



REGIONE DEL VENETO

La Salute Mentale e il nuovo PSSR 2012-16

Domenico Mantoan

Segretario regionale per la Sanità e il Sociale – Regione Veneto

Montecchio P. (VI), 23 settembre 2013

Il quadro programmatico si fonda sull'analisi delle evidenze

Analisi socio-demografica ed epidemiologica

- Invecchiamento della popolazione
- Rilevanza delle patologie croniche e della comorbilità
- Precarietà dei rapporti e fragilità individuale

Valutazioni economico-organizzative

- Variabilità dei modelli organizzativi e gestionali
- Crescita della mobilità passiva
- Ricorso inappropriato al Pronto Soccorso
- Risorse (de)finite

Riferimenti istituzionali

- Federalismo fiscale e costi standard
- Misure previste dal Patto per la Salute 2010-2012
- Indirizzi del Piano Nazionale Sanitario

CAPISALDI DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

- *Coerenza* con i bisogni espressi nel contesto veneto.
- *Garanzia* di erogazione uniforme dei LEA sul territorio regionale.
- *Conferma* del modello veneto di integrazione socio-sanitaria.
- *Valorizzazione* delle migliori pratiche sviluppate localmente.
- *Correlazione* tra responsabilità, risorse disponibili ed azioni di miglioramento dell'appropriatezza.

Cambiamenti dei profili di bisogno

Invecchiamento	Cronicità e comorbidità	Disabilità
<ul style="list-style-type: none">- In Veneto il 20% è ultra 65enne e il 10% è ultra 75enne- L'indice di vecchiaia (139,8%) indica un rapporto di 7 ultra 65enni ogni 5 soggetti con meno di 15 anni	<ul style="list-style-type: none">- Il 26% della popolazione del Veneto ha almeno una esenzione per patologia:<ul style="list-style-type: none">• il 65% degli ultra 65enni è esente per almeno una patologia cronica.- Il 15% ha almeno 2 patologia co-presenti; il 7% ne ha almeno 3 (*).	<ul style="list-style-type: none">- In Veneto si stima che il 25,4% dei soggetti tra i 75-84 anni presenti disabilità- il 57,2% degli ultra 85enni presenta disabilità

→ *Crescente bisogno di presa in carico dei pazienti cronici e necessità di continuità dell'assistenza*

La rilevanza della cronicità

Le malattie croniche

- hanno sostituito quelle acute come *problema dominante* per la salute;
- sono diventate la *principale causa di disabilità* e di utilizzo dei servizi;
- assorbono la maggior parte della *spesa sanitaria*;
- richiedono la modifica del *ruolo del medico*, che diventa membro di un team multiprofessionale in grado di elaborare il piano di cura con riferimento alla molteplicità dei bisogni e per garantire la continuità dell'assistenza;
- hanno cambiato il *ruolo del paziente* che diventa protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, assumendo comportamenti e stili di vita adeguati.

LA NUOVA PROGRAMMAZIONE: PRINCIPI-GUIDA

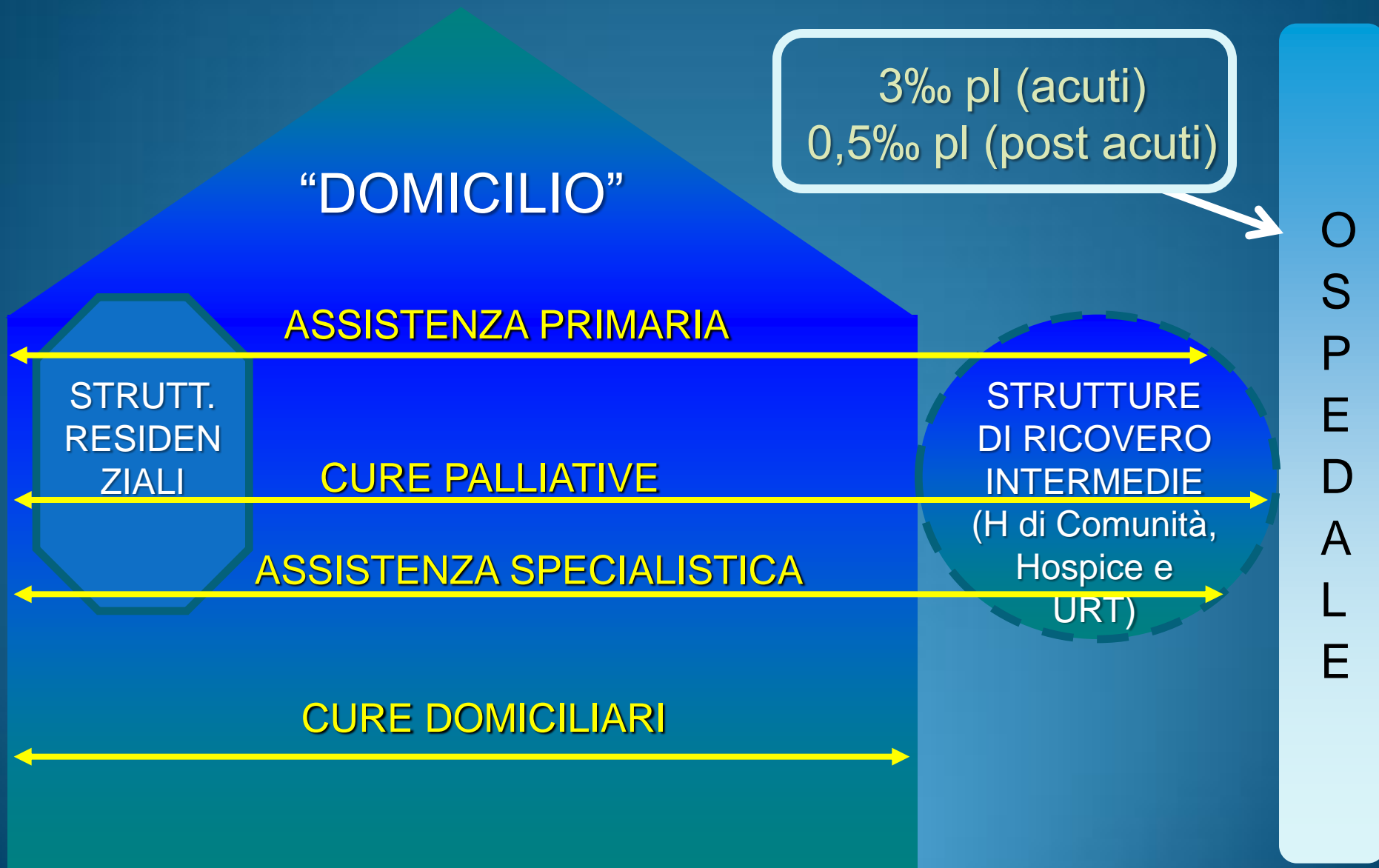
- *Centralità della persona* → sicurezza per il paziente, qualità dell'assistenza, Progetti Assistenziali Individualizzati
- *Equità* → garanzia di uniformità ed appropriatezza assistenziale
- *Umanizzazione* → accoglienza, accessibilità, relazione, semplificazione delle procedure
- *Integrazione* → Socio-Sanitaria, Ospedale-Territorio, realtà locali
- *Responsabilizzazione* → rendere conto di quanto e come viene organizzato, offerto ed erogato
- *Sostenibilità* → economica, sociale, professionale

