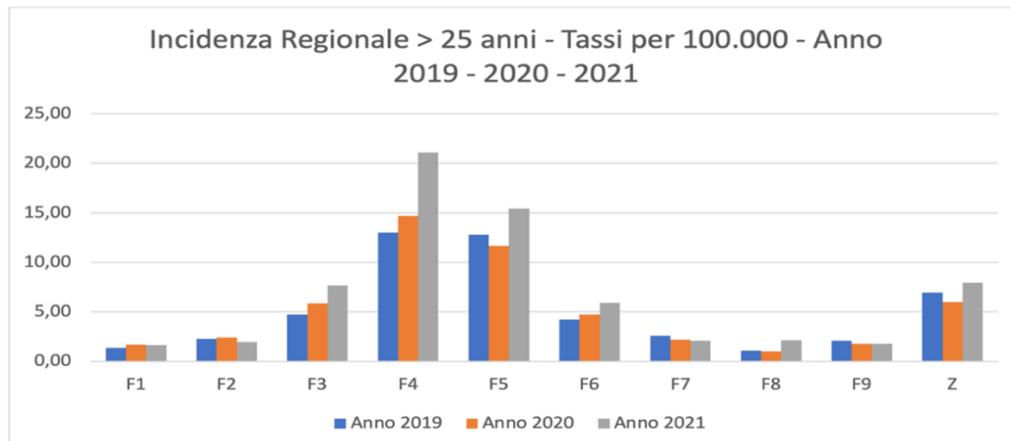
Questa invece è la prevalenza sempre riferita al 2021

Grafico 1.3.2



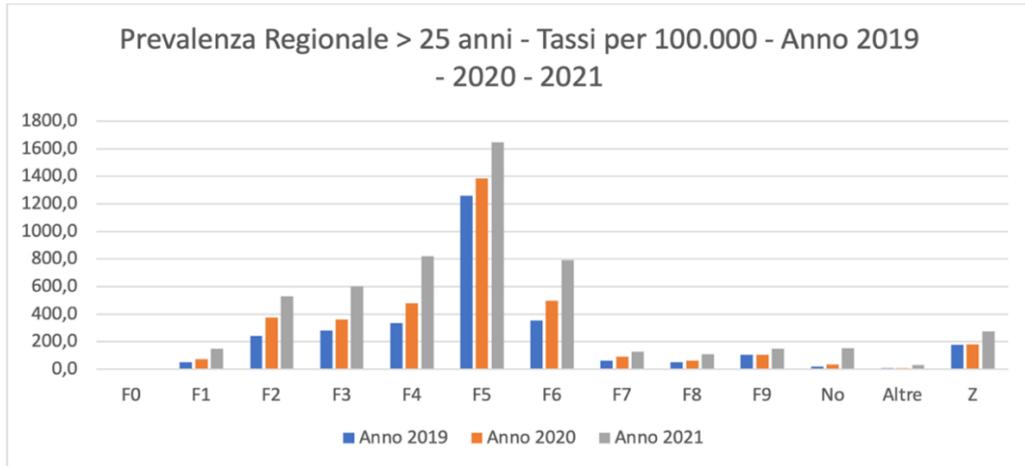
Per quanto riguarda l'andamento complessivo negli ultimi tre anni è evidente un aumento importante in tutte le aree diagnostiche, sia nella incidenza

Grafico 1.3.3



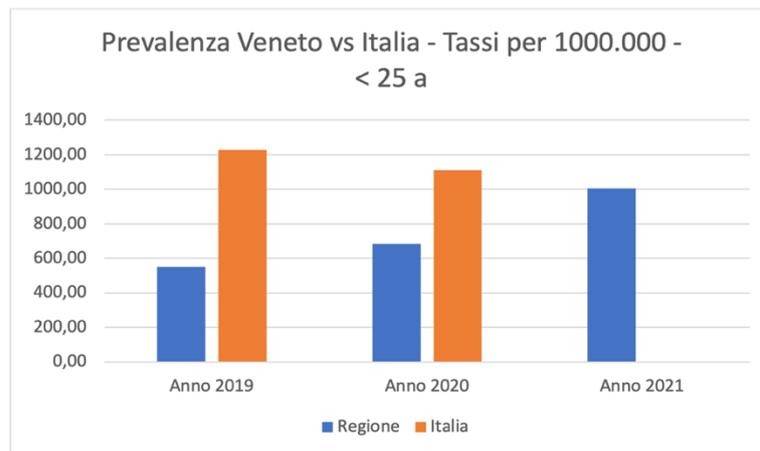
sia nella prevalenza

Grafico 1.3.4



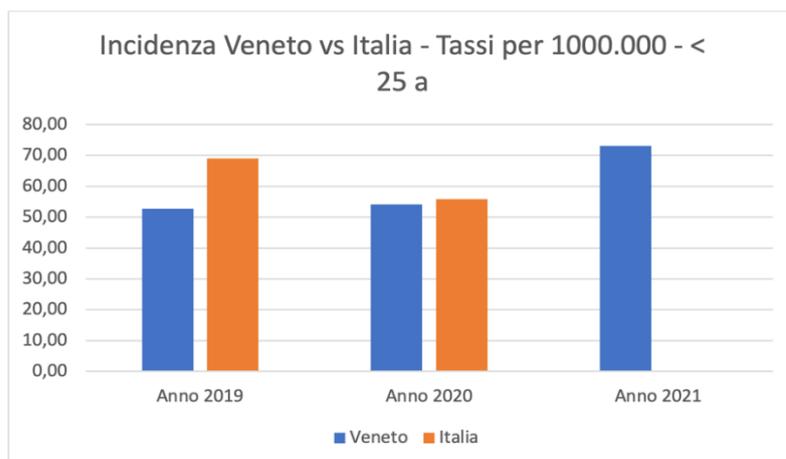
Questa è la differenza fra i tassi per tale fascia nel Veneto ed in Italia

Grafico 1.3.5



E questa la differenza nelle incidenze:

Grafico 1.3.6



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.

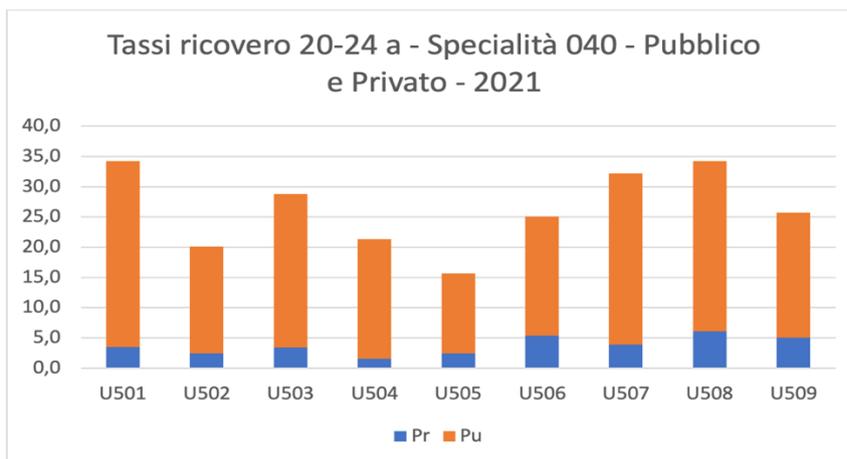
La differenza fra le Ulss è evidente anche evidenziando i tassi di ricovero per la fascia 15-19 nel pubblico e nel privato

Grafico 1.3.7



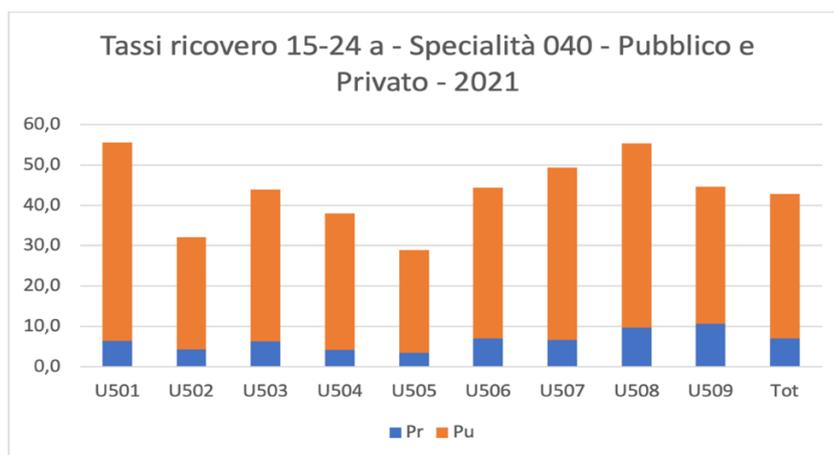
Questo il dato relativo alla fascia 20-24 anni

Grafico 1.3.8



E complessivamente 15-24 anni

Grafico 1.3.9



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

Tabella 1.3.2

% 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.

1.4 La integrazione con i SerD

Annotiamo per inciso che dai dati desunti dal Flusso nazionale delle tossicodipendenze (ultimo Report relativo all'anno 2021) risulta una situazione problematica per qual che riguarda i SerD del Veneto:

Grafico 1.4.1

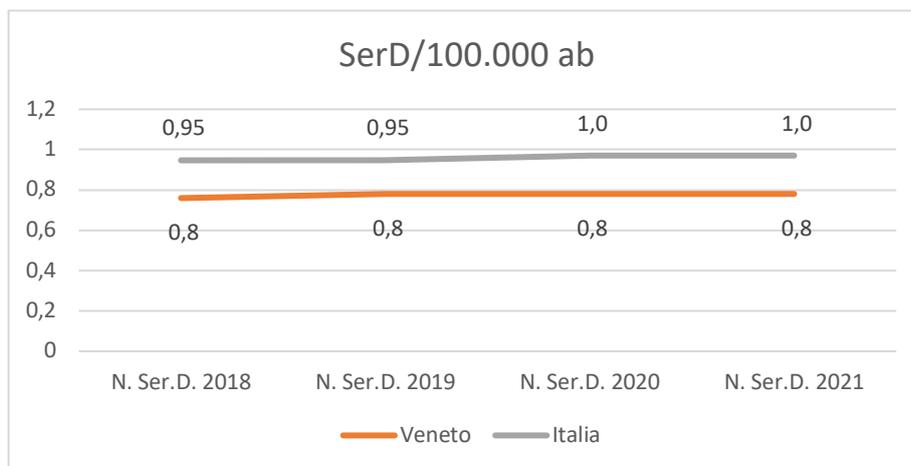
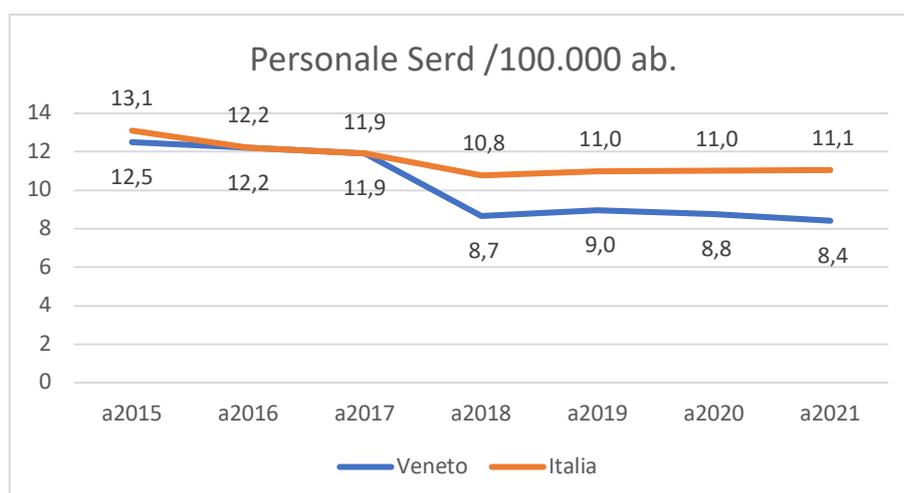


Grafico 1.4.2



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

Tabella 1.4.1

Veneto

QUALIFICA	a2018	a2019	a2020	a2021
MEDICO	1,6	1,6	1,5	1,4
DI CUI PSICHIATRI	1,0	0,7	0,6	0,6
PSICOLOGO	1,1	1,1	1,0	1,0
PERSONALE INFERMIERISTICO	2,3	2,5	2,4	2,6
EDUCATORE PROFESSIONALE	1,5	1,6	1,7	1,4
OTA/O.S.S.	0,4	0,4	0,4	0,5
ASSISTENTE SOCIALE	1,2	1,1	1,1	1,0
SOCIOLOGO	-	-	-	-
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,4	0,4	0,3	0,3
ALTRO	0,3	0,2	0,3	0,2
TOTALE	8,7	9,0	8,8	8,4

Tabella 1.4.2

Italia

QUALIFICA	a2018	a2019	a2020	a2021
MEDICO	2,4	2,4	2,4	2,4
DI CUI PSICHIATRI	0,7	0,7	0,7	0,7
PSICOLOGO	1,5	1,6	1,6	1,6
PERSONALE INFERMIERISTICO	3,3	3,3	3,4	3,5
EDUCATORE PROFESSIONALE	1,0	1,0	1,1	1,1
OTA/O.S.S.	0,2	0,1	0,2	0,2
ASSISTENTE SOCIALE	1,5	1,5	1,5	1,4
SOCIOLOGO	0,1	0,1	0,1	0,1
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,4	0,4	0,4	0,4
ALTRO	0,3	0,3	0,3	0,4
TOTALE	10,8	11,0	11,0	11,1

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

Grafico 1.4.3 e 1.4.4

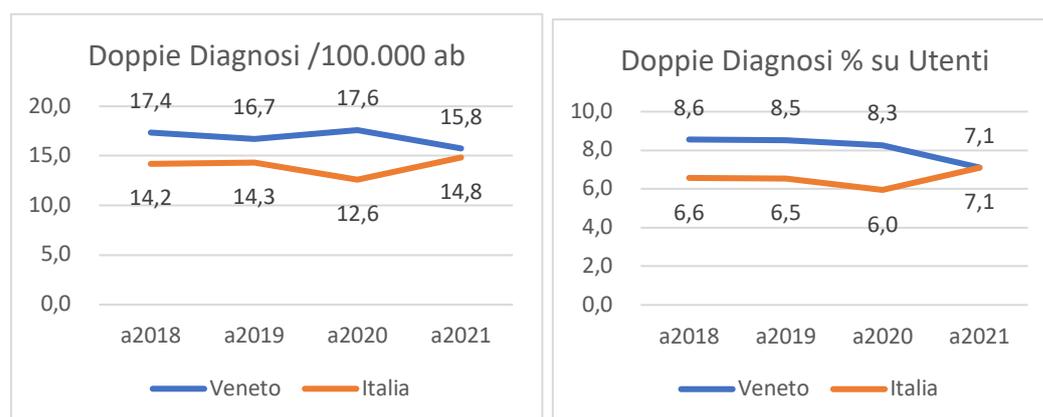
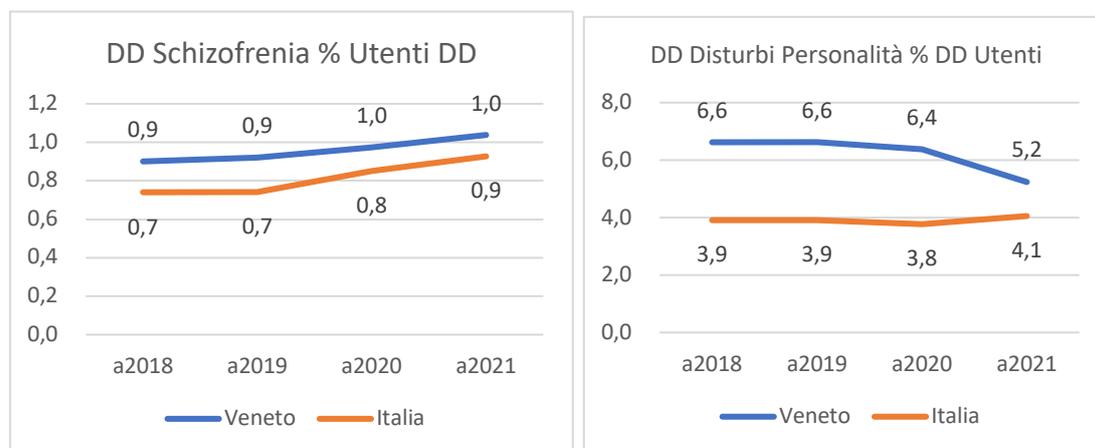


Grafico 1.4.5 e 1.4.6



2.1. 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 2.1.1

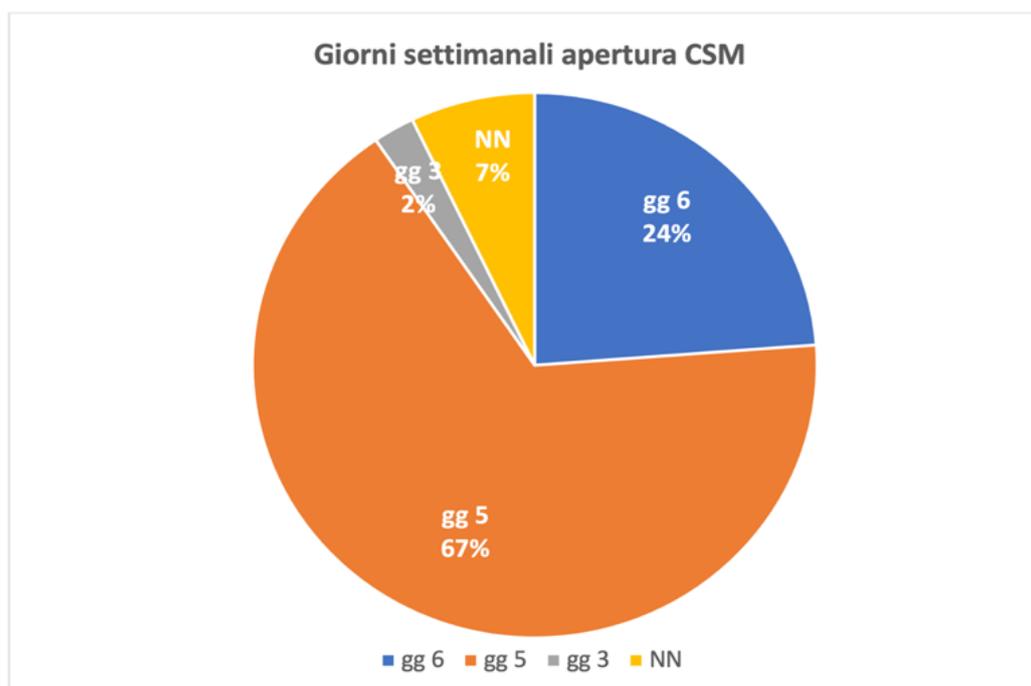
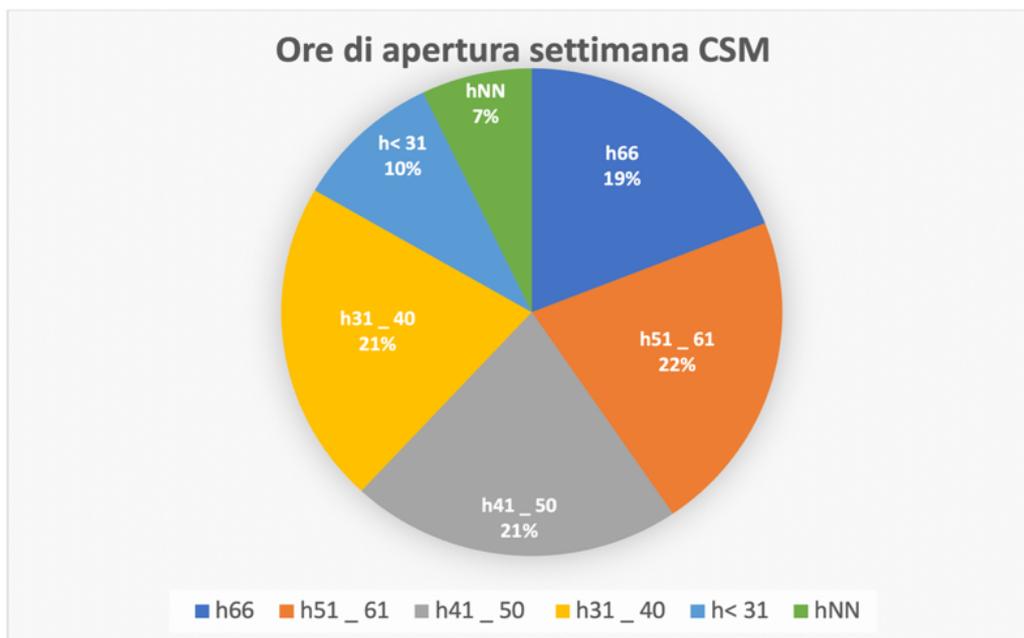
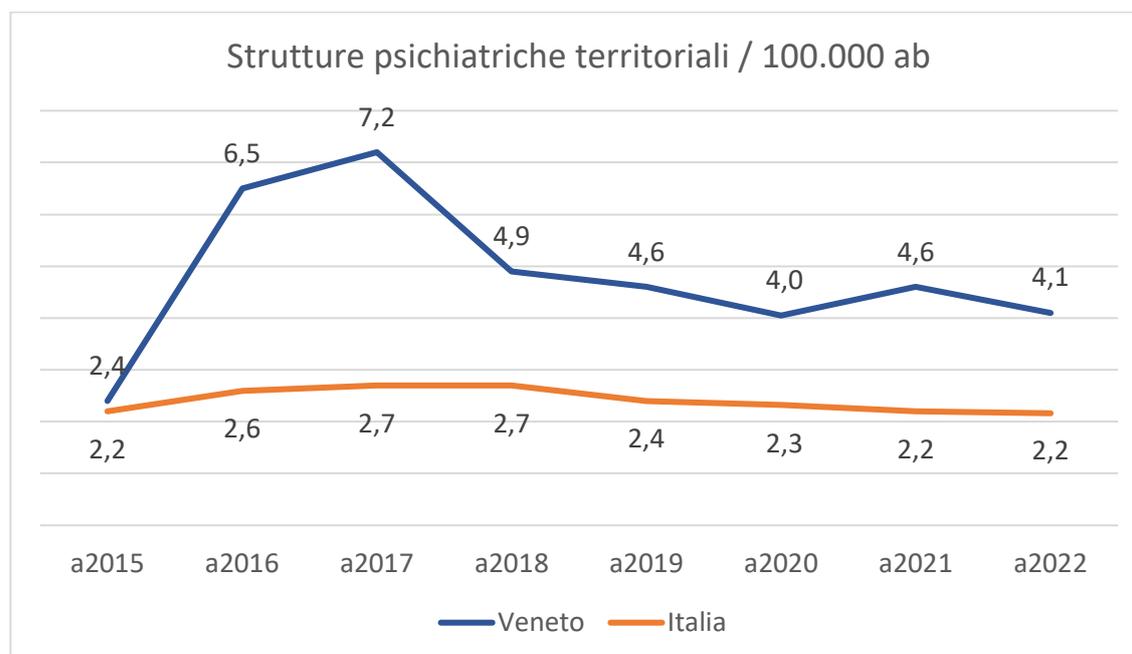


Grafico 2.1.2



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 SISMI.

Grafico 2.1.3



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.

2.2 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 2.2.1

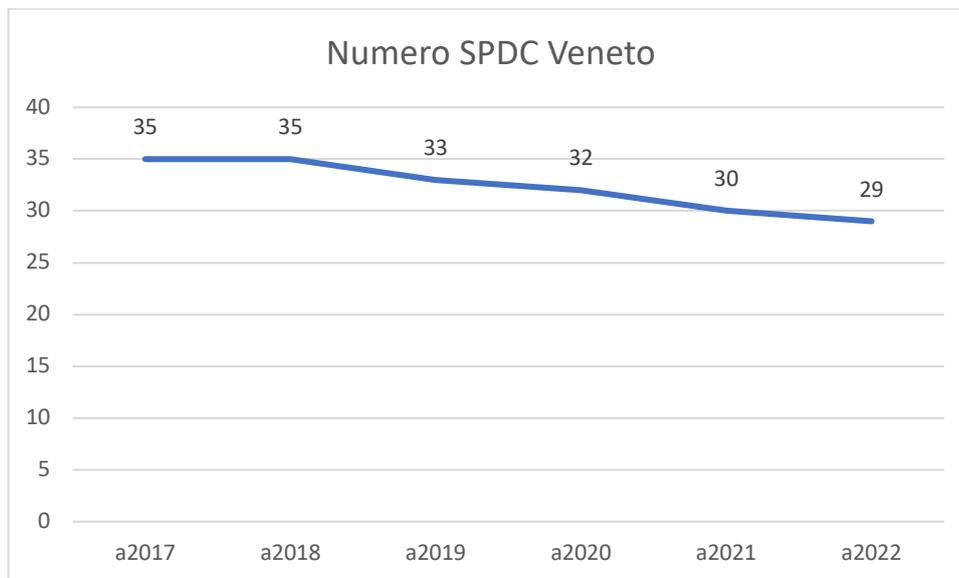
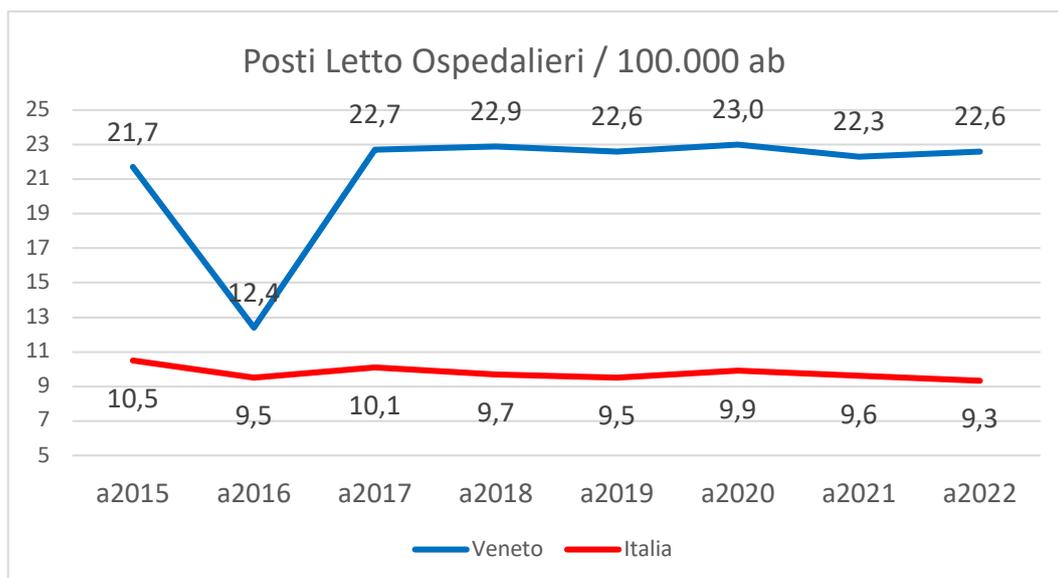
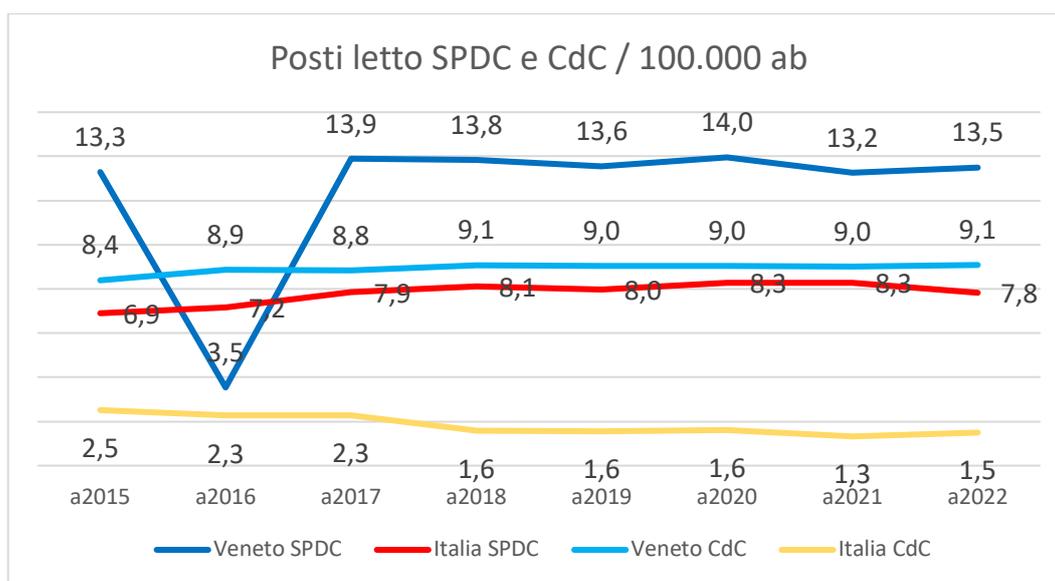


Grafico 2.2.2



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

Grafico 2.2.3



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 2.2.1

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

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

Il report SISM 2023 relativamente ai dati del 2022 riporta per il Veneto complessivamente 110 strutture psichiatriche semiresidenziali (DHT + CD), fra pubbliche e private, ma ulteriori informazioni non sono desumibili.

Questi i dati delle strutture semiresidenziali (CD e DHT).

Grafico 2.3.1

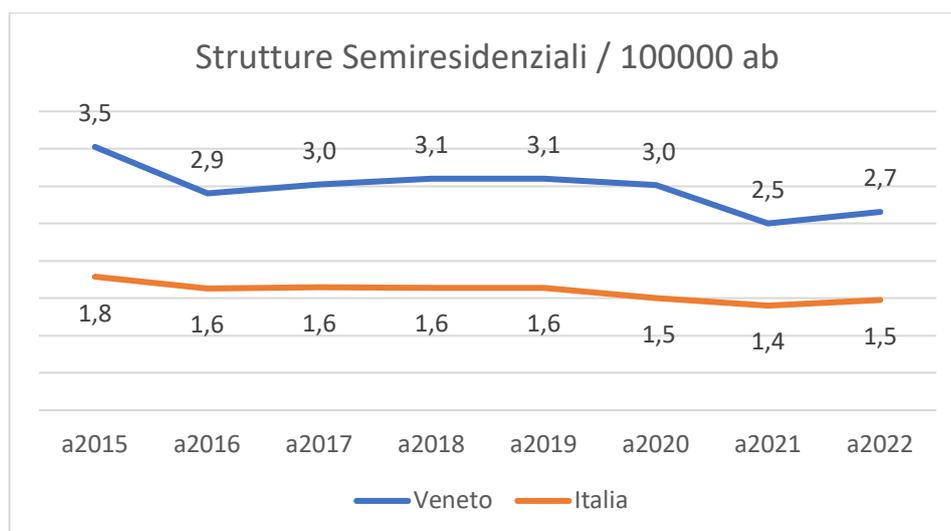


Tabella 2.3.1

Appendice - Tabella 6.1 Utenti presenti in strutture semiresidenziali psichiatriche - tasso standardizzato per 10.000 abitanti
Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2022

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

Tabella 2.3.2

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 2022

REGIONE	SEMIRESIDENZIALE		
	N. Strutture	Posti	
		Valore assoluto	Per 10.000 abitanti
PIEMONTE	39	950	2,6
VALLE D'AOSTA	3	39	3,7
LOMBARDIA	157	2.608	3,1
BOLZANO	7	94	2,2
TRENTO	n.d.	n.d.	n.d.
VENETO	97	1.472	3,6
FRIULI VENEZIA GI	37	594	5,8
LIGURIA	17	336	2,6
EMILIA ROMAGNA	35	584	1,6
TOSCANA	66	1.285	4,1
UMBRIA	24	352	4,8
MARCHE	21	295	2,3
LAZIO	68	1.781	3,7
ABRUZZO	15	347	3,2
MOLISE	14	54	2,1
CAMPANIA	60	842	1,8
PUGLIA	58	1.118	3,4
BASILICATA	7	81	1,7
CALABRIA	8	85	0,5
SICILIA	43	680	1,7
SARDEGNA	13	223	1,6
ITALIA	789	13.820	2,8

Tabella 2.3.3

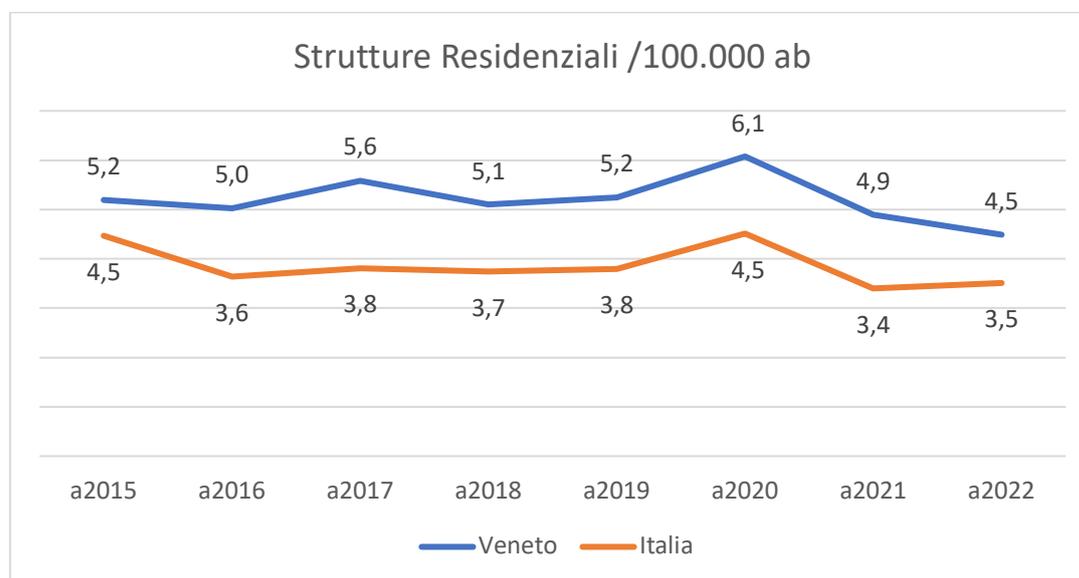
Utilizzo Centri diurni

Anno	Tasso Pazienti/10000 - Veneto	Tasso Pazienti/10.000 Italia	Tasso accessi/10.000 Veneto	Tasso Accessi/10.000 Italia	Pazienti/Anno	Accessi/anno	Media Accessi/giorno	% Accessi fatti/disponibili
	2015	11,44	4,83	550,61				
2016	6,7	4,4	439,3	325,9	2763	189039	750	53,7
2017	7,1	4,4	475	291	2906	194663	811	58,1
2018	7,1	4,3	501,8	277,1	2895	205634	857	61,3
2019	6,8	4,3	483,6	287,5	2782	198200	826	59,1
2020	5,6	3,7	268,8	189,3	2328	111989	467	33,4
2021	5,5	3,7	396,0	221,8	2328	164384	685	49,0
2022	8,3	4,4	439,6	248,7	3434	182113	759	54,3
		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				

2.4 Strutture per attività in regime residenziale

I dati sul numero delle strutture residenziali mostrano nel Veneto valori più alti rispetto alla media nazionale, comportando meno posti letto per struttura rispetto alla media italiana.

Grafico 2.4.1



3.1 La spesa dedicata nel Fondo Sanitario

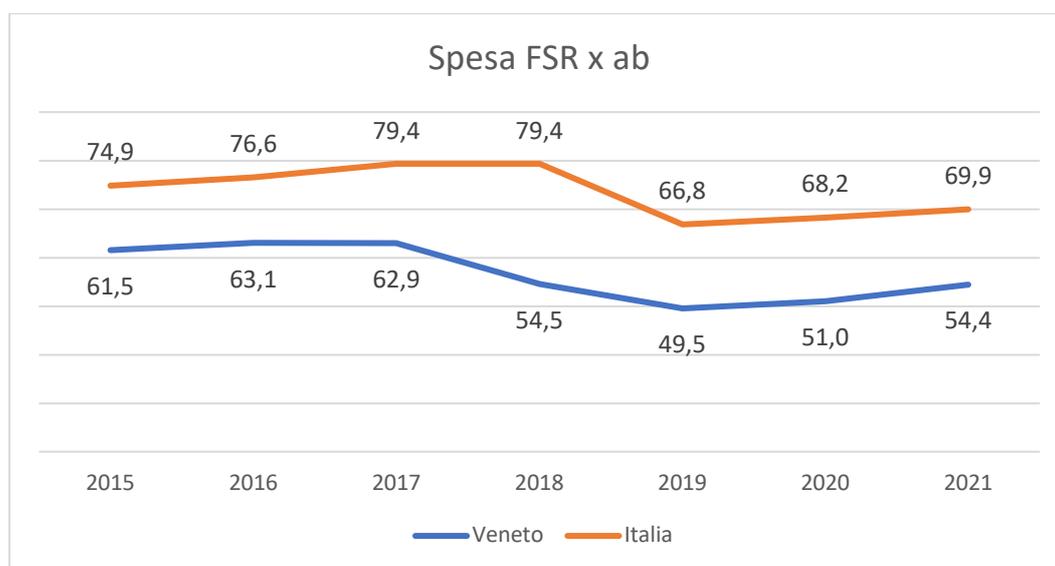
La 4080/2000 ribadiva il 5 % delle risorse complessive del Fondo Sanitario Regionale come limite adeguato per finanziare i servizi per la salute mentale, elemento ripreso anche nella DGR 651/2010.

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.

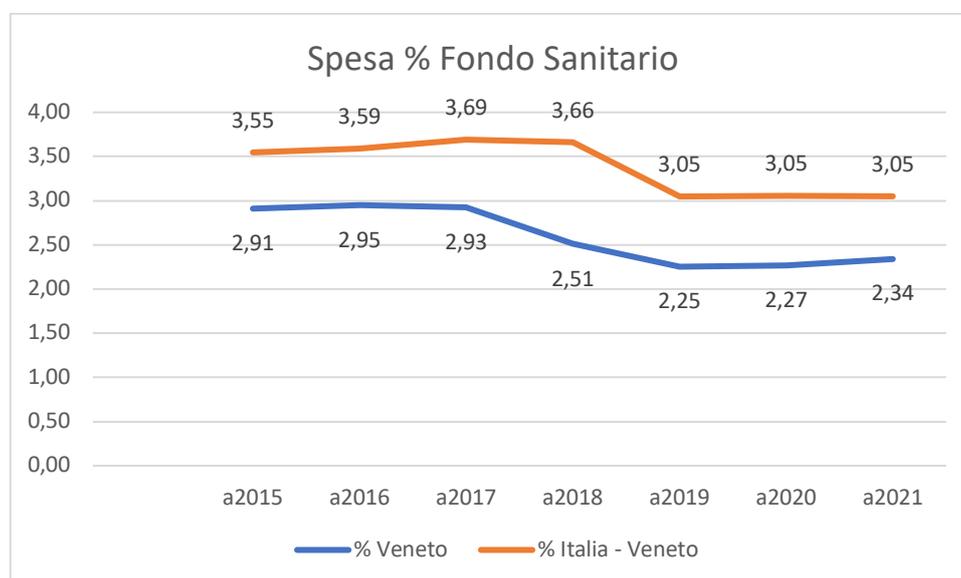
Purtroppo i dati SISM 2023 per il 2022 non portano aggiornamenti relativamente alla parte economica, che rimane così ferma al 2021

Grafico 3.1.1



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 3.1.2



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 2021) di 3,05 % occorrerebbero € 67.600.000 annui.

Per raggiungere il 5% come da documenti nazionali e gli stessi documenti approvati dalla Regione Veneto occorrerebbero: € 253.688.000 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.

3.2. 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 3.2.1 e 3.2.2

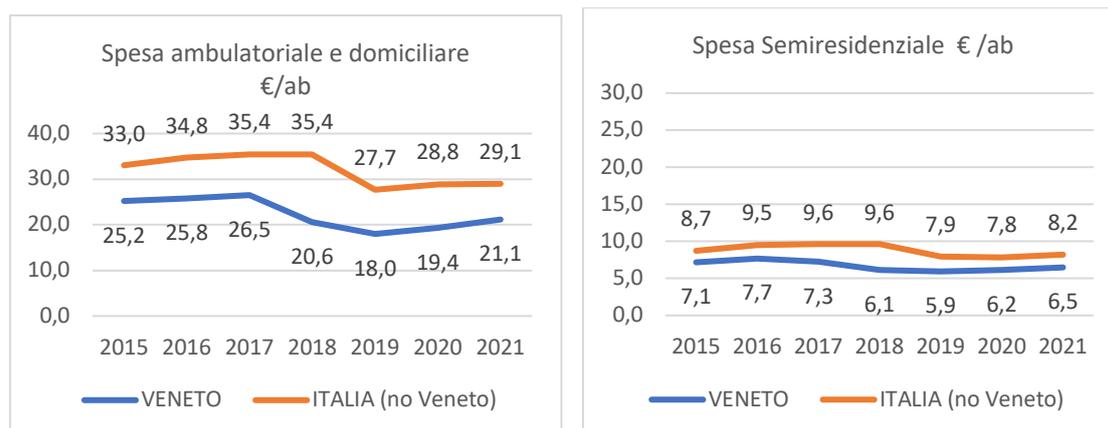


Grafico 3.2.3 e 3.2.4

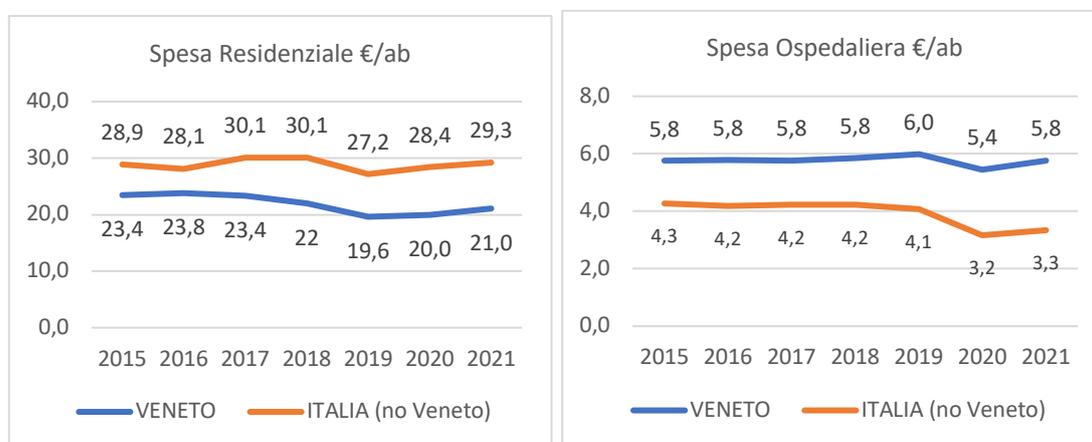


Grafico 3.2.5 e 3.2.6

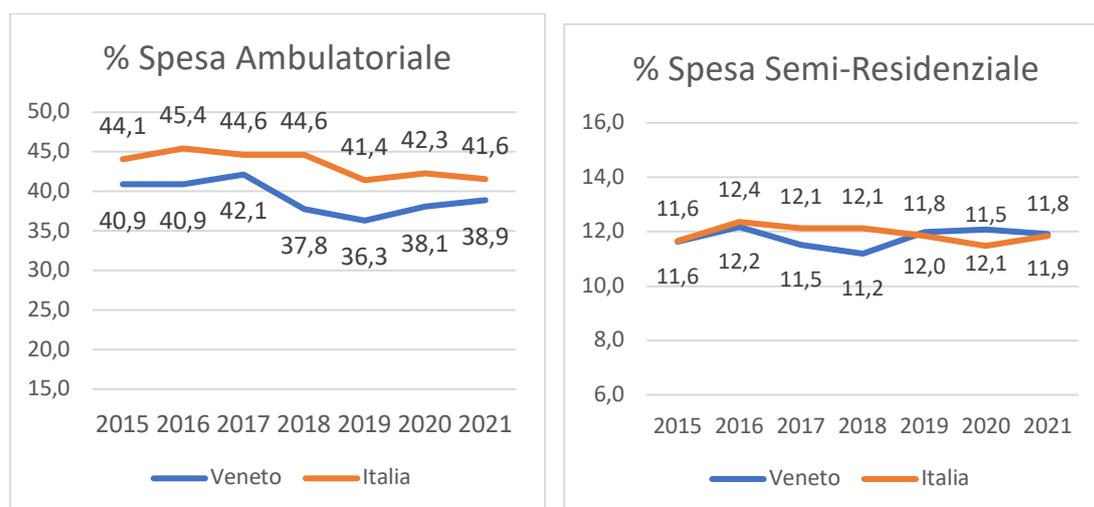
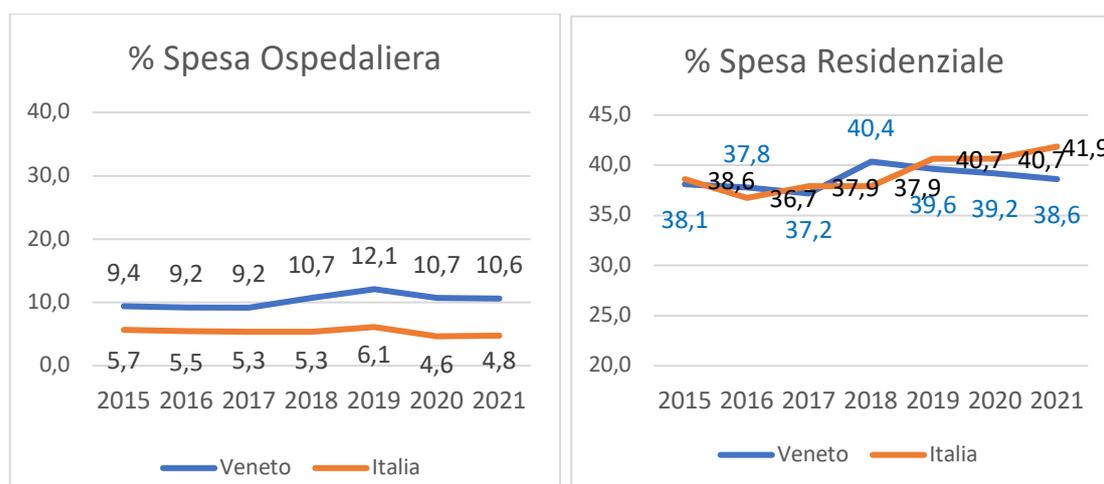


Grafico 3.2.7 e 3.2.8



È evidente il divario fra spesa Veneta e spesa Nazionale.