Un Piano Socio-Sanitario Regionale che vuole essere un “Patto” con una *Comunità competente e partecipe*

LE NOVITÀ DEL QUADRO PROGRAMMATARIO

- Il sistema di offerta viene impostato su una logica di “*rete*”, rispondendo a criteri di efficienza, efficacia, **sicurezza per l’assistito**.
- Nel Territorio si introduce il concetto di “*filiere dell’assistenza*” e si prevede una rivoluzione nelle Cure Primarie (medicina di famiglia).
- Nell’Ospedale si strutturano reti cliniche integrate funzionali e non gerarchiche, organizzate su un modello **Hub&Spoke**.
- È prevista la riorganizzazione di alcuni **settori strategici** (provveditorato, logistica, risorse umane, anatomia patologica) per ambiti territoriali ottimali.
- Si introduce un sistema di finanziamenti basato sui **costi standard**, superando il criterio della spesa storica e riducendo le differenze tra i diversi contesti.
- Si struttura un “*Sistema di BUON governo*” con diretta correlazione tra *Responsabilità*, *Risorse* disponibili ed *Azioni* di miglioramento.

Assumere un approccio per processo assistenziale significa raggiungere i bisogni ovunque si manifestino



ASSISTENZA TERRITORIALE

- principali novità -

- **Rete assistenziale** sicura e competente, adeguata per rispondere ai bisogni attuali in modo continuativo, coordinato e responsabile
- **Medicina di famiglia** in grado di rispondere h24, 7gg/7 e di rappresentare un punto di riferimento riconoscibile e certo per l'assistito
- **Percorsi assistenziali** (domicilio ↔ ospedale ↔ altre strutture) guidati, supportati e tutelati
- Potenziamento dell'**assistenza domiciliare** e della rete delle **cure palliative**
- Sviluppo di **Strutture di ricovero intermedie** (Hospice, Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali) che tutelano le "transizioni"

Assistenza primaria	Strutturata come interconnessioni di nodi organizzativi multiprofessionali in cui le <i>Medicine di Gruppo Integrate</i> rappresentano punti di riferimento h24, 7gg./7
Cure domiciliari	Potenziamento dell'assistenza a domicilio attraverso un <i>modello h24, 7gg./7</i> , favorendo il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita
Cure palliative	Estensione del modello centrato sul “ <i>nucleo multiprofessionale dedicato</i> ”, prevedendo una <i>Struttura in ogni ULSS</i> , organizzata per una risposta h24
Strutture intermedie	<i>Offrono una risposta polifunzionale a carattere temporaneo, principalmente per la stabilizzazione, la riabilitazione estensiva, la palliazione.</i> <i>Ospedale di Comunità</i> per ricoveri di breve durata (indic. 30 gg.), senza compartecipazione e gestione clinica affidata alla medicina di famiglia <i>Unità Riabilitative Territoriali</i> per ricoveri di media durata (indic. 60 gg.), con compartecipazione alla spesa (relativamente alla quota alberghiera)
Specialistica	Prevalentemente a supporto della medicina di famiglia ed organizzata in <i>Centri Polispecialistici territoriali</i> , opera sulla base di PDTA
Assistenza residenziale	Valorizzazione dei Centri di Servizio con <i>rimodulazione delle unità di offerta</i> , sviluppando una flessibilità organizzativa per adeguare il sistema alle nuove esigenze assistenziali e alla sostenibilità

Il Distretto “forte”

Responsabile e Competente

↙

Diretta correlazione tra
responsabilità, risorse
disponibili ed azioni di
miglioramento
dell'appropriatezza

↘

È in grado di rispondere
appropriatamente ai
bisogni e di presidiare il
percorso assistenziale

Criteria cardine dell'organizzazione distrettuale

- Metodo di lavoro **multiprofessionale**
- **Flessibilità** organizzativa delle risposte assistenziali
- Valorizzazione e piena integrazione della **medicina convenzionata**
- Valorizzazione del ruolo dell'infermiere e di tutte le **professioni sanitarie e sociali** (centralità del case manager)
- Attività per programmi definiti con le **Amministrazioni locali** e con gli altri attori territoriali

La “rivoluzione” parte dalle Cure Primarie

Le Medicine di Gruppo Integrate:

- sono nodi organizzativi della filiera dell’assistenza territoriale, **affidenti al Distretto socio-sanitario**;
- sviluppano una **responsabilità** verso la Salute di tutti i componenti della Comunità e la presa in carico dei bisogni socio-sanitari;
- sono strutturate su un lavoro in **team multiprofessionale**;
- assicurano **un’assistenza h24, 7 giorni su 7**;
- costituiscono **“presidi territoriali”** attorno ai quali vengono organizzate le risorse distrettuali al fine di gestire efficacemente i bisogni della popolazione.