Tabella 3.2.1

Spesa /ab	Diff % Veneto/Italia 2015	Diff % Veneto/Italia 2021
Ambulatoriale e domiciliare	- 23,6	- 27,2
Semiresidenziale	- 18,4	- 21,3
Residenziale	- 19,1	- 28,1
Ospedaliera	+ 24,9	+ 72,4

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

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

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

4.1 I dati del personale (da SISM)

Grafico 4.1.1

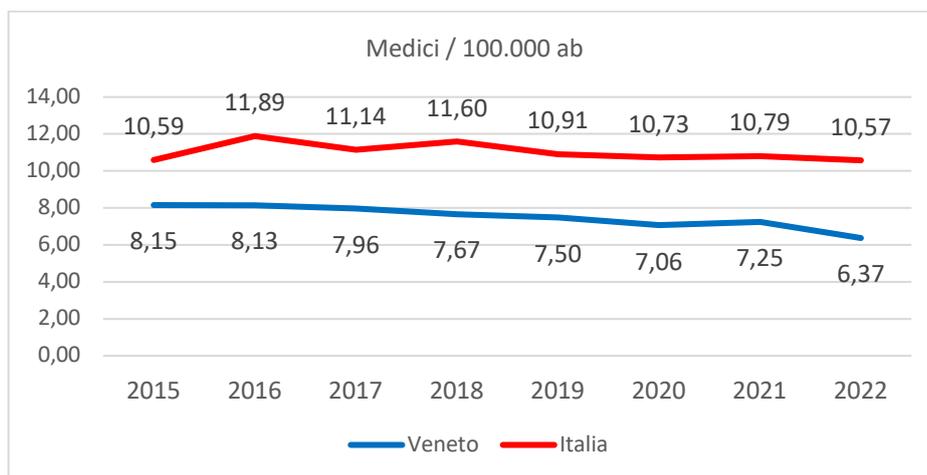


Grafico 4.1.2

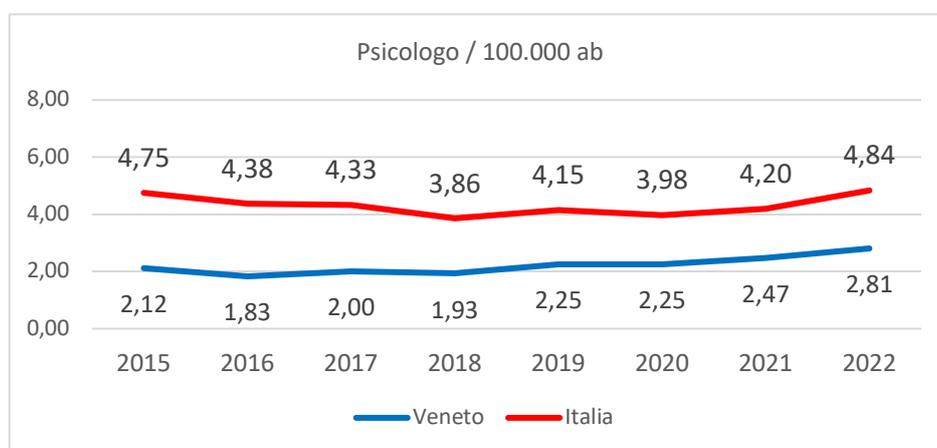


Grafico 4.1.3

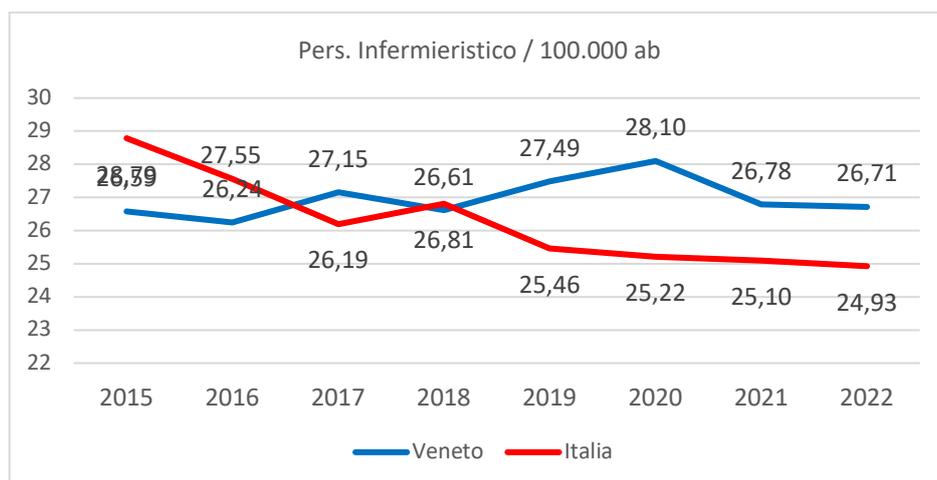


Grafico 4.1.4

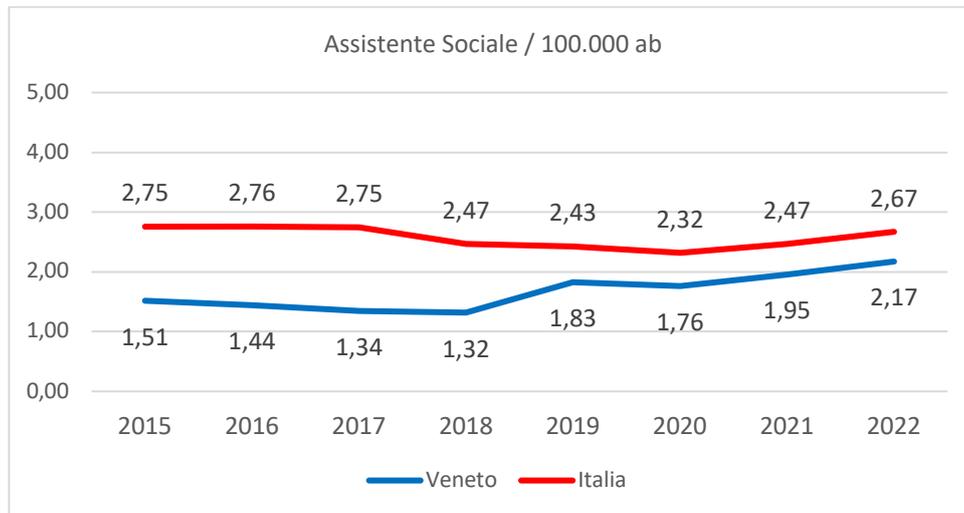


Grafico 4.1.5

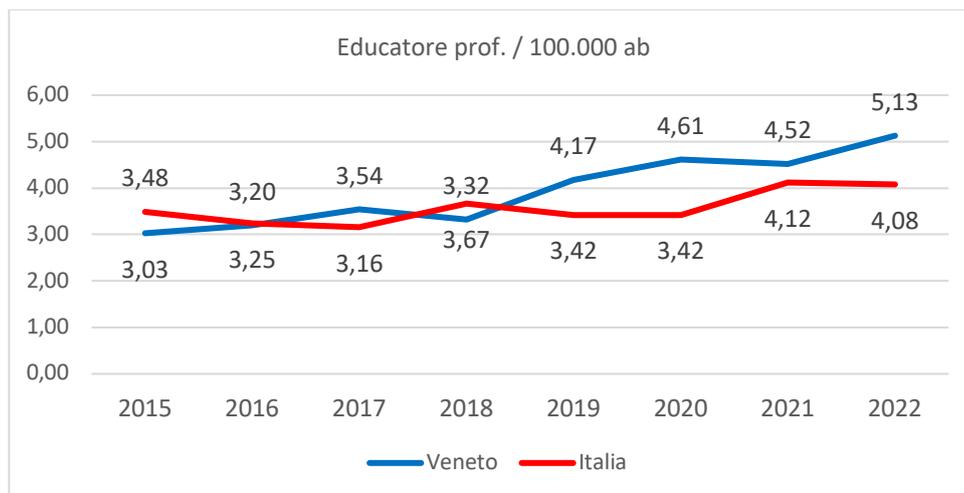


Grafico 4.1.6

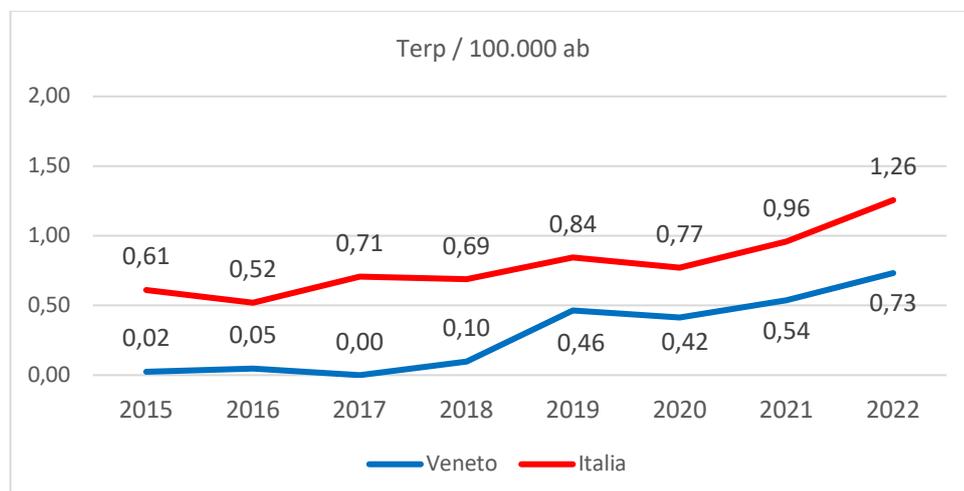


Grafico 4.1.7

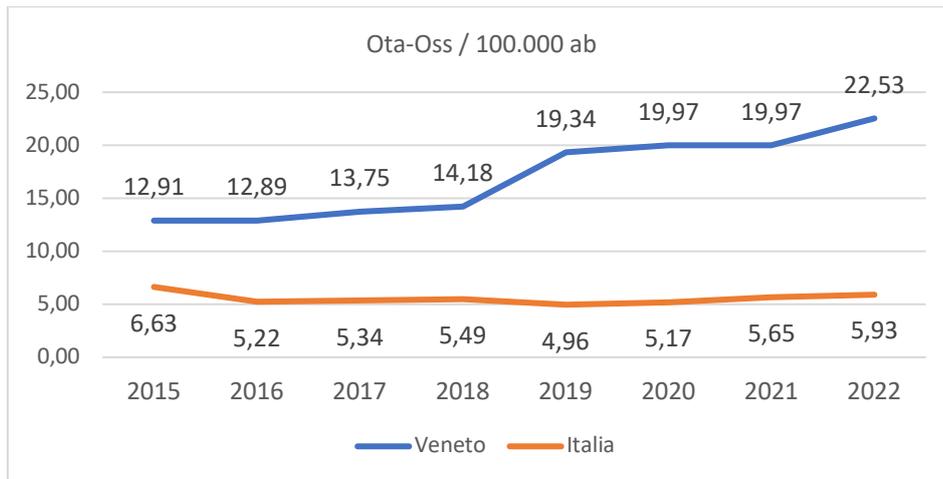


Grafico 4.1.8

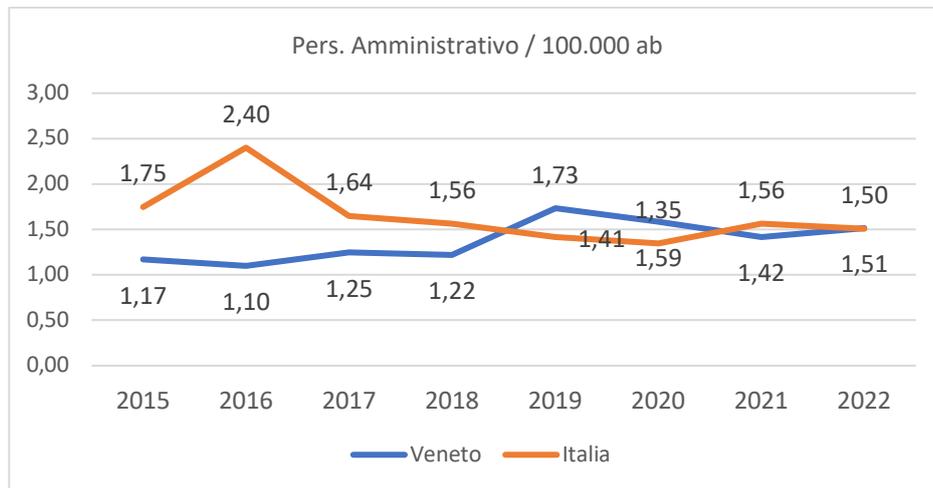


Grafico 4.1.9

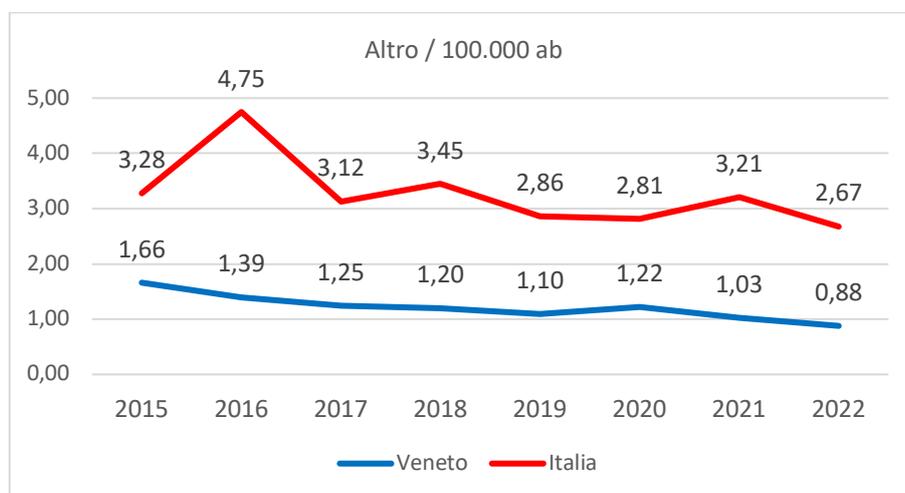


Grafico 4.1.10

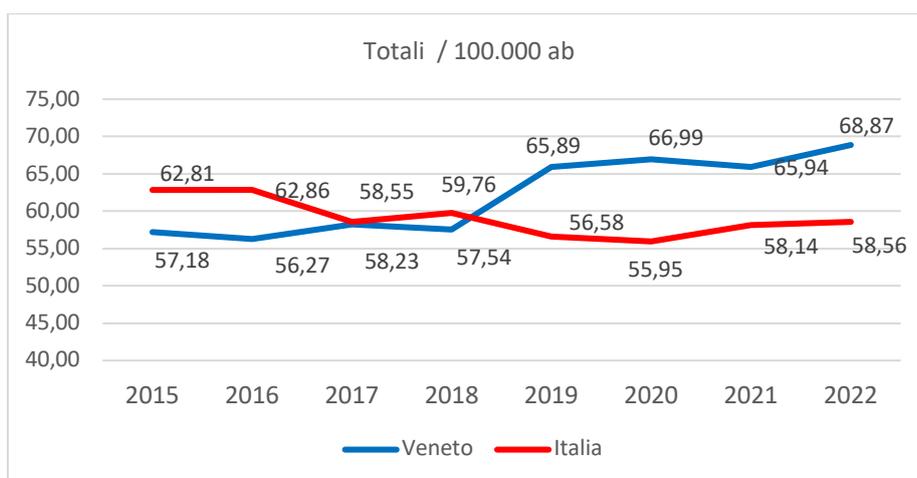


Tabella 4.1.1

Questa è la composizione percentuale del personale dei DSM confrontando il 2015 ed il 2022 e la situazione italiana con quella del Veneto. Emerge la importante diminuzione dei Medici e l'incremento importante degli OTA/OSS che sono attualmente 1/3 del personale dei DSM.

QUALIFICA	2015		2022	
	Italia	Veneto	Italia	Veneto
MEDICO	16,85	14,26	18,06	9,25
PSICOLOGO	7,56	3,71	8,26	4,08
PERSONALE INFERMIERISTICO	45,83	46,50	42,56	38,78
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	0,97	0,04	2,14	1,06
EDUCATORE PROFESSIONALE	5,54	5,29	6,97	7,44
OTA/O.S.S.	10,56	22,59	10,12	32,72
ASSISTENTE SOCIALE	4,38	2,65	4,57	3,15
SOCIOLOGO	0,30	0,00	0,18	0,04
PERSONALE AMMINISTRATIVO	2,78	2,05	2,57	2,20
ALTRO	5,22	2,90	4,57	1,28
TOTALI	100	100	100	100

4.2. 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: 4.2.1 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 4.2.2 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 4.2.3 – anno 2020

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

4.3 I dati 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 4.3.1 e 4.3.2

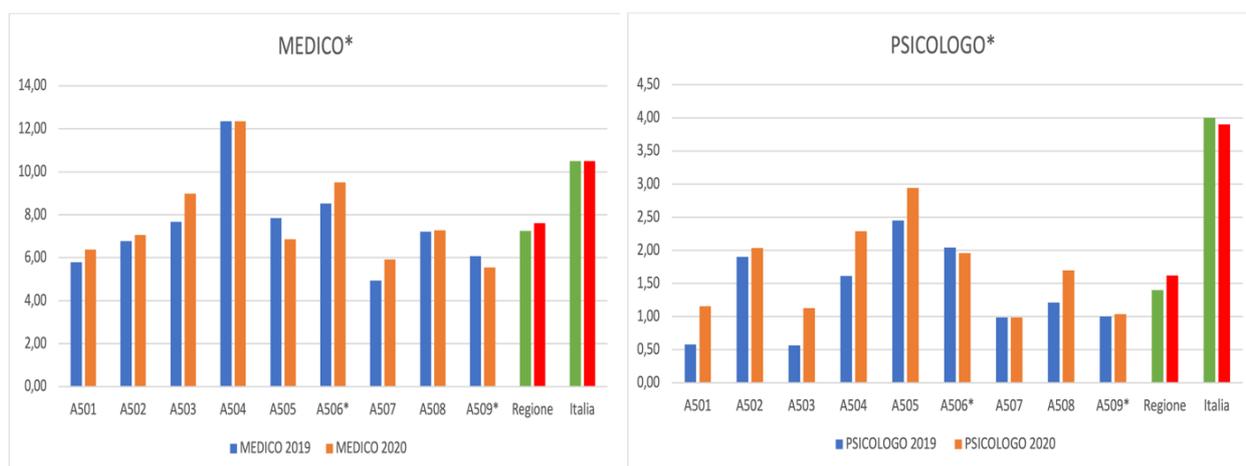


Grafico 4.3.3 e 4.3.4

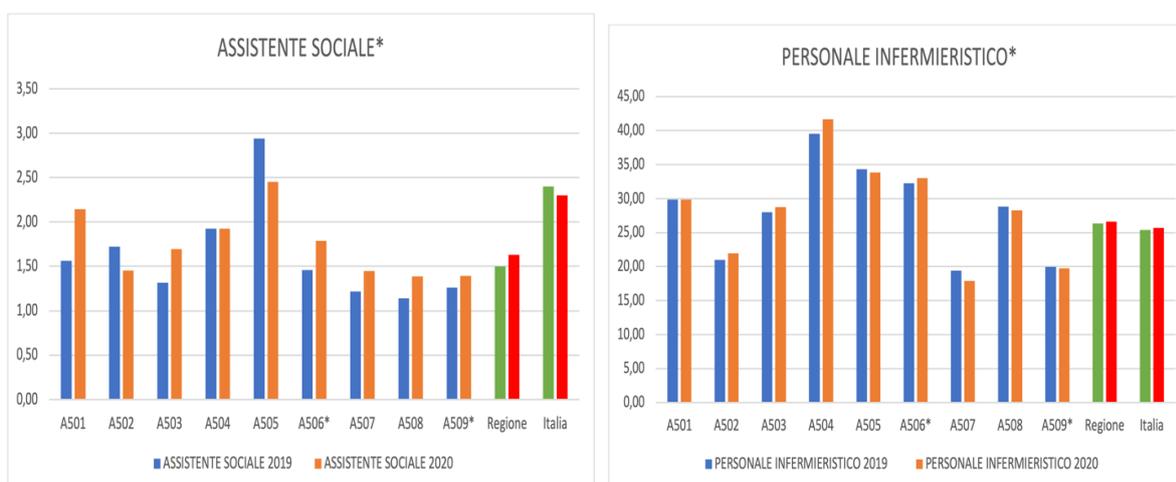


Grafico 4.3.5 e 4.3.6

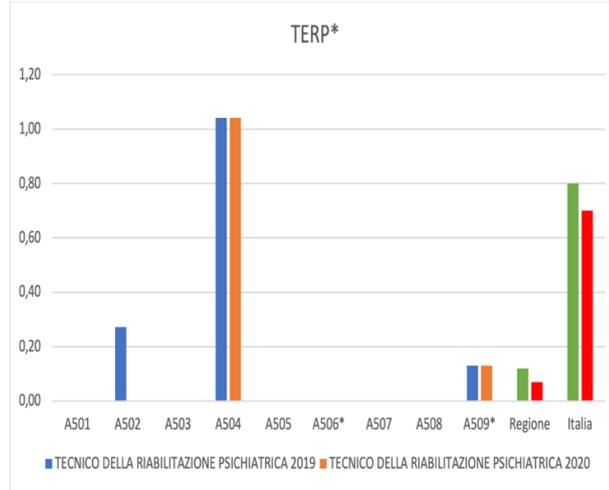
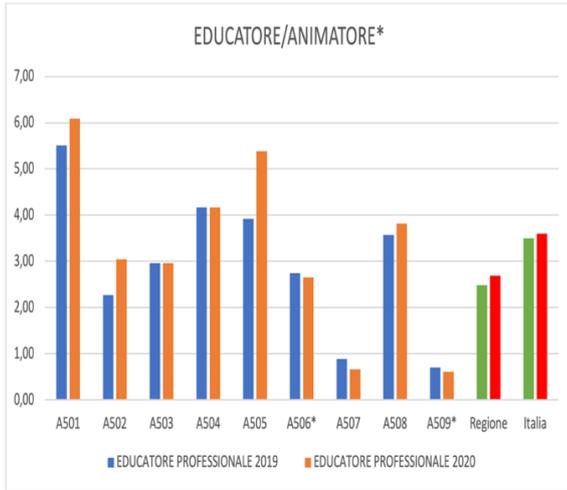


Grafico 4.3.7 e 4.3.8

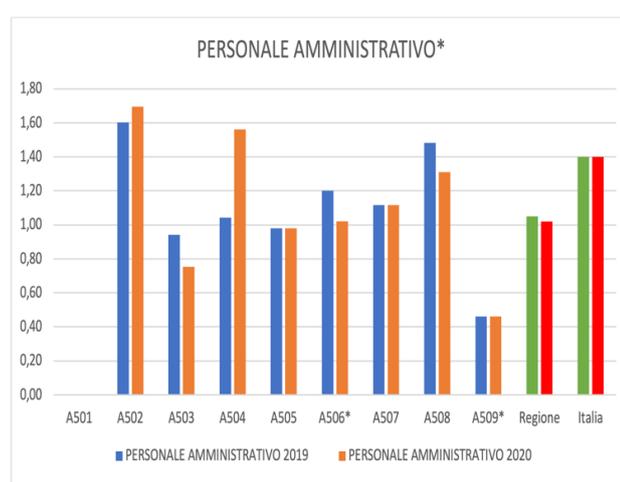
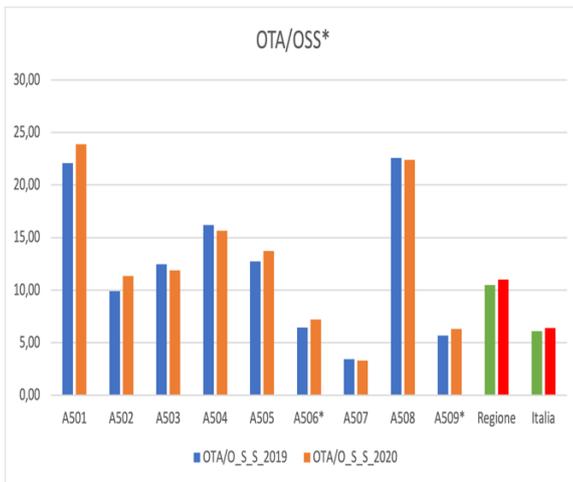
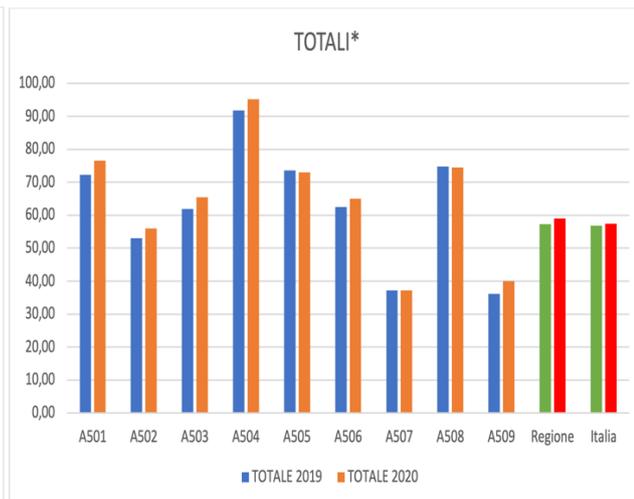
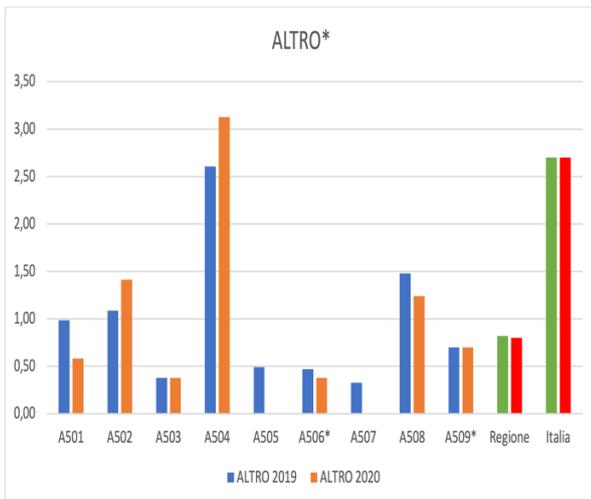


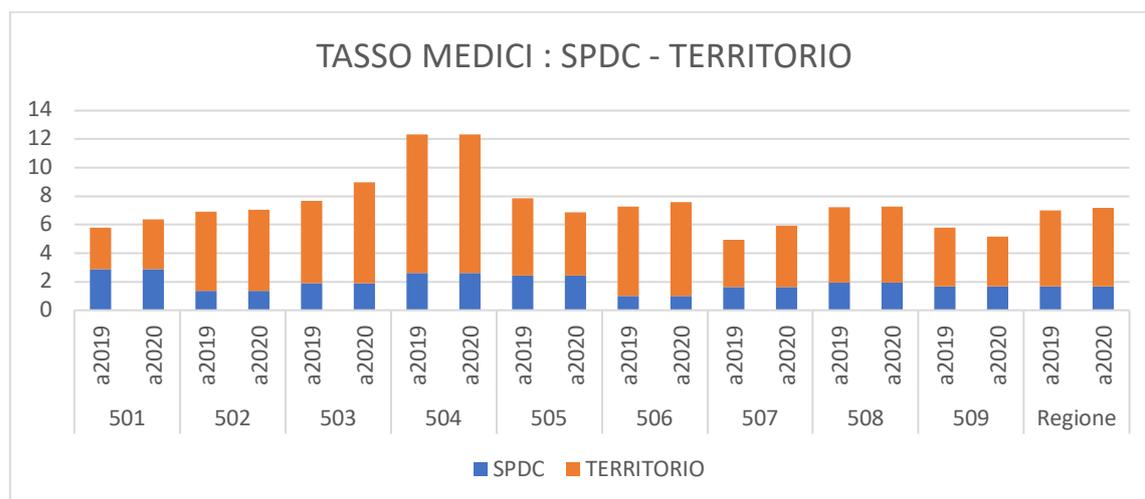
Grafico 4.3.9 e 4.3.10



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 9.3.11 anno 2020



4.4. 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 4.4.1 – anno 2020

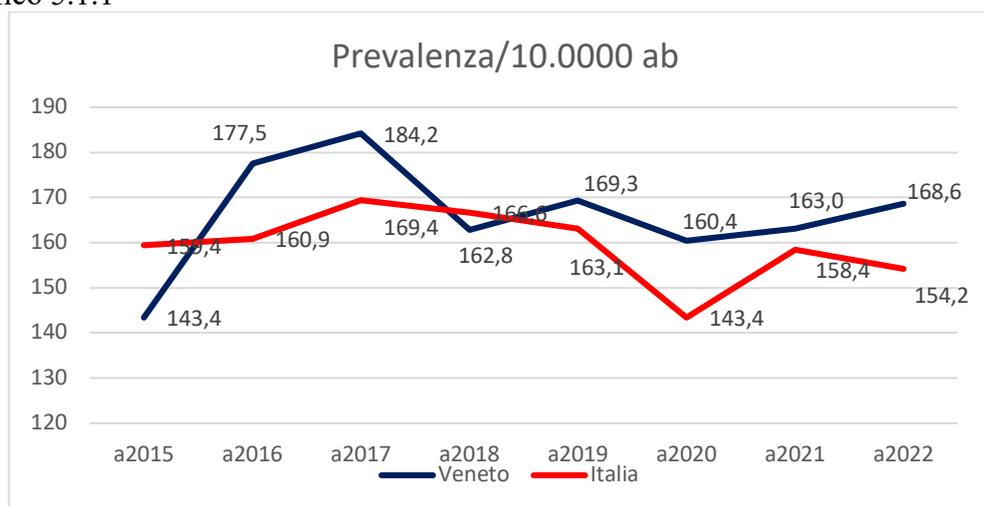


ANNO 2020 (tassi 100.000)	Errati SISMI	Regione reali	Italia	% Italia	Mancano
Medico	7,06	7,03	10,5	33,0	142,4
Psicologo	2,25	1,43	3,9	63,3	101,4
Personale Infermieristico	28,1	24,27	25,7	5,6	58,7
Assistente Sociale	1,76	1,55	2,3	32,6	30,8
Educatore/animatore	4,61	2,69	3,6	25,3	37,4
Terp	0,42	0,05	0,7	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

5.1. 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 5.1.1

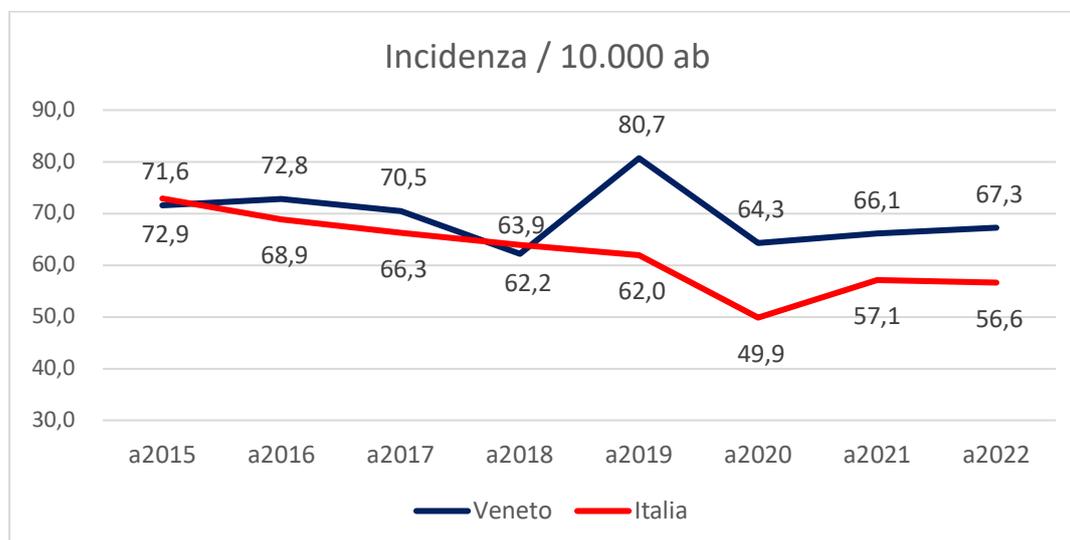


Non entriamo nelle analisi di dettaglio delle singole diagnosi, dove peraltro non si notano differenze significative rispetto alla media nazionale, per vari motivi:

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 5.1.2

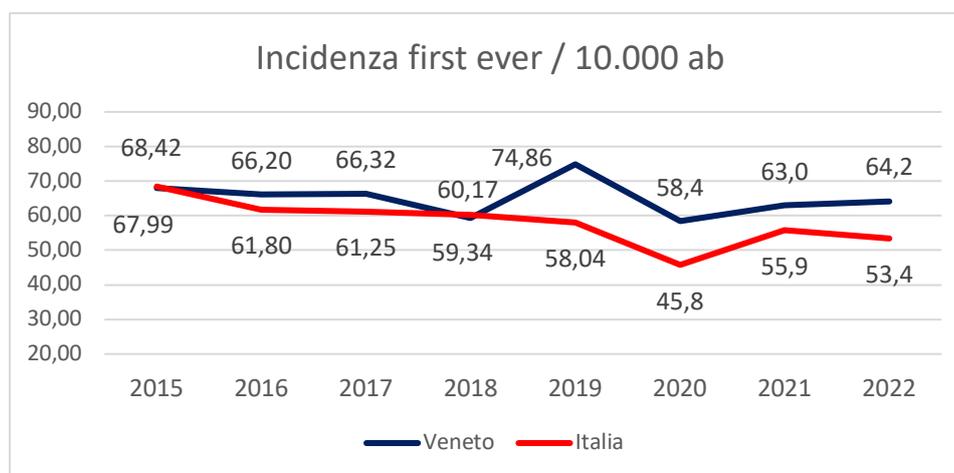


Si tratta di un dato che risente di più fattori che si intrecciano: la capacità di attrazione da parte dei servizi ed il grado di malessere nella popolazione. Da tenere presente che prevalenza ed incidenza sono ben lontani da quanto suggeriscono i dati relativi al consumo degli psicofarmaci (vedi 2.3.)

5.2 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 5.2.1

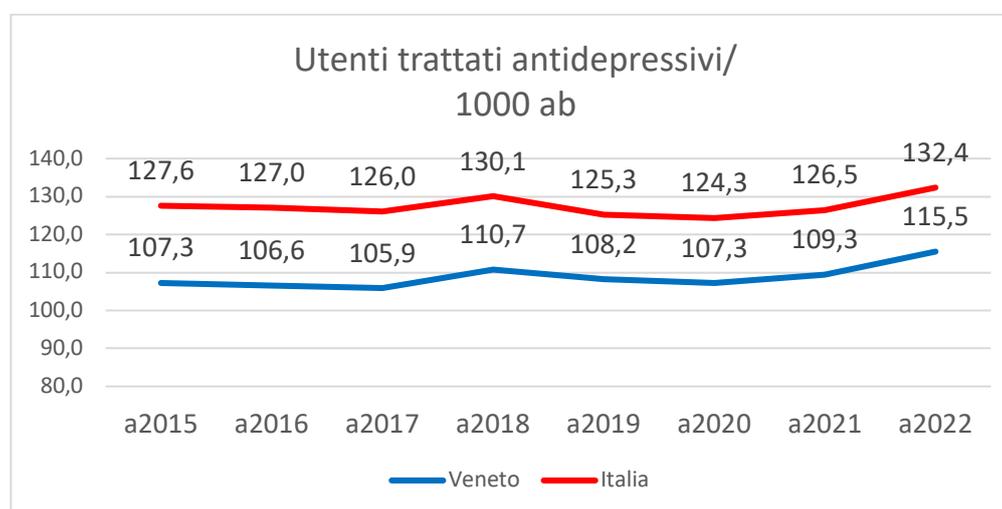


5.3 Il dato della prevalenza secondo il Flusso della Farmaceutica

I dati SISM riportano dati dai database regionali della farmaceutica per Antidepressivi, Antipsicotici e Litio, 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:

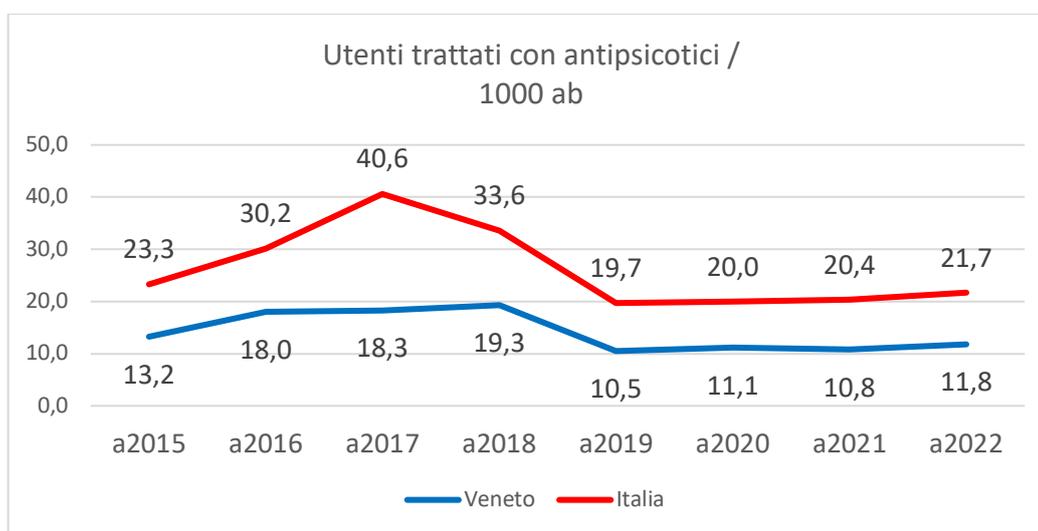
Grafico 5.3.1



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 5.3.2



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%)

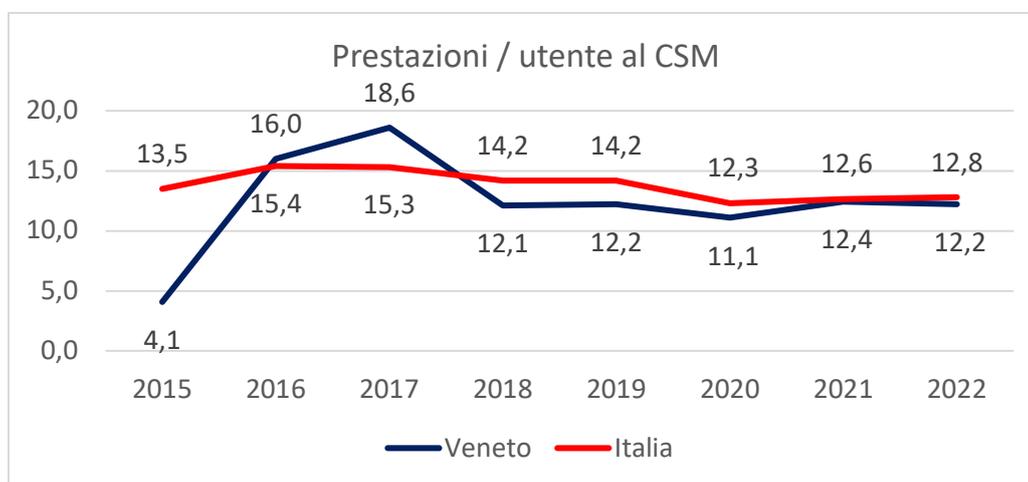
La Clozapina sarebbe utilizzata nella Schizofrenia nel 2,8% dei casi, dato che meriterebbe un serio approfondimento dal momento che è ritenuta dalle varie linee guida farmaco di elezione per le schizofrenie resistenti, ben superiori al 2,8%.

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

6.1 Le attività territoriali

Questo il quadro delle prestazioni erogate dal CSM

Grafico 6.1.1



I dati SISIM 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 2022 il SISIM fornisce il seguente dato:

Tabella 6.1.1

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	127.083	18,2%	6.654	1,0%	79.446	11,4%	485.771	69,5%	698.954	100,0%
VALLE D'AOSTA			6.293	27,1%	2.348	10,1%	14.578	62,8%	23.219	100,0%
LOMBARDIA	92.713	5,5%	16.723	1,0%	455.014	27,0%	1.119.439	66,5%	1.683.889	100,0%
PROV. AUTON. BOLZANO	7.044	4,8%	4.164	2,8%	11.389	7,8%	123.855	84,6%	146.452	100,0%
PROV. AUTON. TRENTO	9	0,0%	25.664	28,9%			63.230	71,1%	88.903	100,0%
VENETO	171.146	22,2%	15.080	2,0%	354.324	45,9%	231.534	30,0%	772.084	100,0%
FRIULI VENEZIA GIULIA	26.139	7,2%	1.802	0,5%	36.382	10,0%	301.073	82,4%	365.396	100,0%
LIGURIA	27.619	8,3%	4.828	1,5%	48.807	14,7%	251.410	75,6%	332.664	100,0%
EMILIA ROMAGNA	52.841	4,0%	7.482	0,6%	96.991	7,4%	1.156.666	88,0%	1.313.980	100,0%
TOSCANA	98.992	16,6%	13.228	2,2%	96.330	16,2%	386.817	65,0%	595.367	100,0%
UMBRIA	24.365	7,3%	2.341	0,7%	67.098	20,2%	238.910	71,8%	332.714	100,0%
MARCHE	29.727	10,5%	3.361	1,2%	61.100	21,6%	188.521	66,7%	282.709	100,0%
LAZIO	68.107	10,9%	32.093	5,2%	51.199	8,2%	471.217	75,7%	622.616	100,0%
ABRUZZO	5.865	6,8%	2.965	3,4%	6.195	7,2%	70.973	82,5%	85.998	100,0%
MOLISE	1.051	6,0%	628	3,6%	2.043	11,7%	13.749	78,7%	17.471	100,0%
CAMPANIA	40.852	7,1%	14.726	2,6%	60.682	10,5%	461.205	79,9%	577.465	100,0%
PUGLIA	37.091	6,9%	16.762	3,1%	53.583	9,9%	433.751	80,1%	541.187	100,0%
BASILICATA	8.128	13,1%	1.546	2,5%	9.142	14,7%	43.334	69,7%	62.150	100,0%
CALABRIA	107.872	23,1%	33.103	7,1%	95.742	20,5%	230.830	49,4%	467.547	100,0%
SICILIA	16.058	4,0%	16.863	4,2%	68.134	16,8%	303.942	75,0%	404.997	100,0%
SARDEGNA	1.284	1,0%	484	0,4%	5.927	4,8%	115.909	93,8%	123.604	100,0%
ITALIA	943.986	9,9%	226.790	2,4%	1.661.876	17,4%	6.706.714	70,3%	9.539.366	100,0%

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2022

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

Grafico 6.1.2

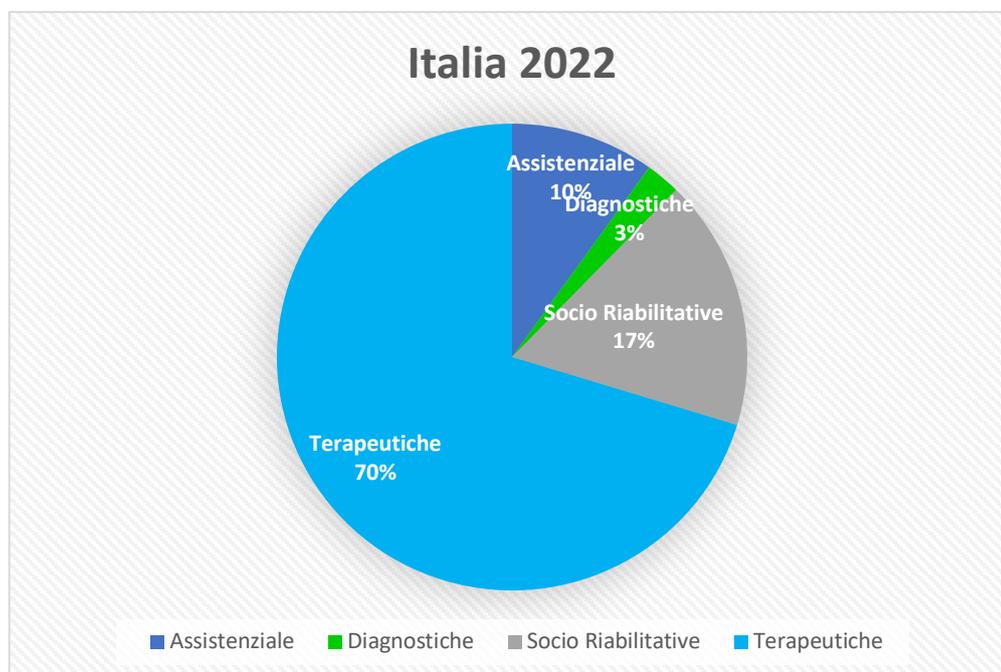
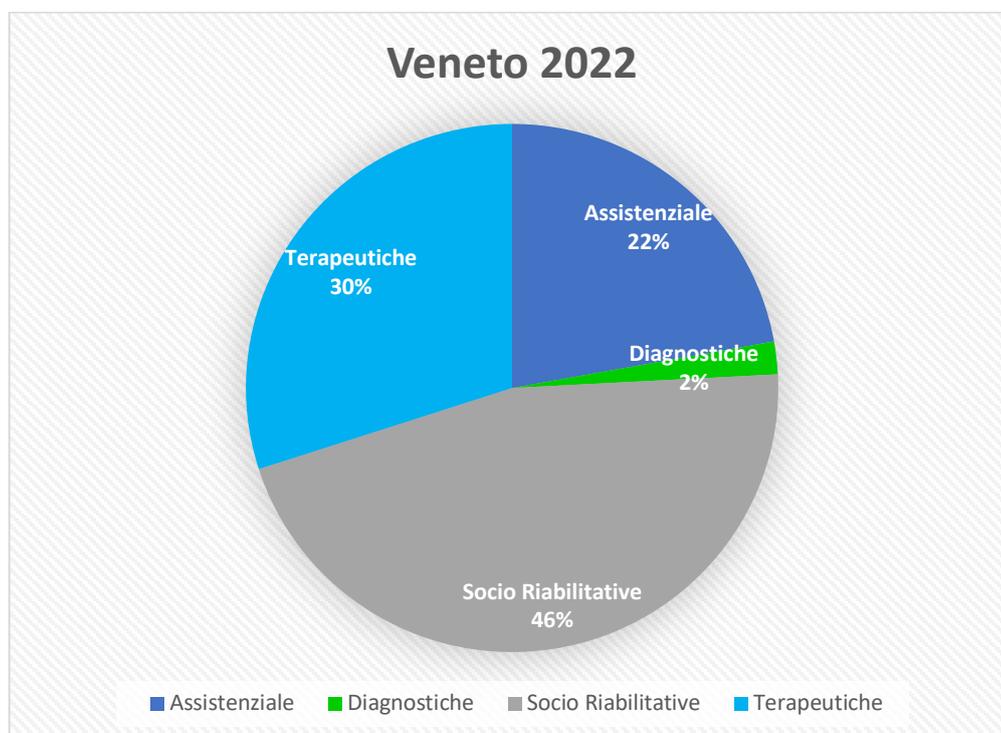


Grafico 6.1.3



Non si tratta di un problema esclusivamente legato al Covid, come ci mostra l'andamento degli ultimi 5 anni secondo i dati SISM.