Centrale Operativa del Territorio h24

- *Progetto Assistenziale Individualizzato*
- *Procedure e PDTA*
- *Sistema Informativo Integrato*
- *Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico*

DOMICILIO

- Medicina di famiglia
- Cure domiciliari
- Cure palliative
- Specialistica

STRUTT. RESIDENZIALI

OSPEDALE

- Modello Hub&Spoke
- Reti cliniche integrate (es. rete emergenza urgenza)

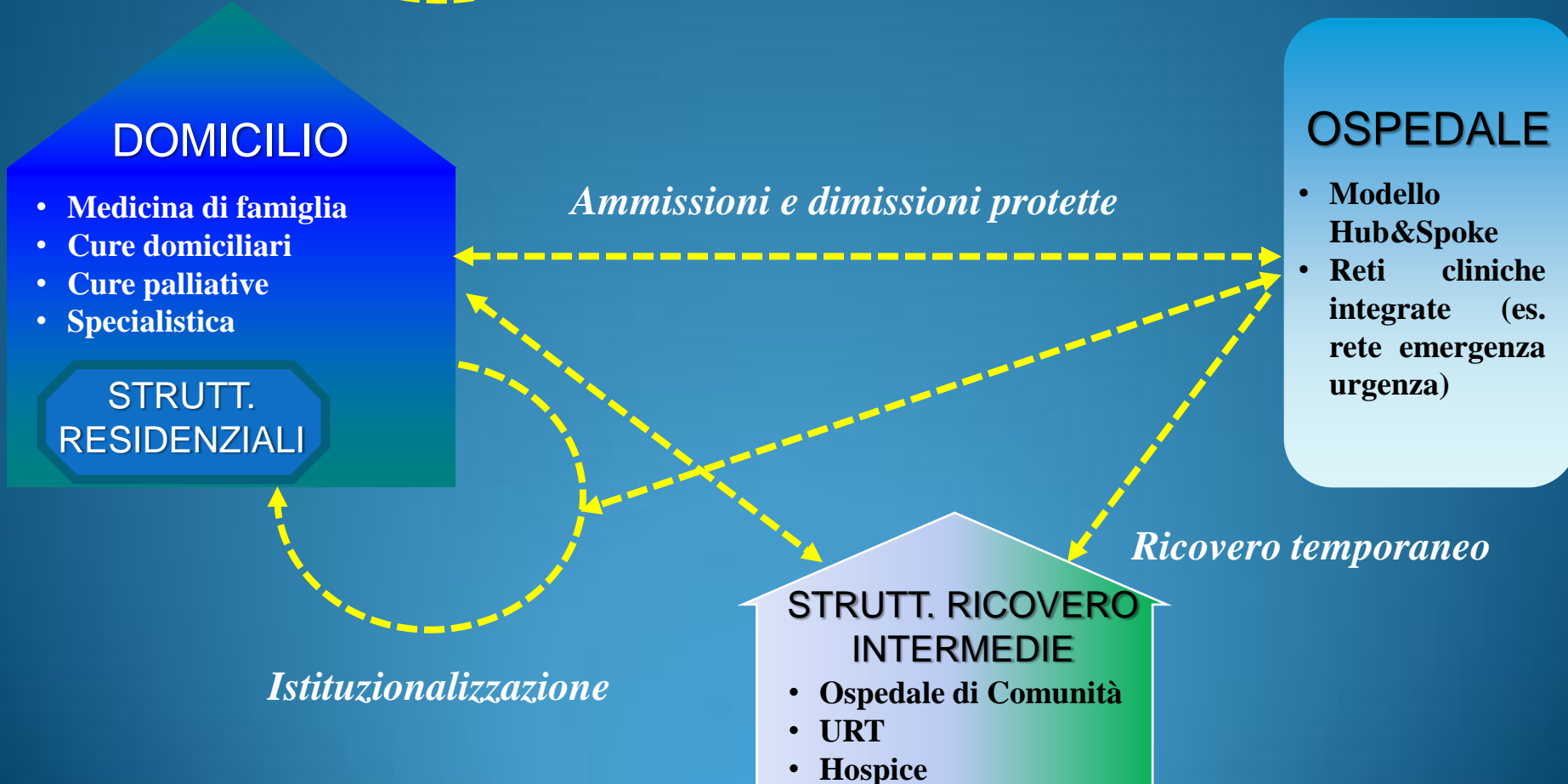
STRUTT. RICOVERO INTERMEDIE

- Ospedale di Comunità
- URT
- Hospice

Ammissioni e dimissioni protette

Ricovero temporaneo

Istituzionalizzazione



ASSISTENZA OSPEDALIERA

- principali novità -

- **Reti cliniche integrate**, funzionali e non gerarchiche, fondate sulla collaborazione tra strutture e professionisti
- Ruolo delle strutture definito su criteri di **accessibilità** e copertura geografica, di livelli di **sicurezza** per i pazienti, di specializzazioni basate su volumi di attività adeguati a mantenere le **competenze professionali**
- **Rete di emergenza/urgenza** quale elemento che “regge” il Sistema, garante dell’interconnessione tra strutture e della loro attivazione a seconda della gravità del bisogno

Il modello organizzativo della Rete ospedaliera

GERARCHIA
FUNZIONALE

Hub

Ospedali di riferimento
“provinciale”

Le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona costituiscono anche centri di riferimento regionale per alcune funzioni e punti di riferimento nazionale

Spok

e

Presidi ospedalieri di rete
con bacino di circa 200.000 abitanti

Sede 1

Sede 2

Sede ...

Ospedali “nodi della rete”:
strutture per acuti integrative
della rete (ad indirizzo *monospecialistico*)

AREE DI INTERVENTO SOCIALE E SANITARIO

- principali novità -

- Conferma della bontà del modello veneto che garantisce una presa in carico **integrata, organizzata e coordinata**
- Facilitazione nell'accesso al sistema dei servizi → consolidamento della rete integrata di **sportelli socio-sanitari** (“sportello unico”)
- Valutazione dei bisogni in maniera unitaria ed uniforme → UVMD, **Progetto Assistenziale Individualizzato**, verifica dei risultati
- Individuazione di obiettivi specifici per le aree: **Famiglia infanzia, adolescenza, giovani; Anziani; Disabilità; Dipendenze; Salute mentale; Sanità penitenziaria.**
- Valorizzazione del **Piano di Zona** come strumento programmatico degli interventi sociali e socio-sanitari, in coerenza con le altre politiche di supporto alla persona e alla comunità (abitative, lavorative, dell'istruzione, ecc.)