Grafico 6.1.4

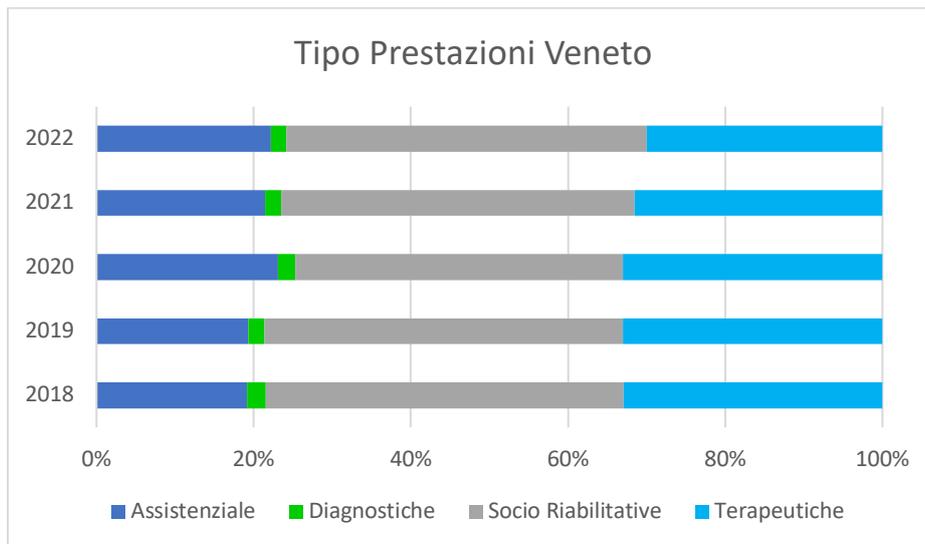
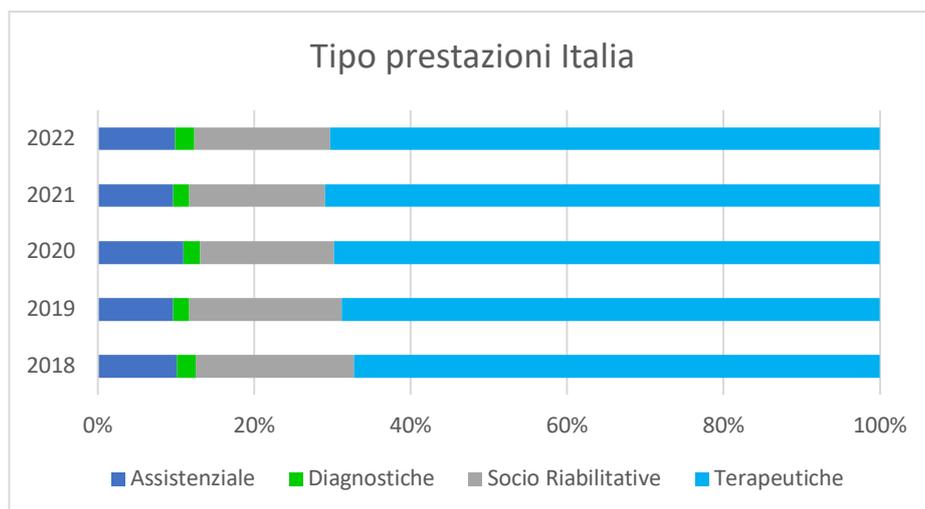
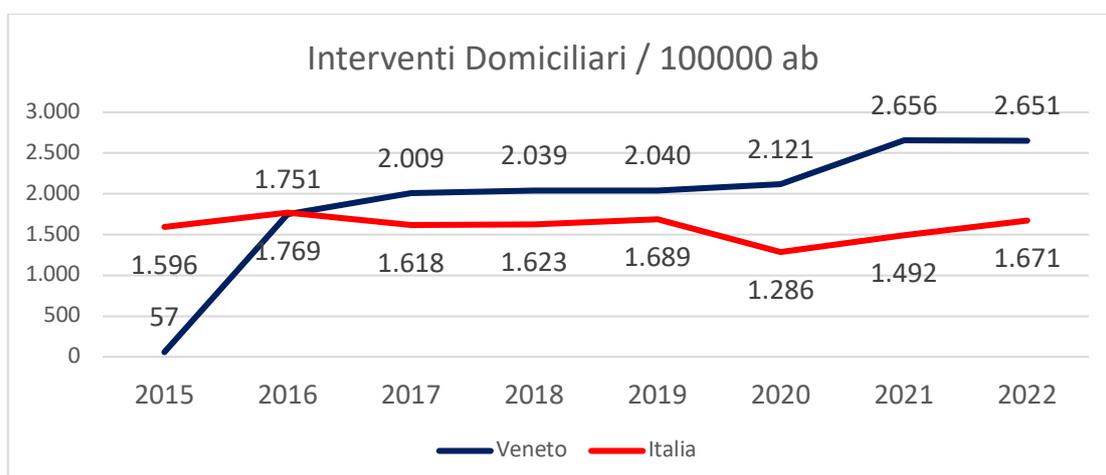


Grafico 6.1.5



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 6.1.6



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 6.1.7

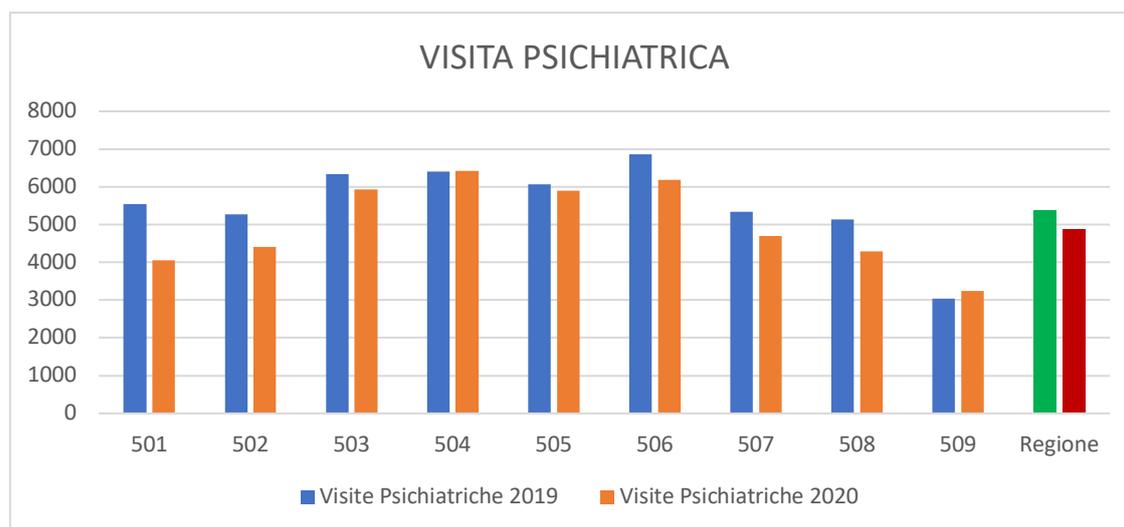


Grafico 6.1.8

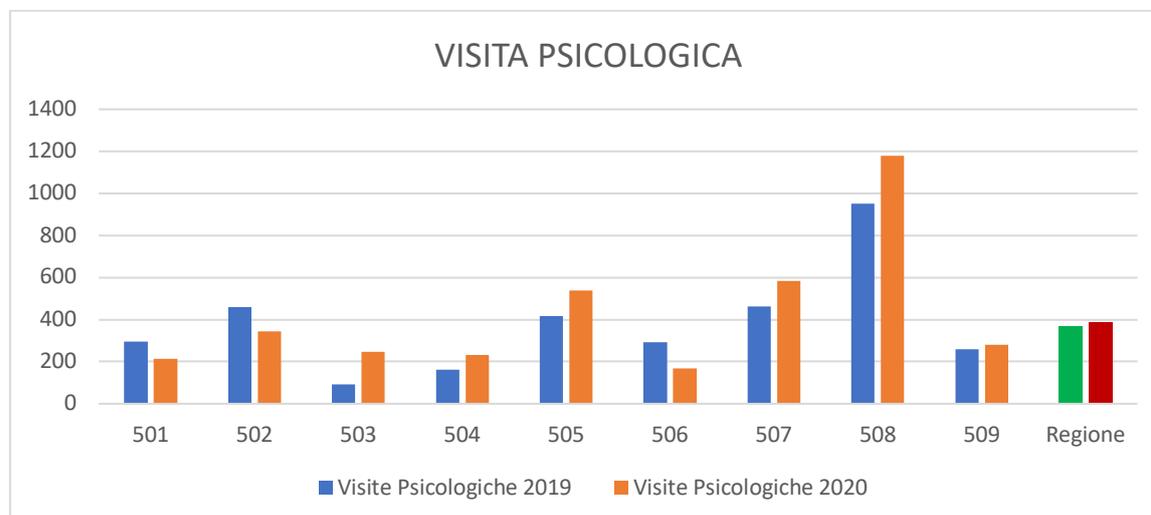


Grafico 6.1.9

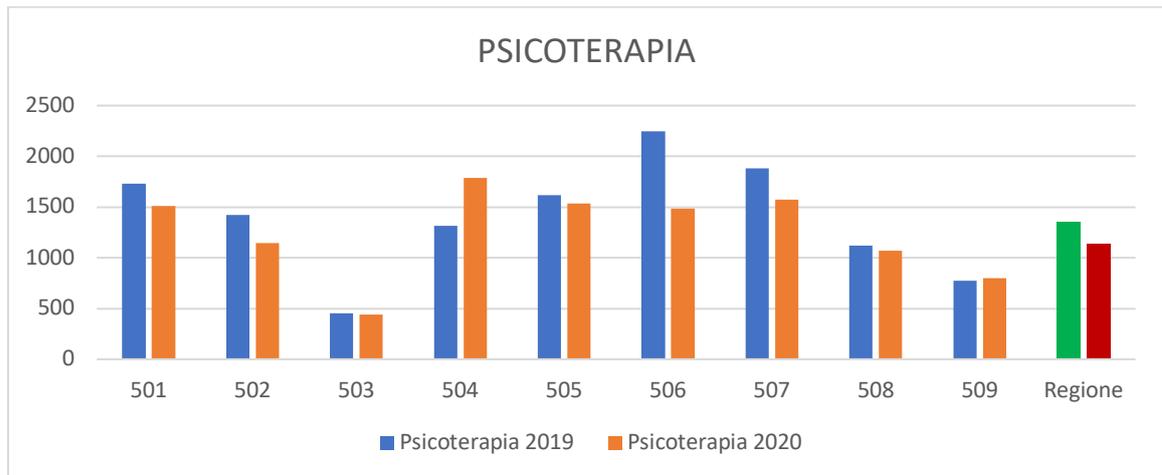


Grafico 6.1.10

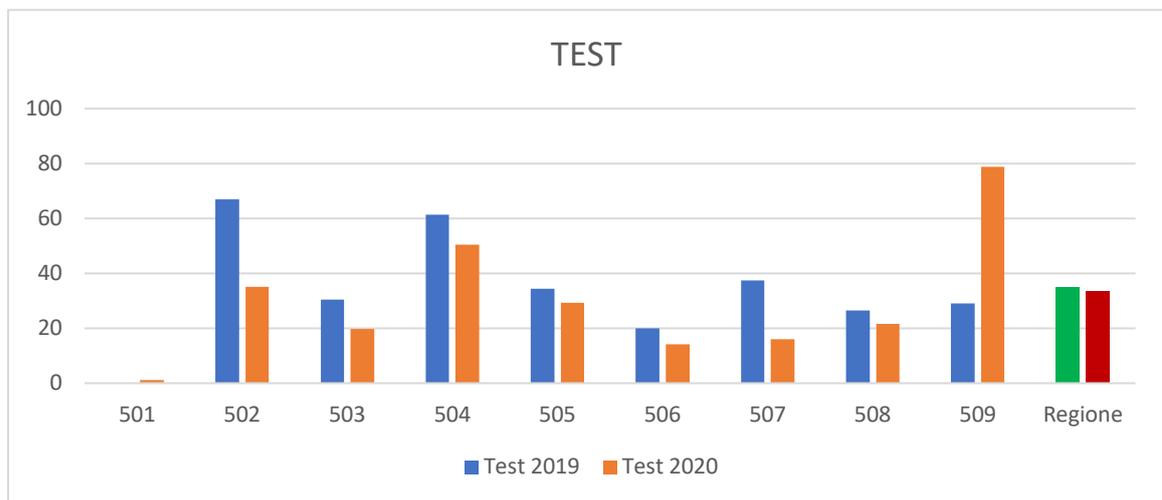


Grafico 6.1.11

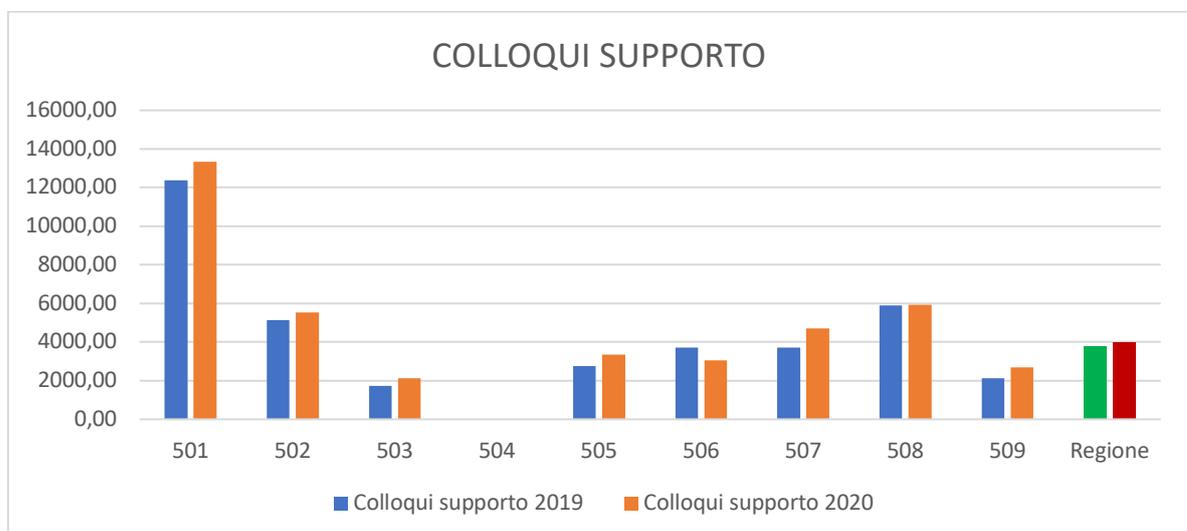


Grafico 6.1.12

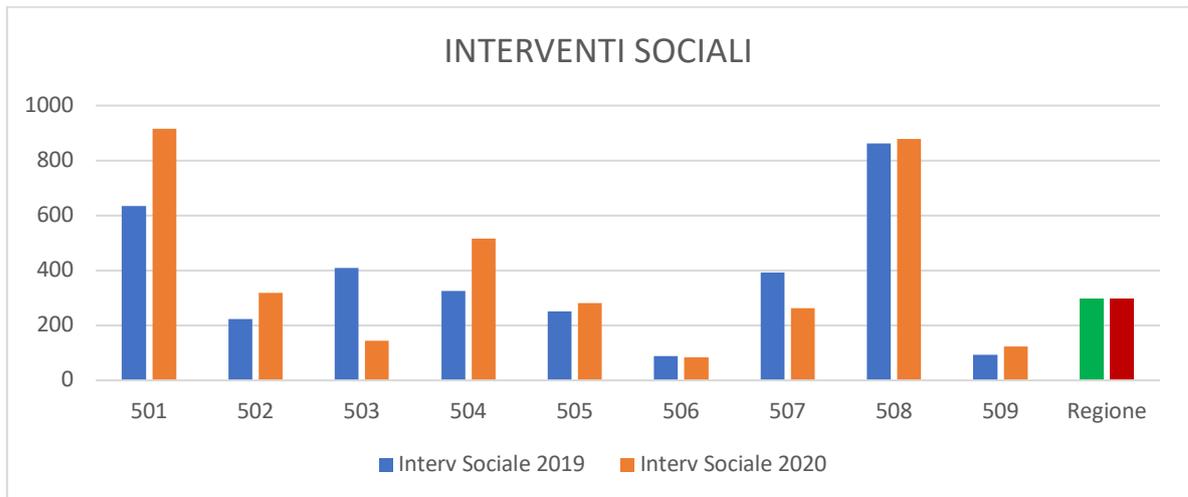


Grafico 6.1.13

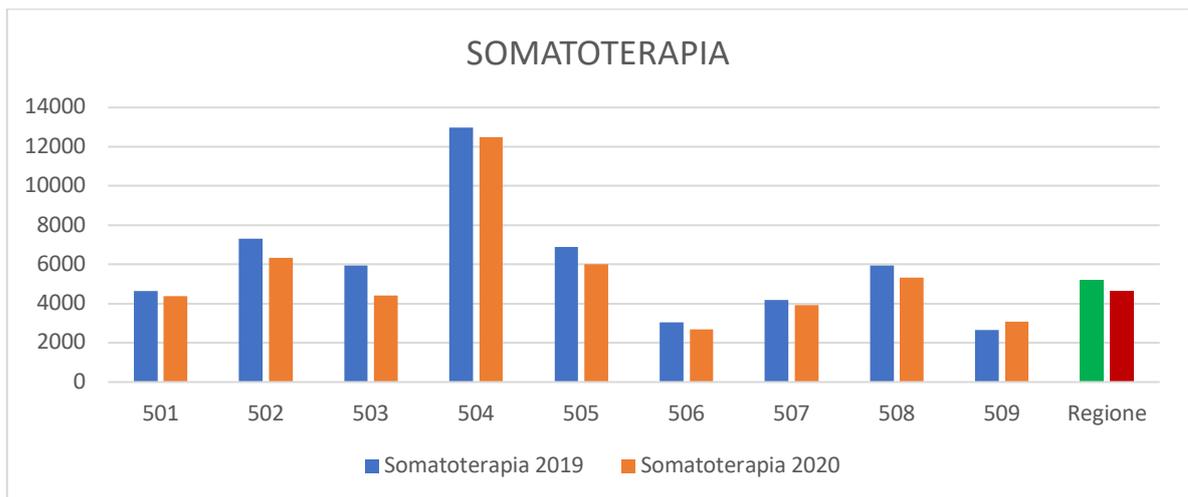


Grafico 6.1.14

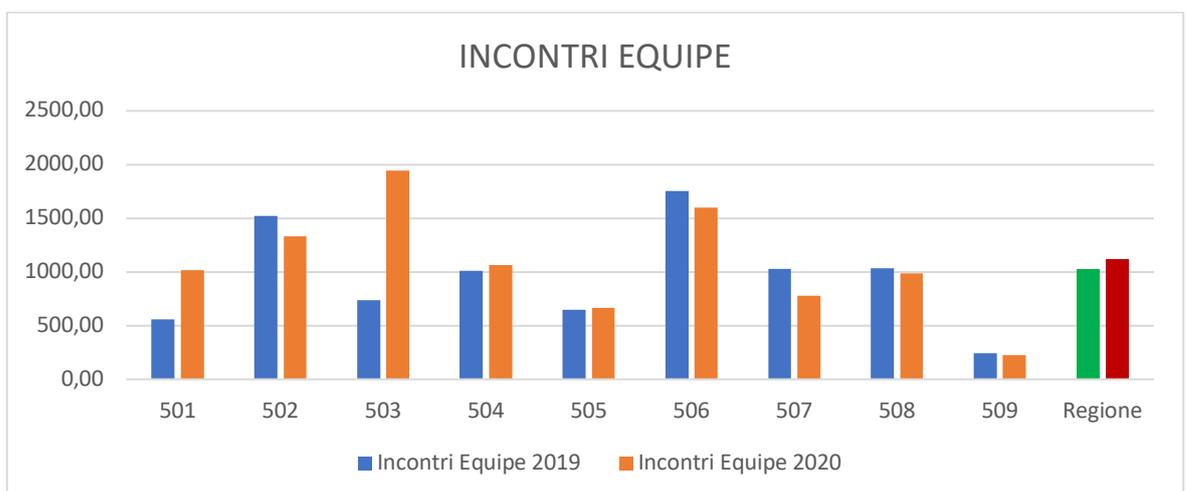


Grafico 6.1.15

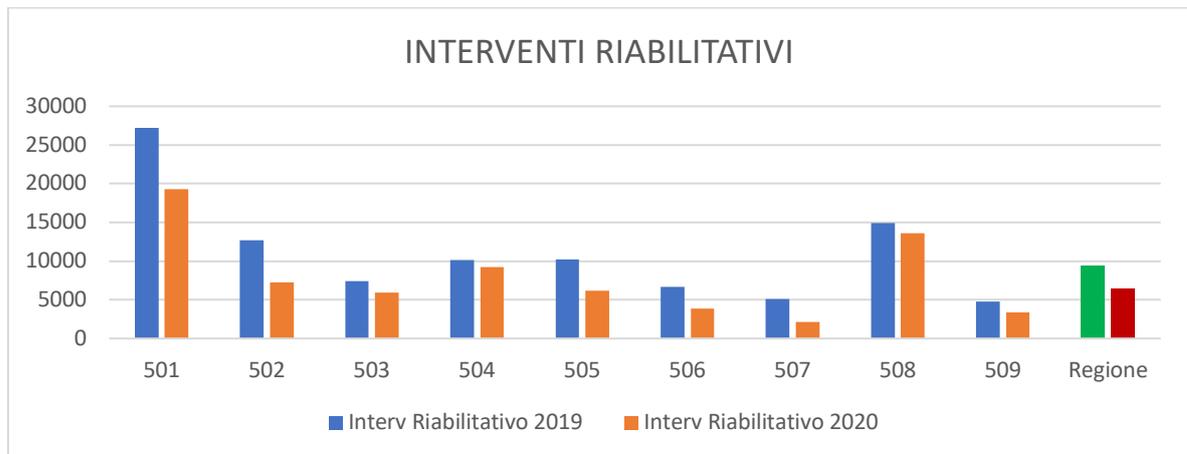


Grafico 6.1.16

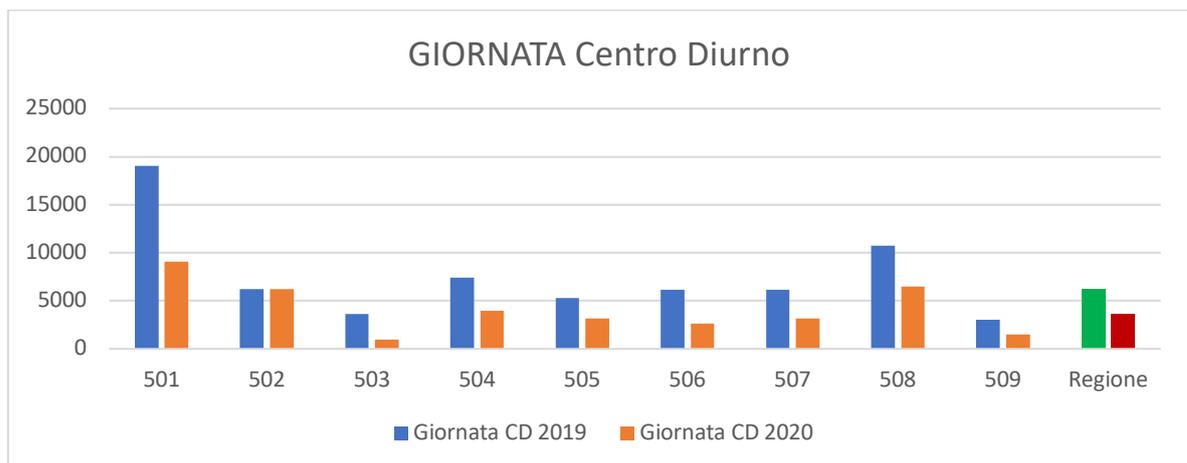
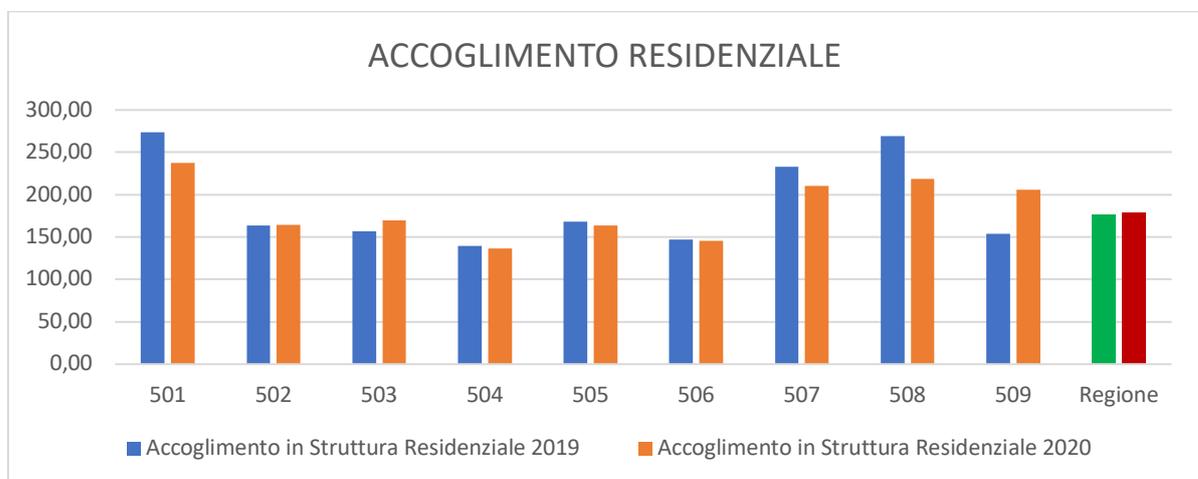
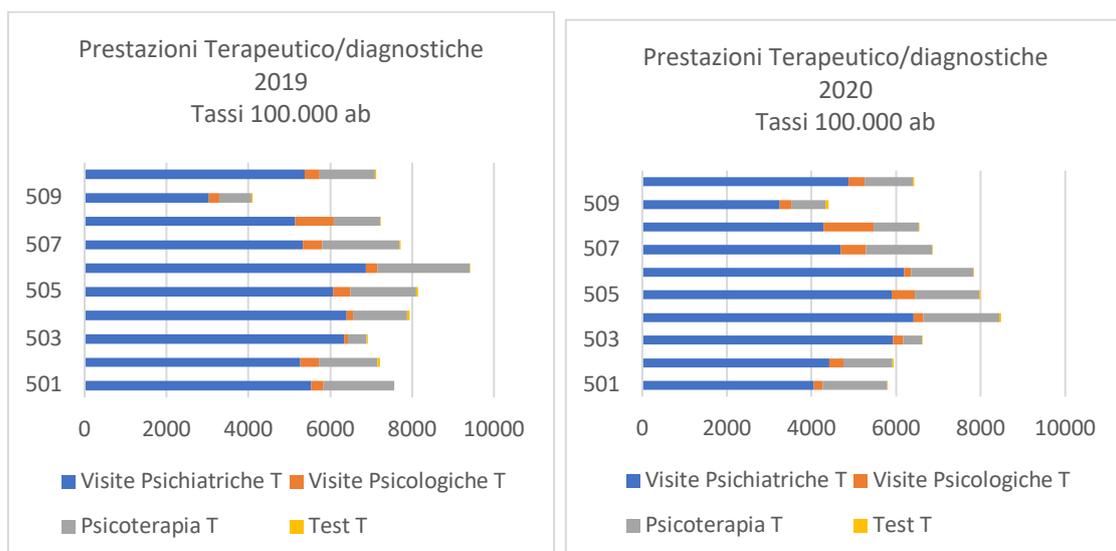


Grafico 6.1.17



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 6.1.18 e 6.1.19



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

Grafico 6.1.20 e 6.1.21

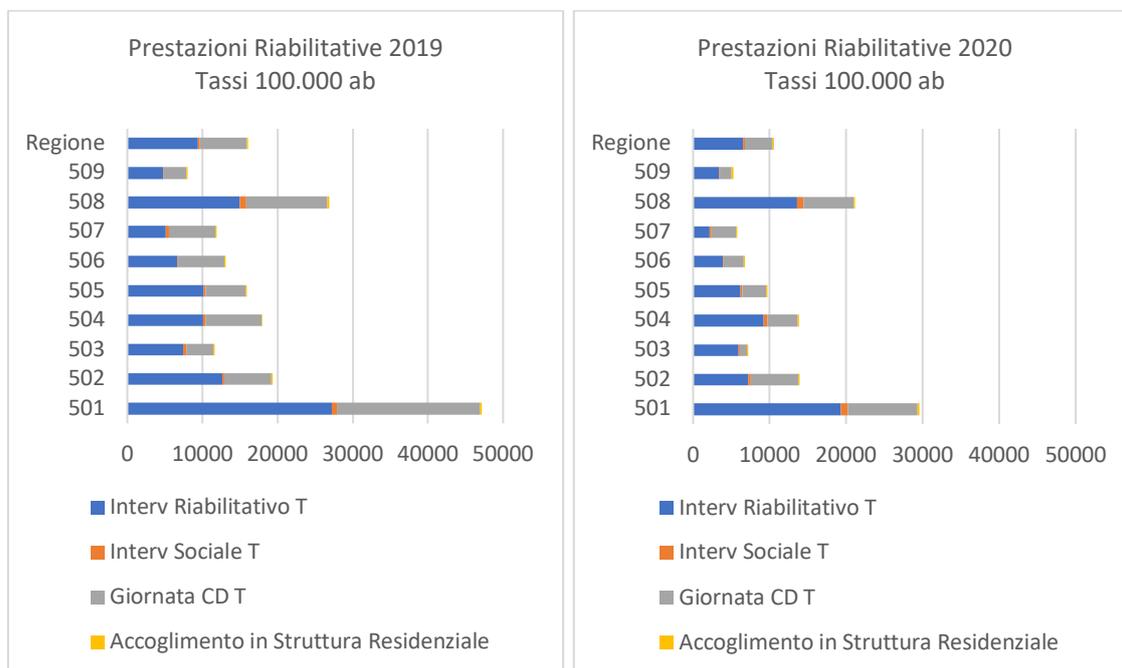
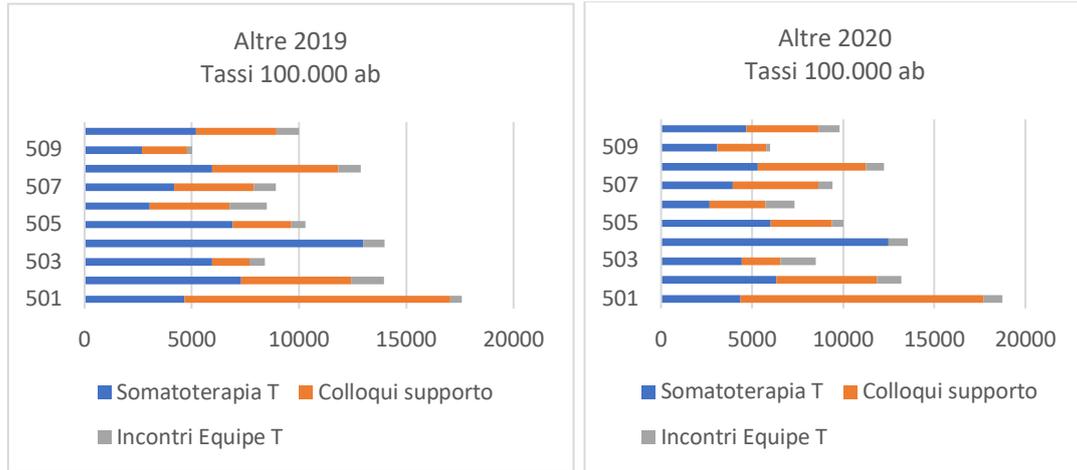


Grafico 6.1.22 e 6.1,23



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

Grafico 6.1.24

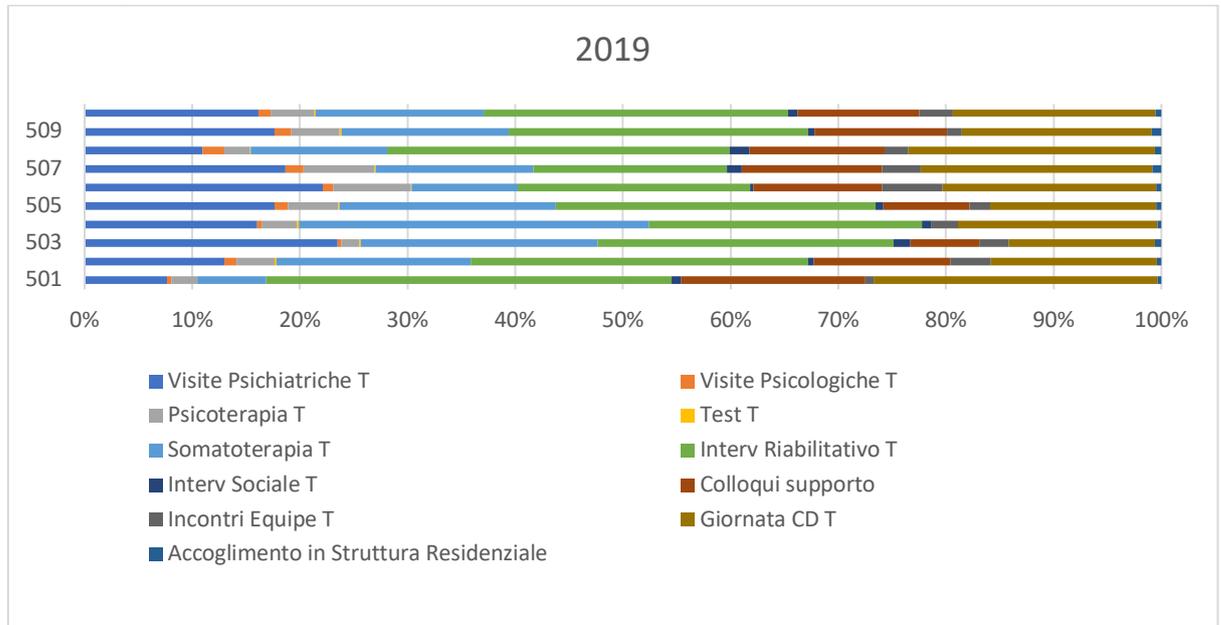
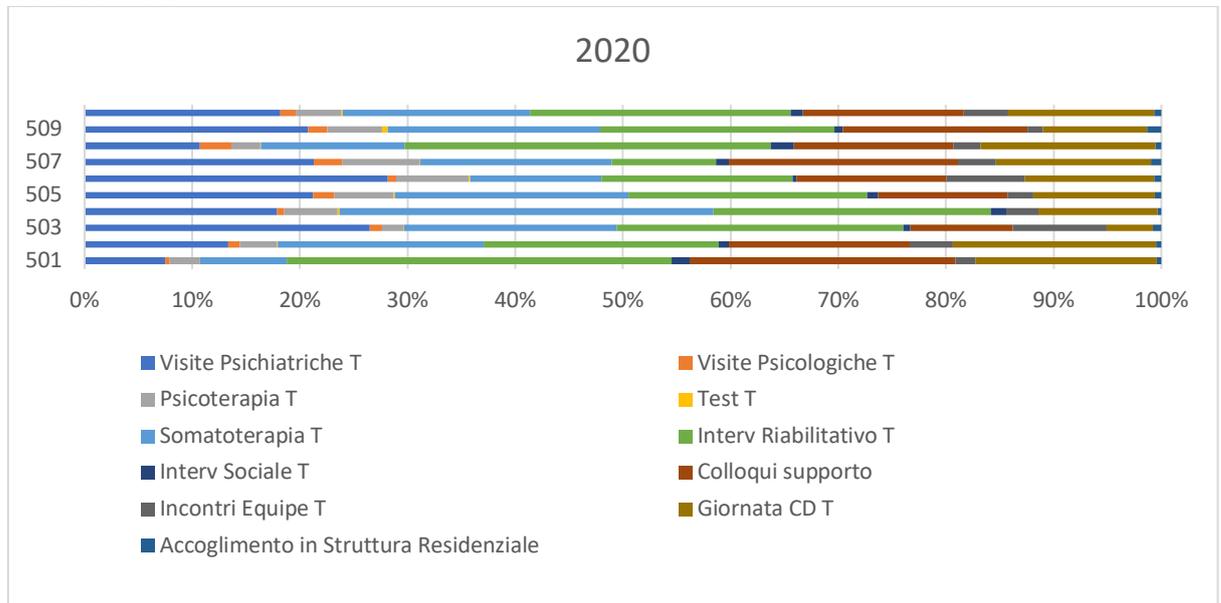


Grafico 6.1.25



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 6.1.26

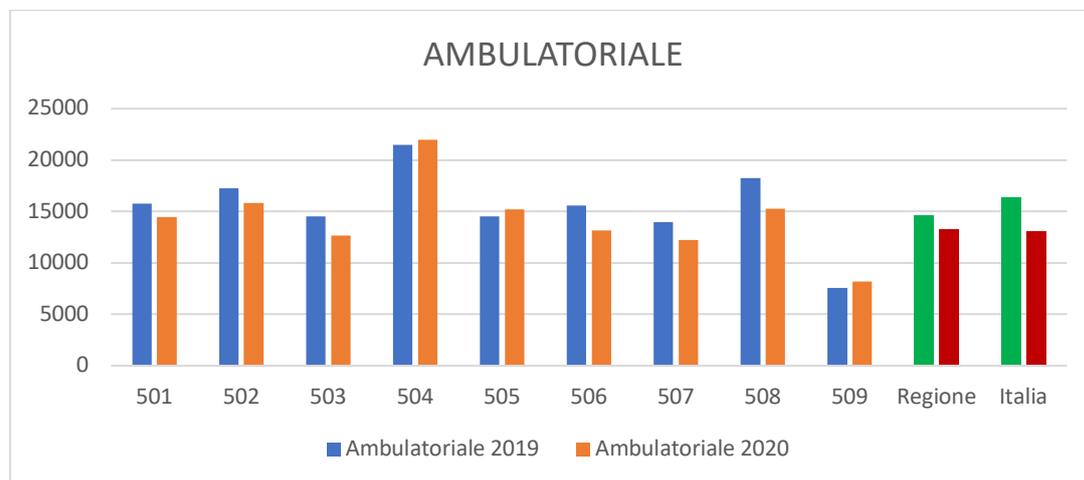


Grafico 6.1.27

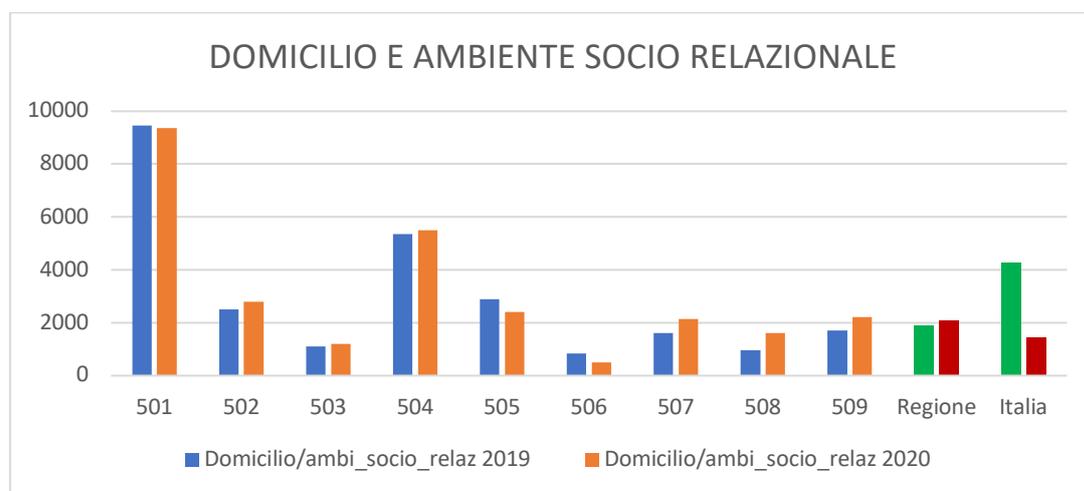


Grafico 6.1.28

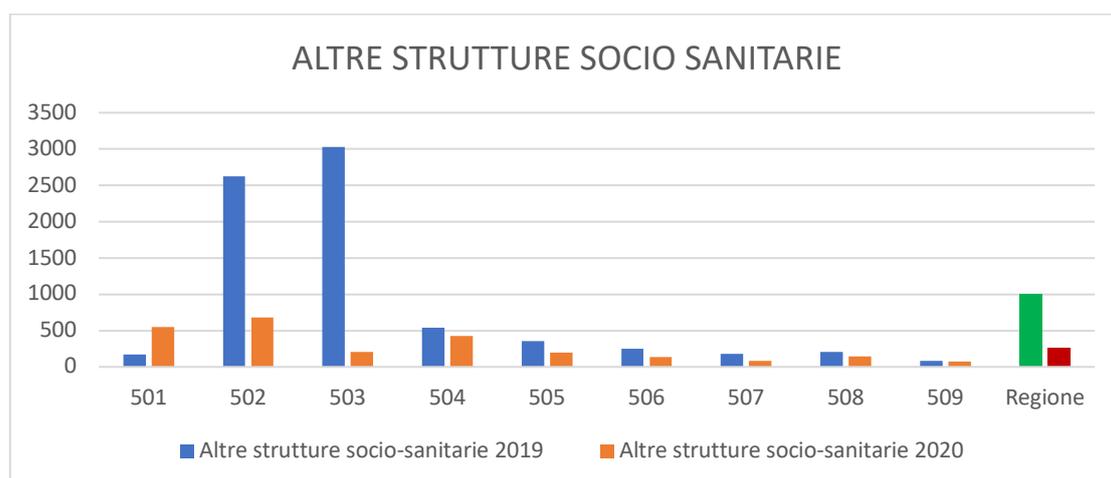
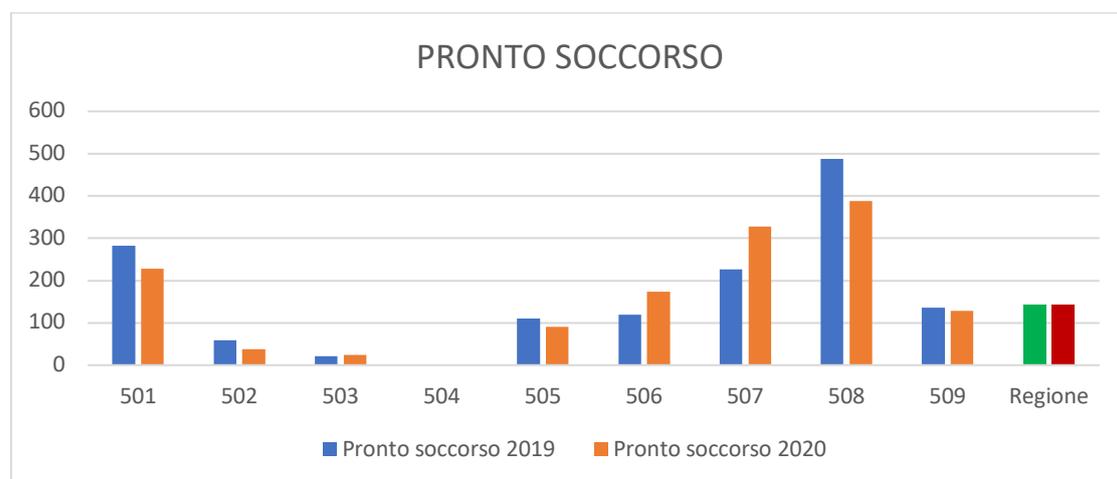
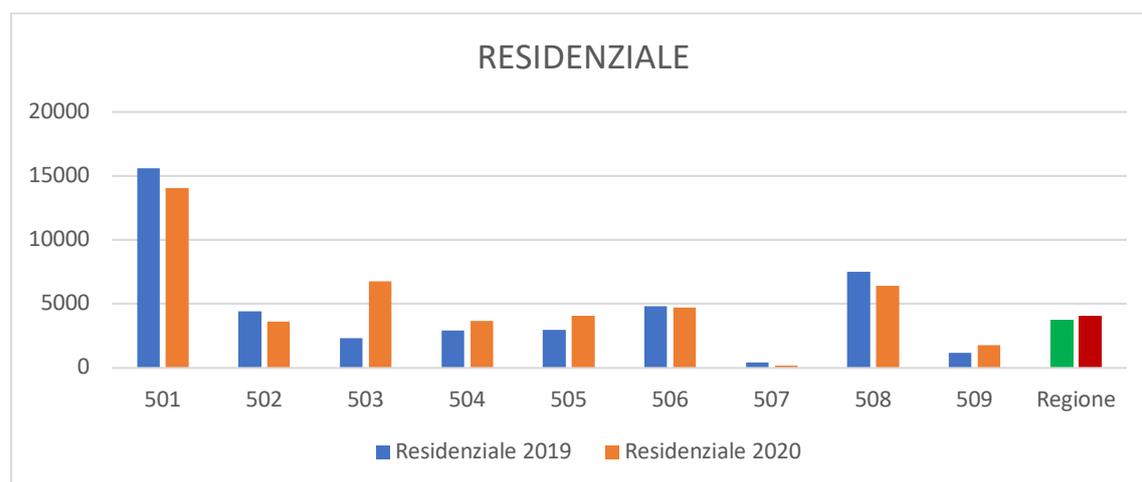