RISORSE A SUPPORTO

Valorizzazione organizzativa e professionale delle risorse umane

- definizione degli *standard*
- implementazione di una *formazione coerente* con i modelli organizzativi
- istituzione di un *Osservatorio sulle professionalità* per quantificare correttamente il fabbisogno locale dei profili professionali

Governo del sistema

- Sistema di controllo interno e di *indicatori* (obiettivi commisurati alla tipologia di Azienda, monitoraggio sistematico)
- *Informatizzazione* (sistema informativo integrato, Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico, ecc.)
- Percorsi di *valutazione* sia per i Direttori Generali che per le apicalità per rendere conto di quanto e come viene organizzato, offerto ed erogato

La salute mentale nel nuovo PSSR

- Il modello operativo adottato per la prevenzione e cura della patologia psichiatrica è quello dell'organizzazione dipartimentale, articolata in una rete integrata di servizi secondo una logica di psichiatria di comunità
- Si tratta di una rete articolata che, sotto la regia del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), deve lavorare attraverso il metodo del Progetto Assistenziale Individualizzato, condiviso con gli altri servizi del territorio, a partire dalla medicina di famiglia e, per i casi complessi, definito in UVMD: questa modalità consentirà di concretizzare sempre di più la integrazione del DSM nel Distretto, pur salvaguardando la sua natura transmurale

Azioni strategiche:

- Consolidare la rete dei servizi del DSM
- Definire programmi di sostegno alle famiglie
- Consolidare e qualificare la rete residenziale e semiresidenziale
- Sviluppare l'utilizzo dell'*Evidence Based Medicine*
- Rafforzare la collaborazione con la medicina di famiglia
- Promuovere interventi di contrasto allo stigma
- Promuovere interventi terapeutico-riabilitativi che facilitino il recupero delle abilità individuali-relazionali-lavorative
- Rendere prioritario per i DSM l'obiettivo dell'inserimento lavorativo
- Promuovere una forte integrazione tra salute mentale e dipendenze patologiche
- Sviluppare linee guida regionali e/o protocolli di collaborazione a livello locale tra DSM e servizi distrettuali per l'età evolutiva
- Prevedere l'estensione dell'accesso ai Centri Diurni

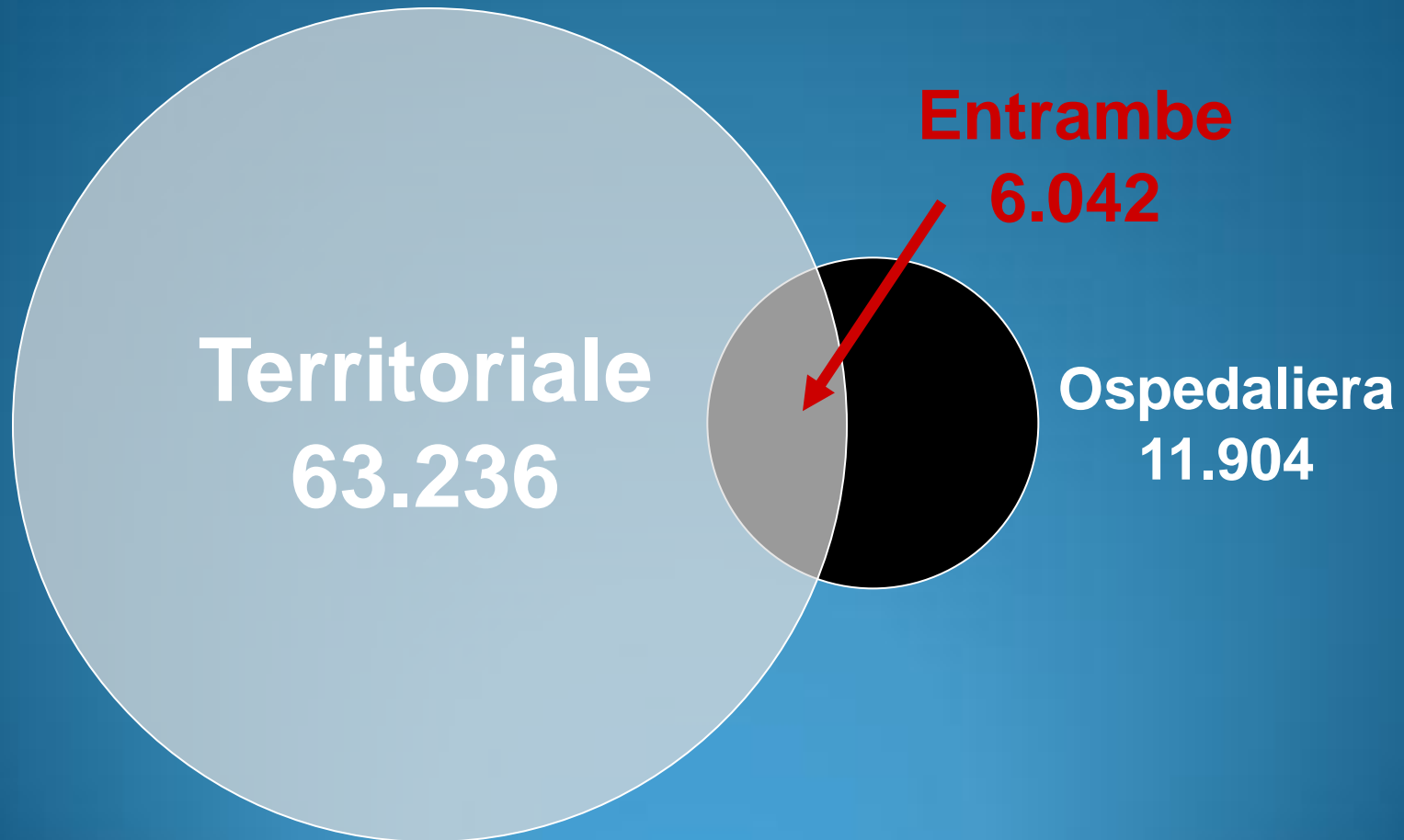
➤ Inoltre:

- Coinvolgimento attivo dell'utente e della famiglia
- Bisogni specifici della salute mentale in età evolutiva e in adolescenza
- Apporto essenziale delle strutture private accreditate
- Disparità nell'utilizzo delle risorse → analisi dei costi
- Fino al 5% del budget ULSS per la salute mentale

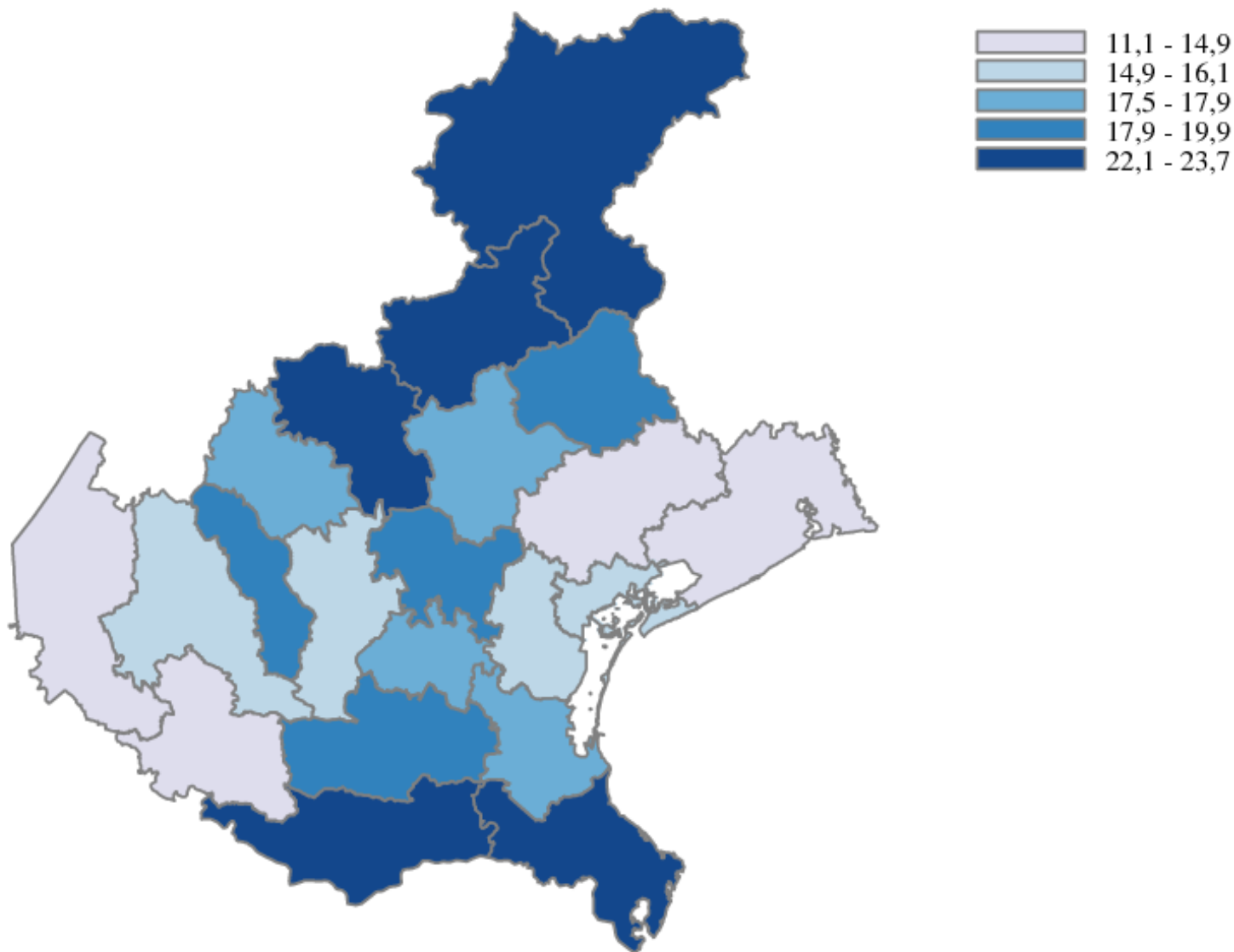
L'Utenza Psichiatrica:

- Oltre 69.000 utenti psichiatrici (età >17 aa) assistiti nel 2012 negli ospedali o nei servizi territoriali (16,8‰ residenti), con un'età media di circa 50 anni: prevale il sesso femminile (3 su 5)
- si concentrano intorno a 40-50 anni d'età; le donne +64 aa rappresentano il 30%, contro il 22% dei maschi
- oltre l'80% dell'utenza psichiatrica viene trattata solo nei servizi territoriali
- L'8,5% dell'utenza psichiatrica viene trattata solo nei servizi ospedalieri
- le patologie più frequenti nei servizi territoriali sono la schizofrenia (23%), la depressione senza sintomi psicotici (18%), le sindromi nevrotiche e somatoformi (18%) e le psicosi affettive (16%)

**69.098 utenti psichiatrici (età >17 aa)
residenti in Veneto
Tipo di assistenza:**



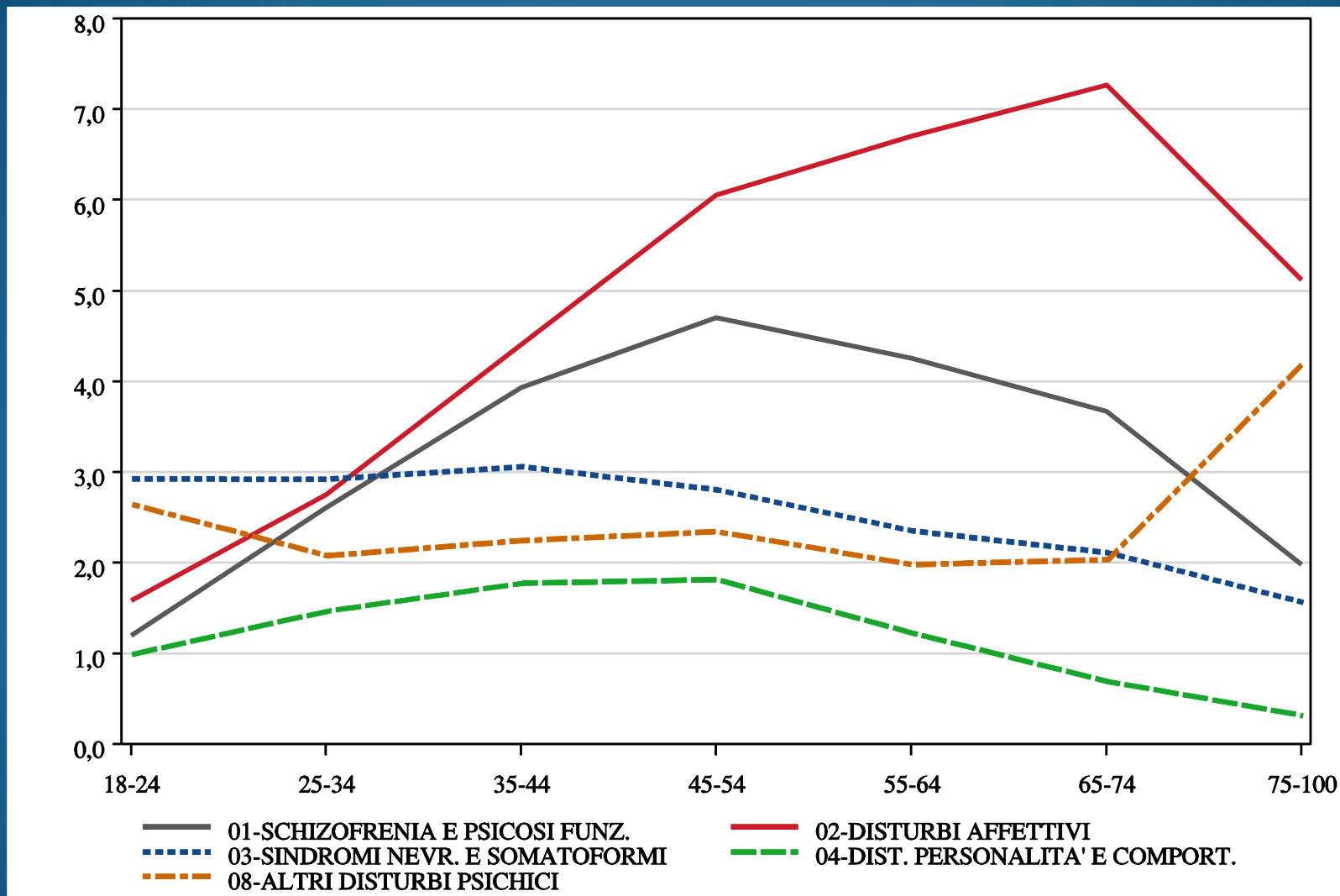
Utenti psichiatrici per mille residenti d'età superiore a 17 anni



L'attività dei servizi psichiatrici territoriali:

- Circa il 40% degli utenti viene inviato dal medico di medicina generale; negli altri casi si tratta di una richiesta del paziente medesimo o di un'autoinvio da parte dell'equipe curante
- Le prestazioni erogate ammontano a circa 1.400.000 (escluse le giornate di presenza nelle strutture residenziali o semi-residenziali): oltre metà di queste sono erogate dai CSM
- Inoltre, sono state erogate 302.148 giornate di presenza presso strutture semiresidenziali per 3.650 utenti (5,8% degli utenti territoriali), mentre le giornate di presenza nelle strutture residenziali sono state 663.105 per 2.432 persone (3,8%)

Utenti dei servizi psichiatrici territoriali (per mille residenti per patologia e classi d'età)



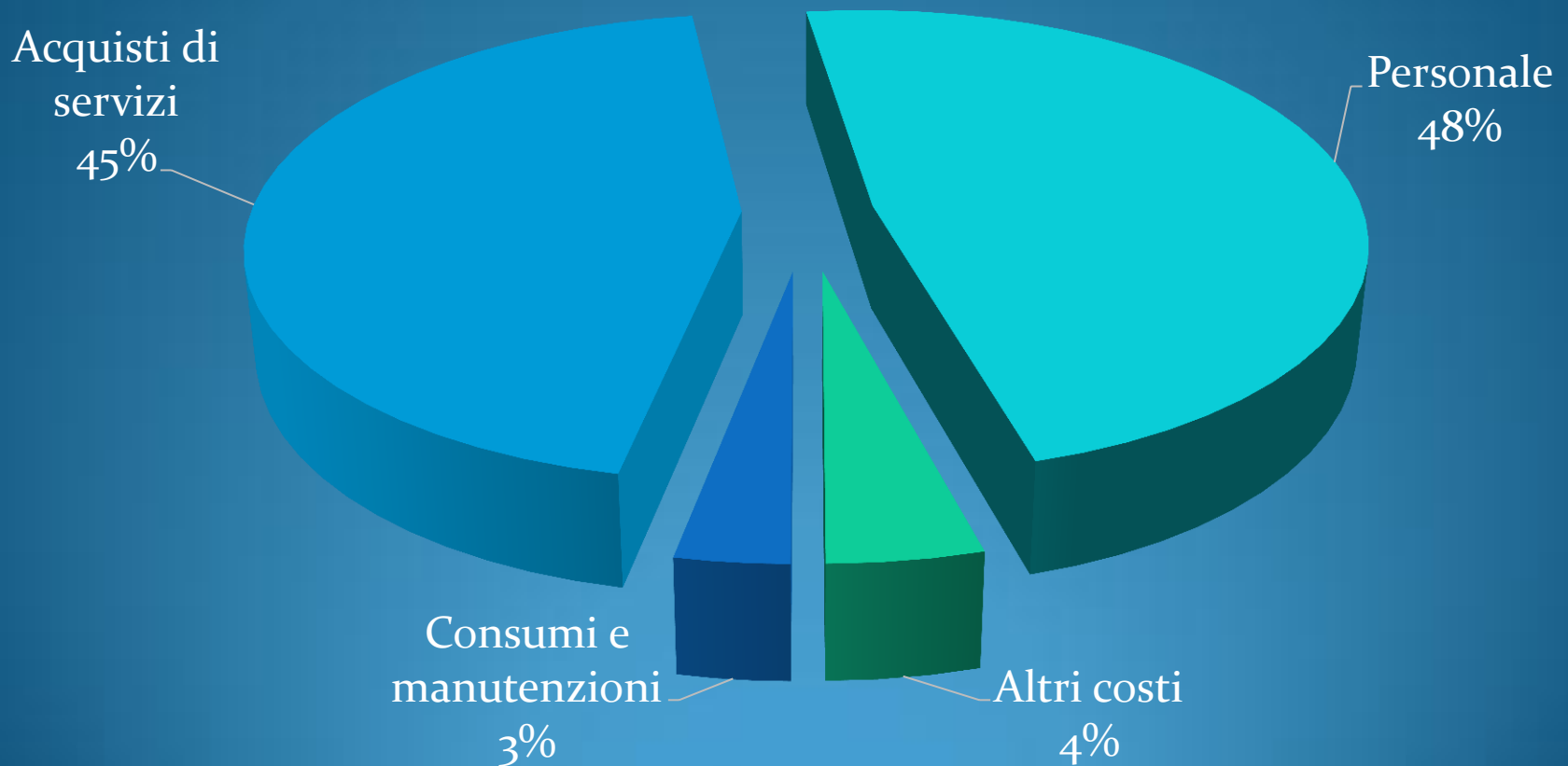
Le strutture:

- 398 strutture territoriali psichiatriche al 31 dicembre 2012: circa 70% a gestione diretta ULSS
- Il 49% sono residenziali, il 27% semi-residenziali e il restante 24% ambulatoriali: le strutture più numerose sono i centri diurni (21%) e le comunità alloggio (21%), dai CSM (15%), dalle CTRP (13%) e dagli appartamenti protetti (12%).
- 3.592 posti, equamente distribuiti tra residenziali e semi-residenziali: la maggiore disponibilità è presso i centri diurni (41%), seguiti dalle comunità alloggio (21%) e dalle CTRP (18%)
- 866 posti letto ospedalieri, dei quali 497 pubblici

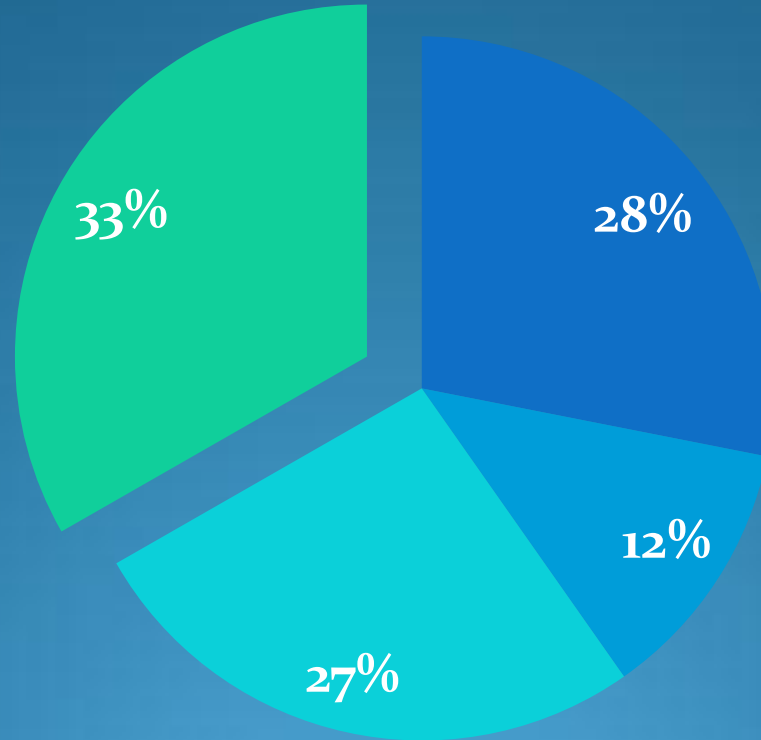
Il personale:

- 3.094 operatori equivalenti, dei quali circa 3/4 dipendenti ULSS
- La figura professionale maggiormente rappresentata è quella dell'infermiere (1.100: 36%), seguita dagli OTA/OSS (934: 30%), dai medici (351: 11%), dagli educatori (212: 7%), dagli psicologi (130: 4%) e dagli assistenti sociali (77: 2%).
- È rispettato il rapporto di 1 operatore ogni 1.500 abitanti previsto dal Progetto obiettivo nazionale