Grafico 6.1.29



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

Grafico 6.1.30



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

Grafico 6.1.31

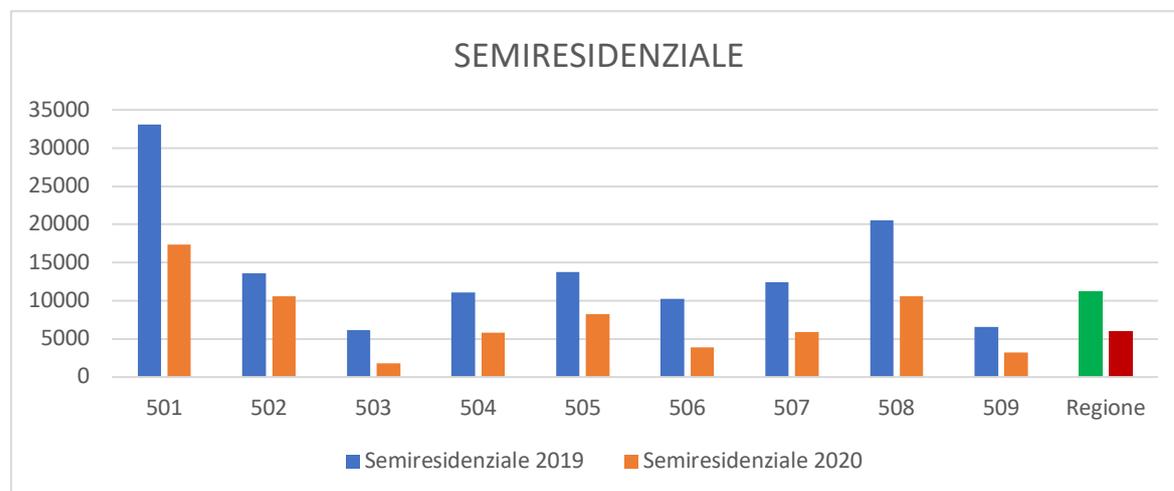


Grafico 6.1.32

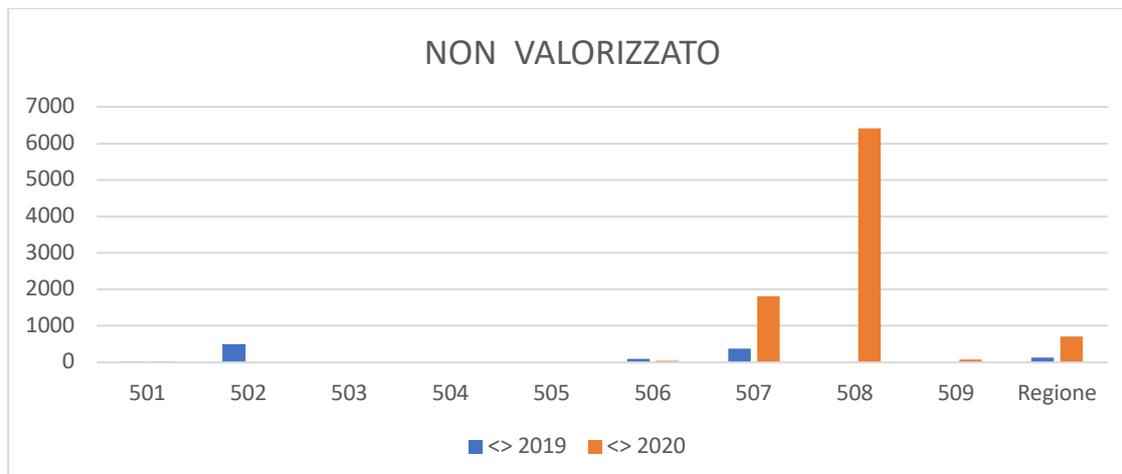


Grafico 6.1.33

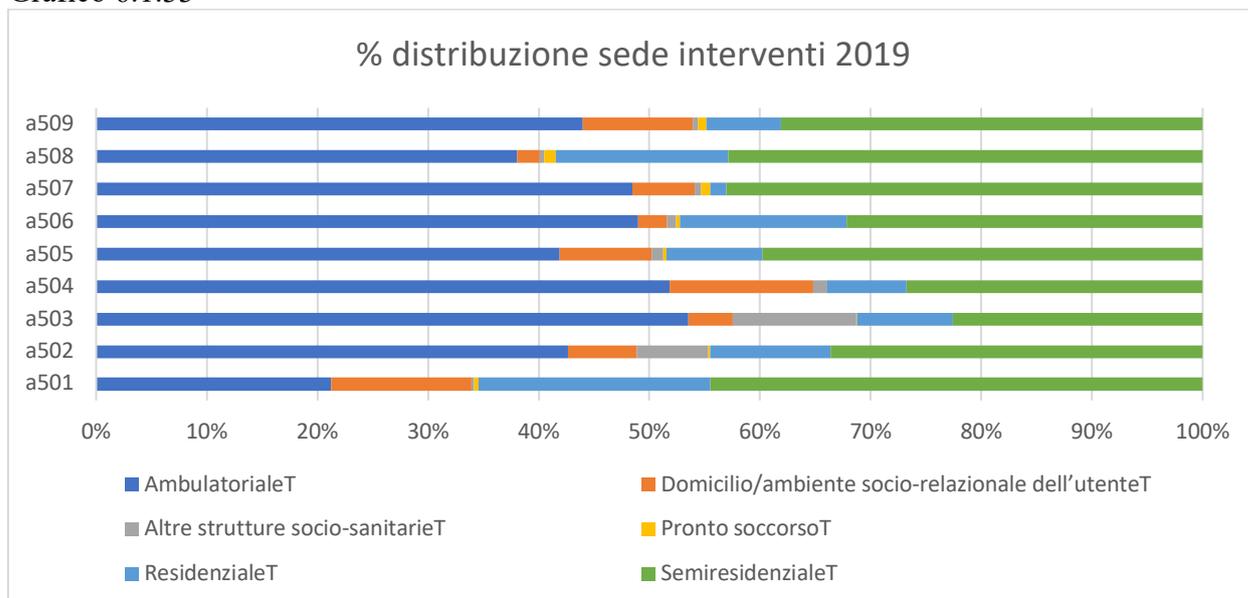
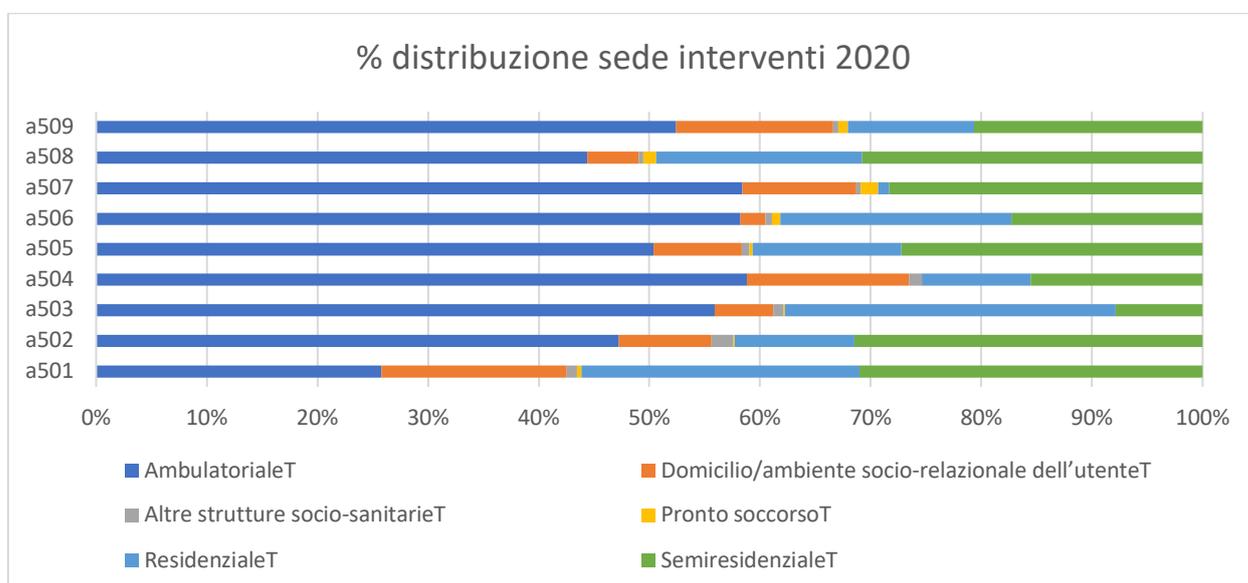


Grafico 11.1.34



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:

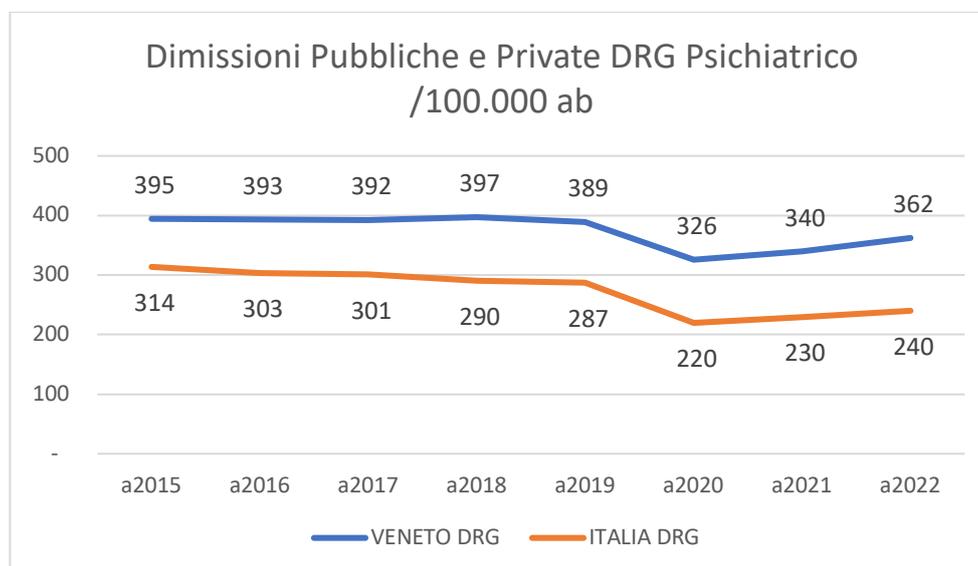
- a) La grave sofferenza di alcune realtà nel fornire prestazioni che sono essenziali per la terapia e la riabilitazione
- b) La enorme differenza nei diversi DSM che sembrano appartenere a realtà, e soprattutto modelli operativi completamente diversi

6.2. 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 stato tolto il Veneto, per avere un quadro chiaro del resto d'Italia.

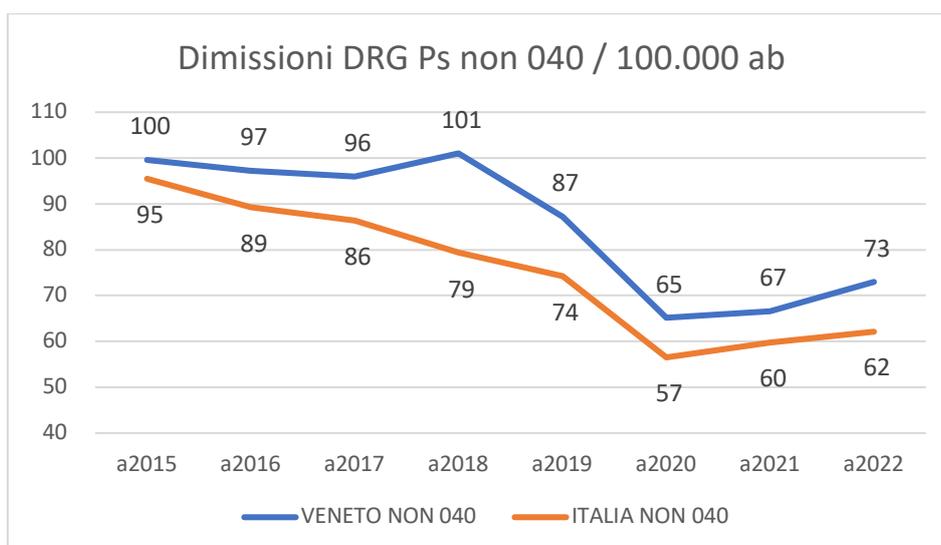
Complice la pandemia, emerge una diminuzione dei ricoveri con DRG psichiatrico, che sta lentamente tornando ai valori pre-Covid-19.

Grafico 6.2.1



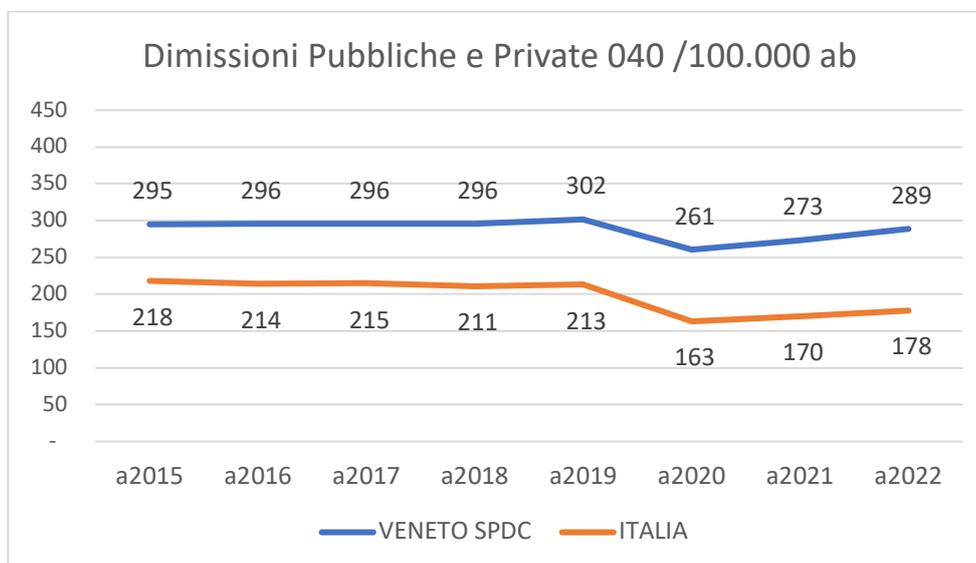
In realtà la diminuzione riguarda soprattutto le strutture non specialistiche che, probabilmente a seguito del Covid, hanno contenuto i ricoveri

Grafico 6.2.2



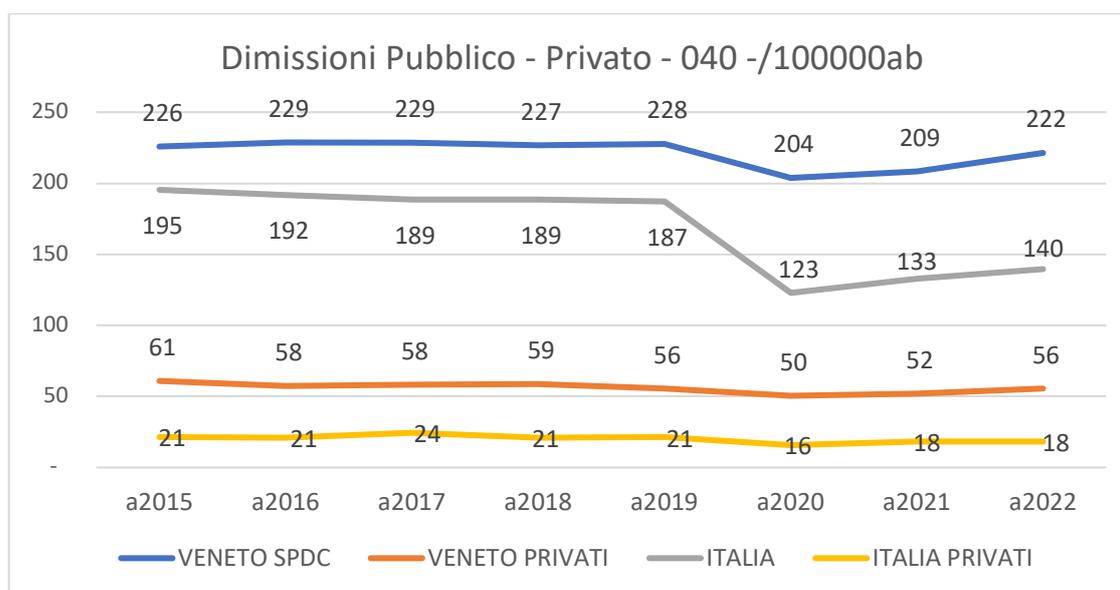
Per quanto riguarda le strutture specialistiche (specialità 040) i ricoveri hanno avuto una flessione più modesta, mantenendo l'alto tasso di ricoveri del Veneto rispetto al resto d'Italia.

Grafico 6.2.3



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

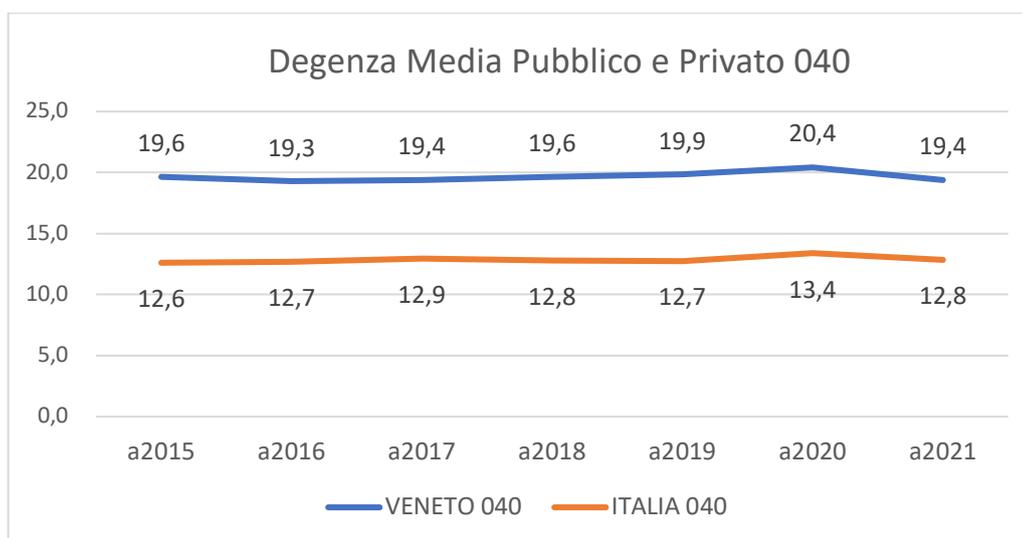
Grafico 6.2.4



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.

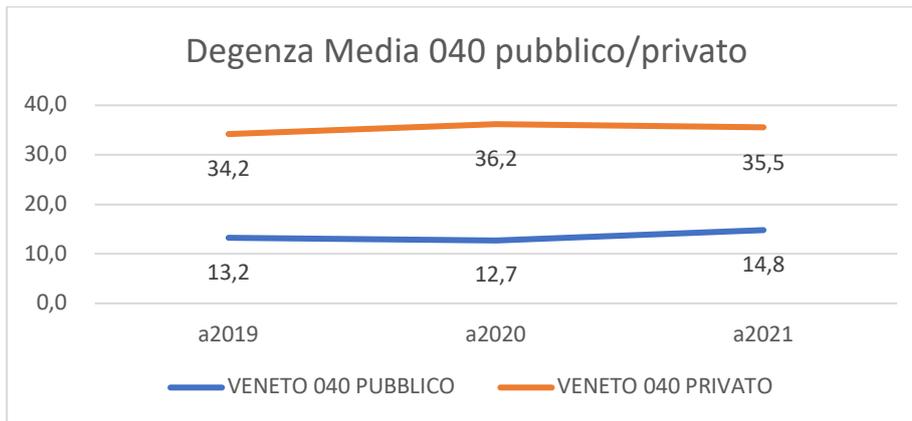
La differenza fra pubblico e privato ha senz'altro importanza nei dati delle giornate di degenza e nella degenza media.

Grafico 6.2.5



Non è possibile dai dati SISM scorporare quanto sia da attribuire al pubblico e quanto al privato. La disponibilità di dati di dettaglio relativi a tre anni, ottenuti dalla Regione su richiesta della Consigliera Bigon, hanno permesso di calcolare separatamente per quel che riguarda il 2019-2020-2021 la degenza media presso le strutture specialistiche pubbliche e private.

Grafico 6.2.6



È importante ricordare 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 alcuni 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 6.2.7

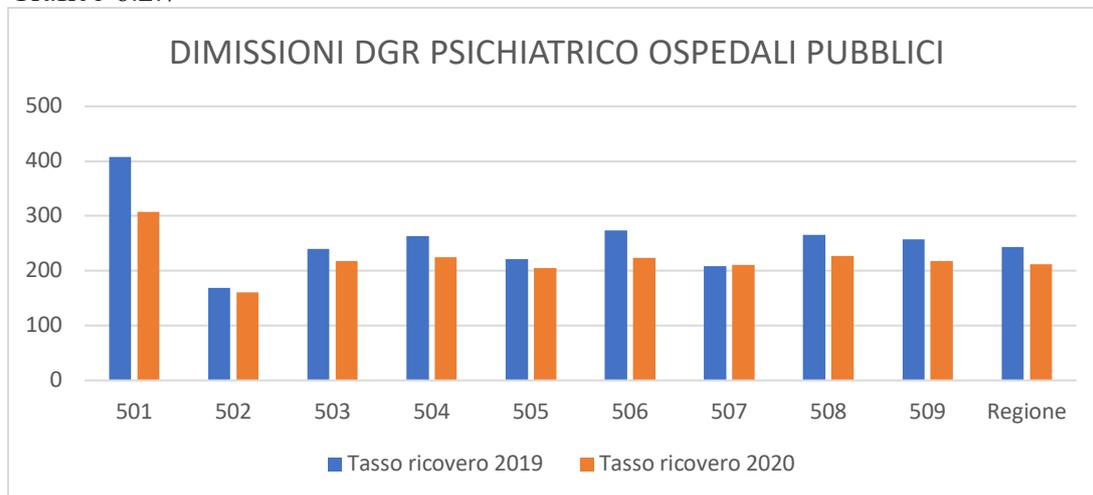
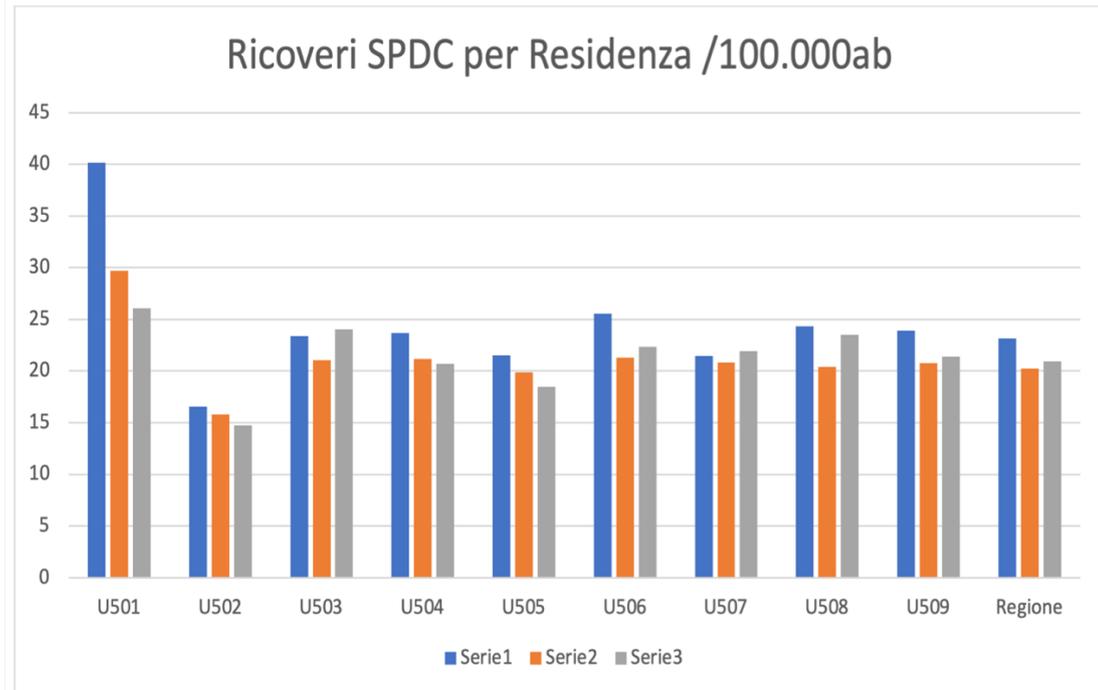
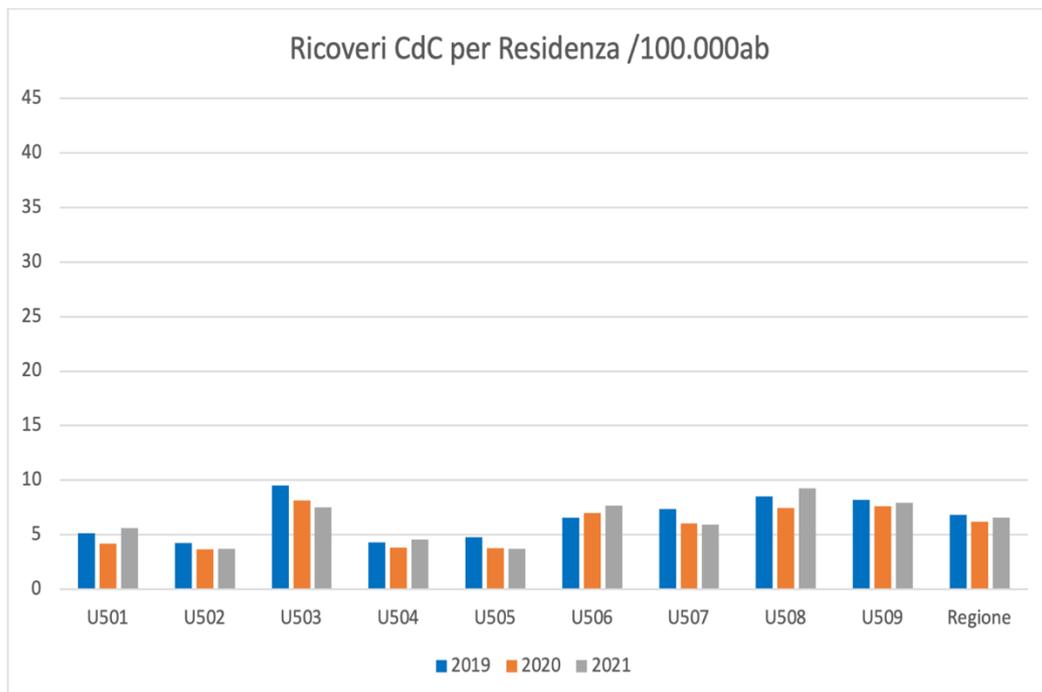


Grafico 6.2.8



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

Grafico 11.2.9



6.3.bis 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 ormai superiore 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 6.3.1

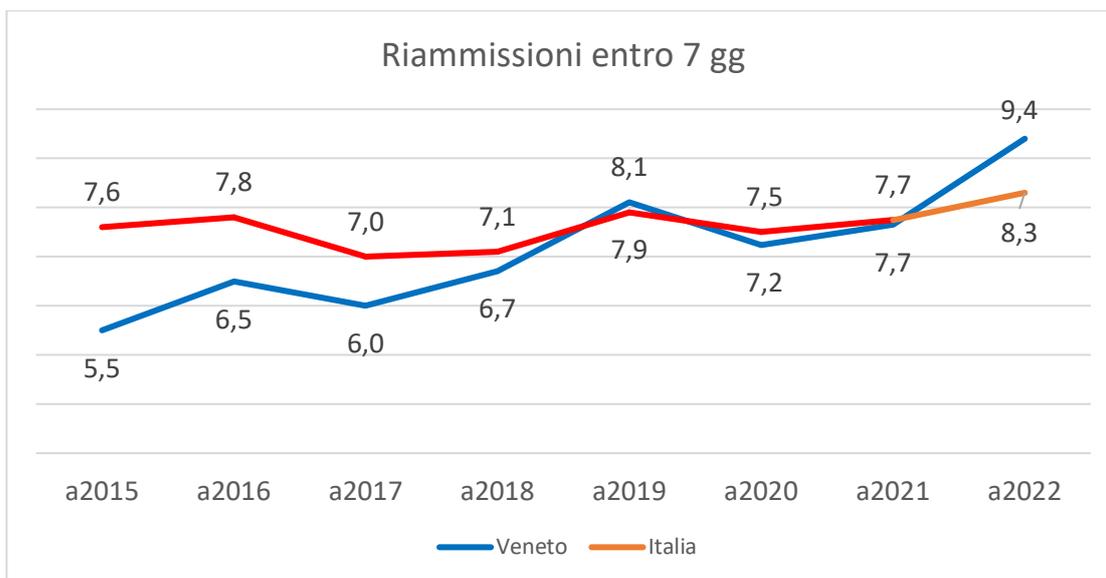
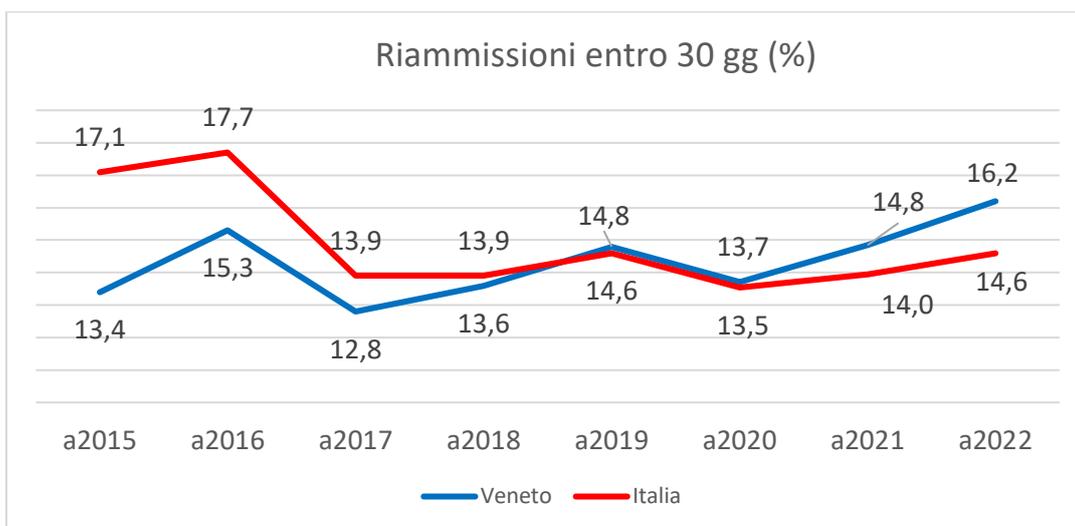


Grafico 6.3.2



Non si comprende peraltro con quale logica la Regione avesse 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.

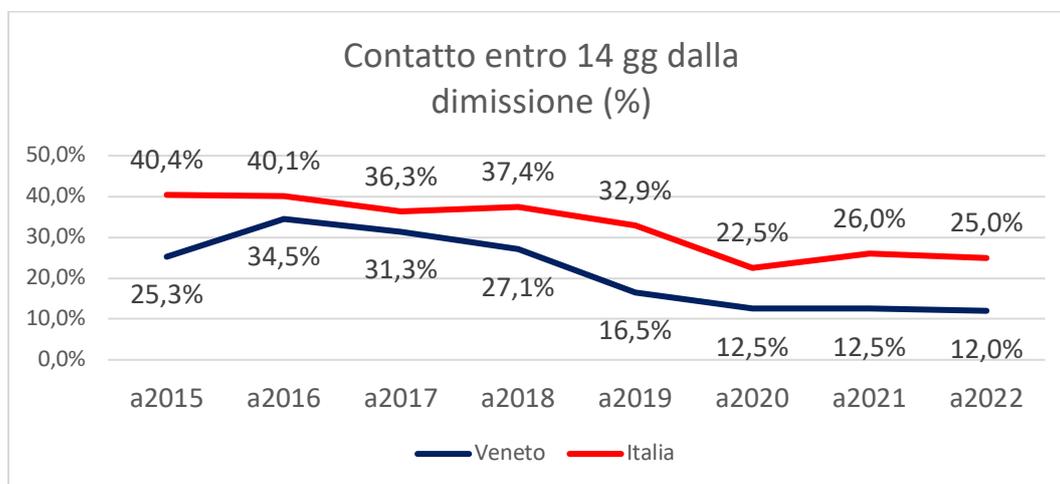
L'andamento della Regione Veneto sia per le riammissioni a 7, sia per quelle a 30 gg è decisamente preoccupante. Il buon andamento evidenziato nel 2015 si è andato progressivamente perdendo, ed ora il quadro è diventato peggiore rispetto a quello nazionale.

Un paziente psichiatrico nel Veneto ha maggiori probabilità non solo di essere ricoverato, ma di avere necessità di un secondo ricovero dopo breve tempo dalla dimissione.

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. Un quarto dei pazienti dimessi non riesce ad avere una visita presso i servizi territoriali entro due settimane.

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.

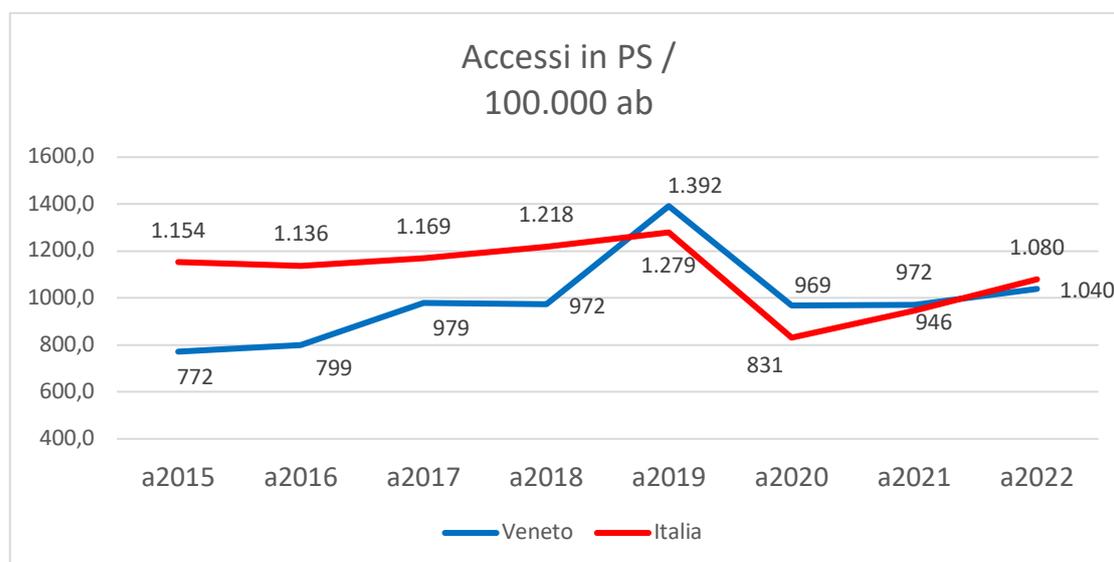
Grafico 6.3.3



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 SISIM né a livello regionale, pur essendo perfettamente calcolabili con le rilevazioni attuali.

Grafico 6.3.4



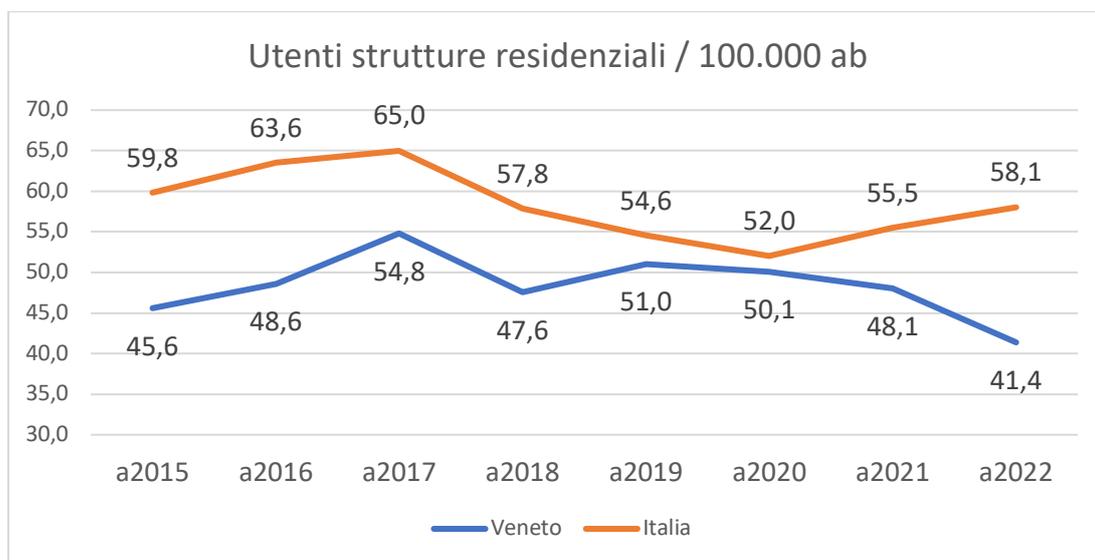
Complessivamente questi dati indicano progressive difficoltà nella integrazione ospedale territorio e nella continuità della assistenza. Teniamo conto che il problema è aggravato dalla netta scissione della salute mentale in ospedale e territorio a Padova e Verona, come indicato dall'ultimo PSSR.

6.4. 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.

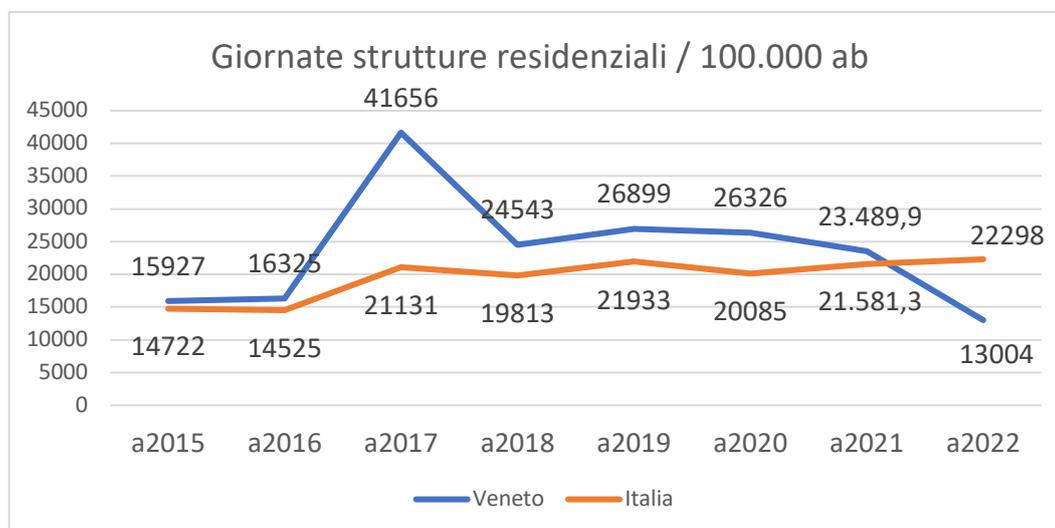
È interessante vedere anche che la tipologia delle strutture utilizzate mostrava in passato un minore numero di pazienti rispetto alla media nazionale, in accordo con una psichiatria molto attenta ad una gestione che prevenisse la cronicizzazione e puntasse sulla assistenza domiciliare, ma tale diversità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

Grafico 6.4.1



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 6.4.2



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 6.4.3

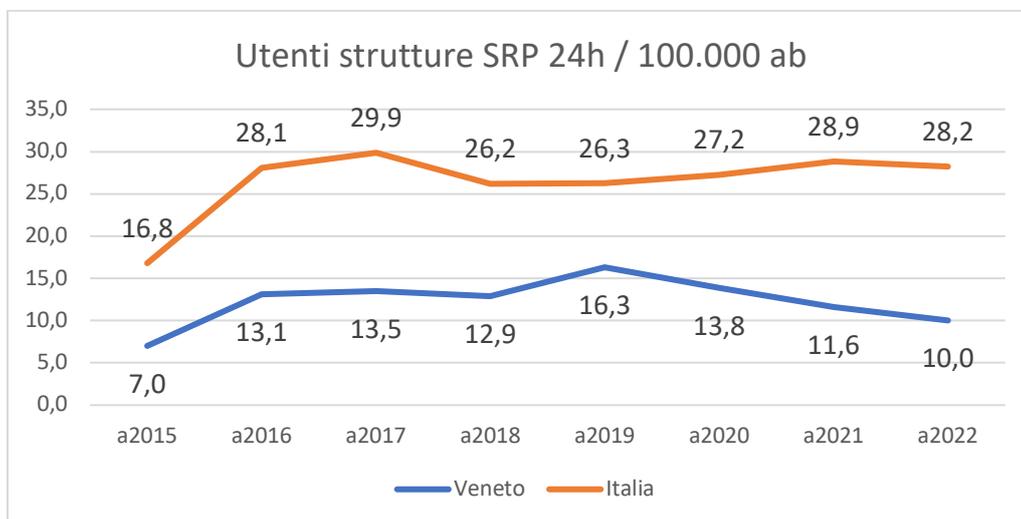
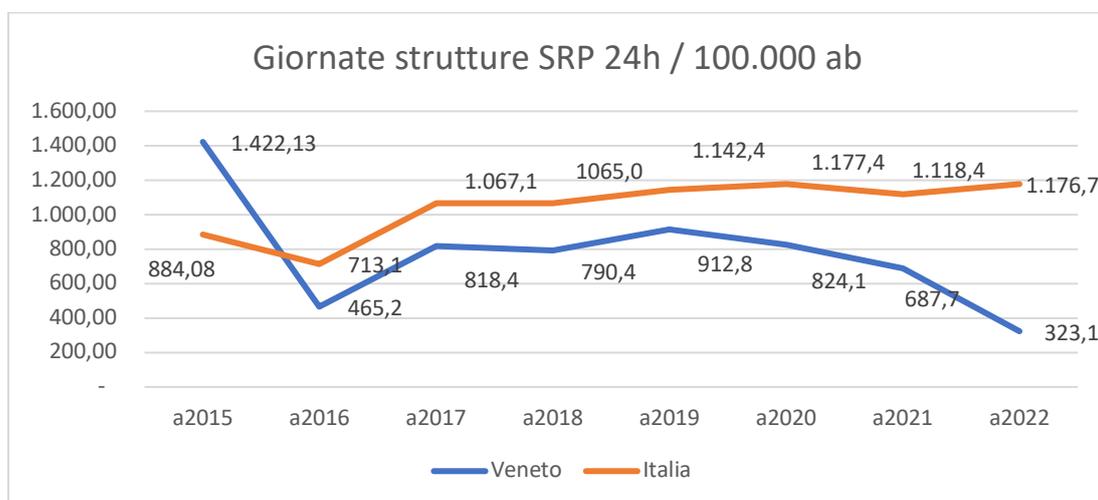


Grafico 6.4.4



Questo dato fa supporre un qualche errore di calcolo. Stando a questo dato infatti, su 100.000 abitanti, nemmeno un paziente in media è soggiornato per un anno intero in una Struttura SP3/24 ore, corrispondente alle CA estensive. Ne dubitiamo ...

Grafico 6.4.5

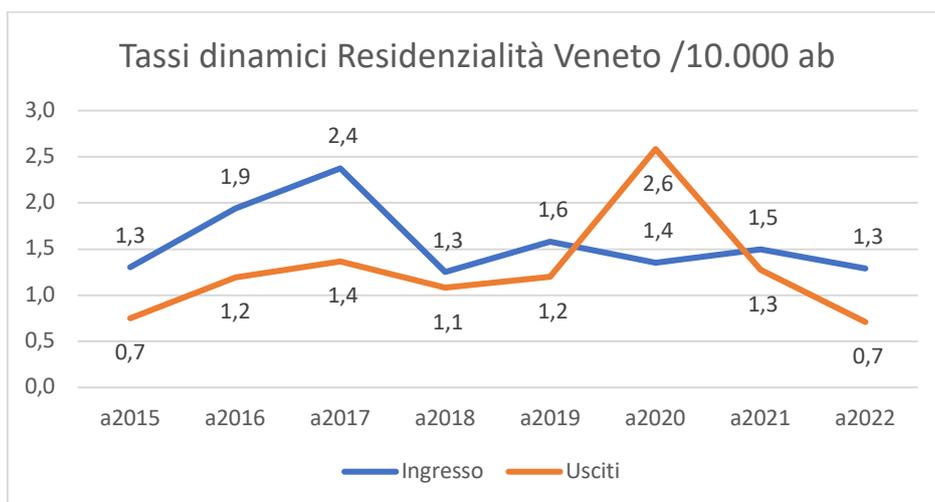


Grafico 6.4.6

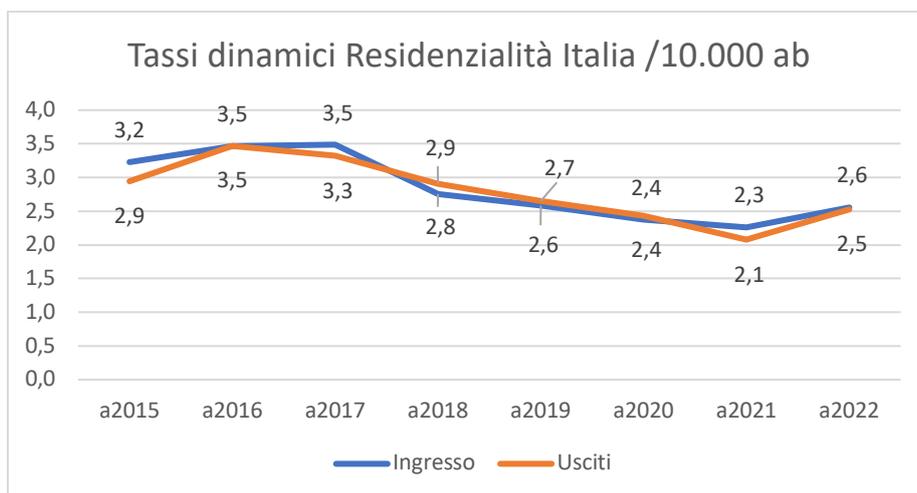
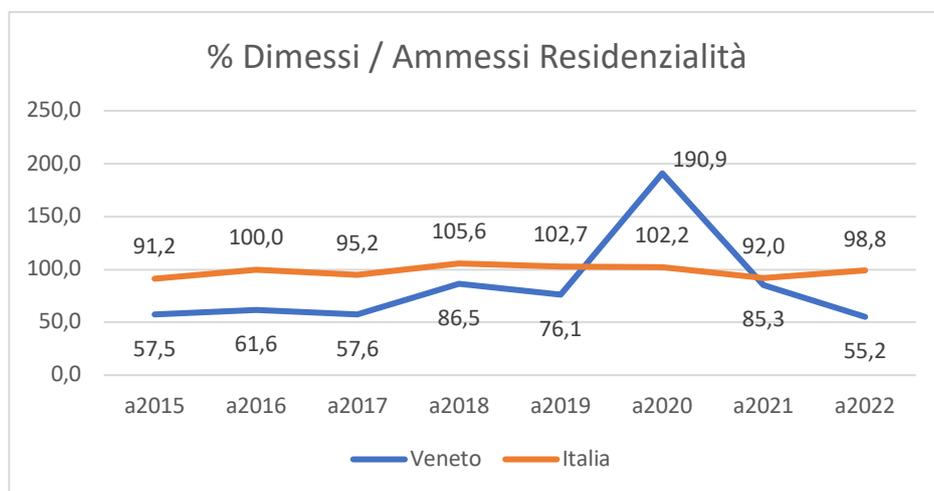


Grafico 6.4.7



Questo dato è particolarmente interessante. Valuta il rapporto percentuale fra tassi di dimissione e tassi di ammissione, in pratica il turnover esistente in Residenzialità, un buon indice della cronicizzazione nelle strutture. Il dato del 2020 è in relazione alla applicazione della

1673/2018 per cui parte dei pazienti è stato dimesso dai DSM in quanto collocati in strutture che non appartenevano a questa area con i nuovi criteri. Di fatto le dimissioni sono sempre meno delle ammissioni.