Costo dell'assistenza psichiatrica distinto per voce di spesa

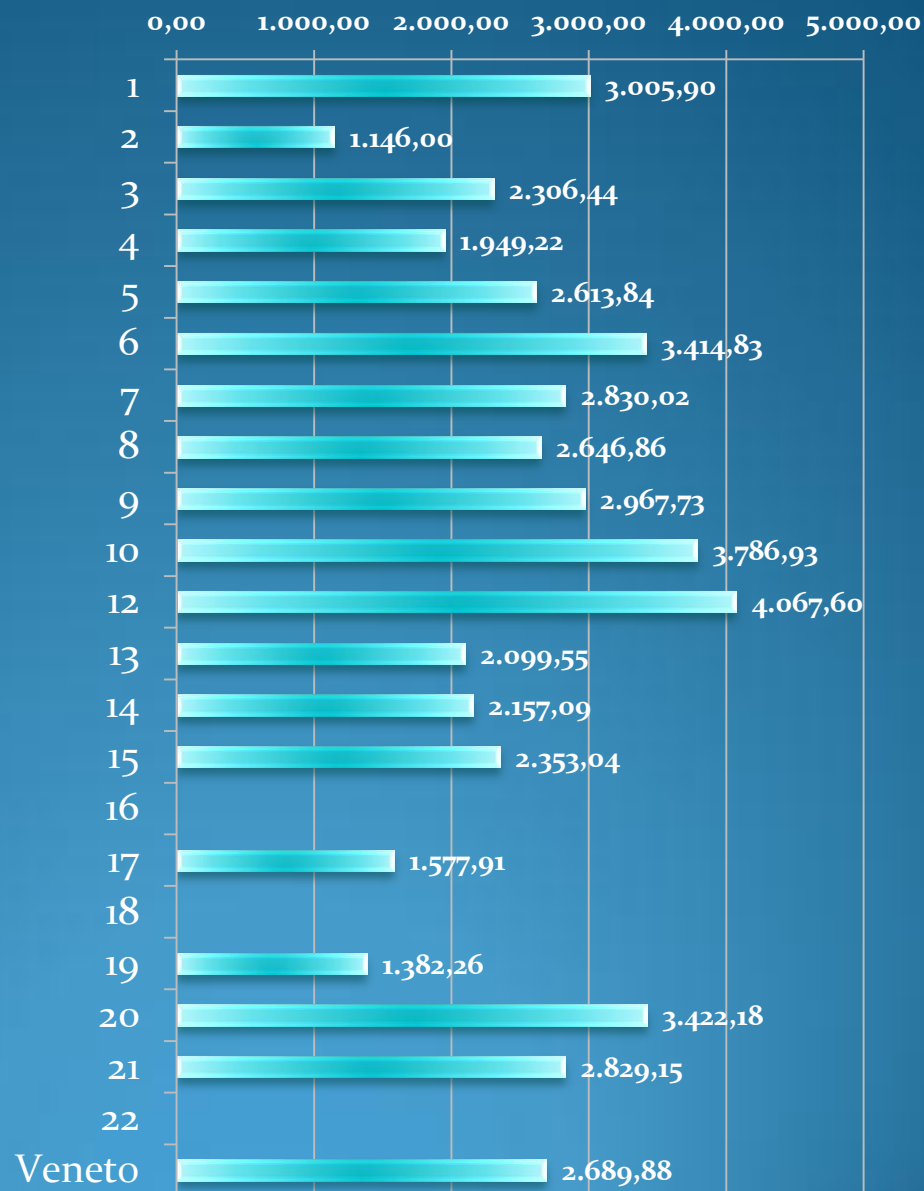


Riparto dei Costi per l'Assistenza psichiatrica

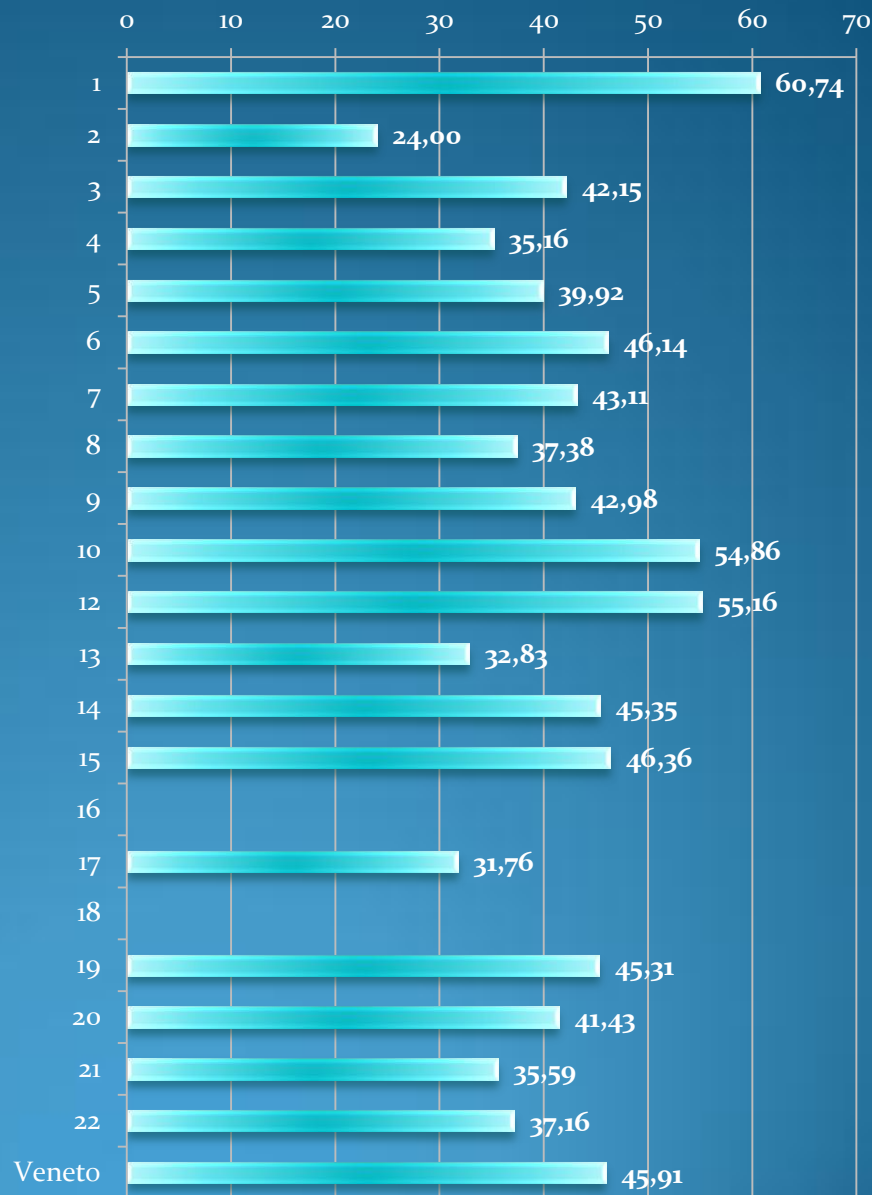


- Assistenza ambulatoriale e domiciliare
- Assistenza semiresidenziale
- Assistenza residenziale
- Assistenza Ospedaliera

Costo dell'assistenza psichiatrica territoriale per assistito nel 2012



Costo dell'assistenza psichiatrica territoriale per residente nel 2012



Dimissione degli OPG

- Internati veneti in OPG al 31/12/2012: 59
 - di cui 13 in licenza
 - di cui 50 a Reggio Emilia, 6 a Castiglione delle S. (MN), 3 a Montelupo F. (FI)
- Dimissioni nel 2012: 25
- Internati al 31/12/2011: 57
- Dimissioni nel 2011: 25
- Monitoraggio DSM 31/12/2011: 14 dimissibili su 66; 39 psichiatrici, 6 tossicodipendenti, 20 doppie diagnosi, 3 disabili

mail: salutementale@regione.veneto.it
web: www.regione.veneto.it/salutementale



Grazie per l'attenzione!