

***PARTE TERZA***  
***Progetti Obiettivo***

## 6. PROGETTI OBIETTIVO

### 6.1 Tutela della salute delle persone anziane

#### DATI DI CONTESTO

In Italia è in corso un profondo cambiamento della struttura della popolazione per età, determinato da due fenomeni fondamentali:

- l'allungamento della vita media
- la diminuzione delle nascite.

Risultato di queste dinamiche è l'invecchiamento della popolazione.

Come per altri fenomeni demografici, anche per l'invecchiamento della popolazione il Veneto si allinea alla media nazionale; si segnala però che, con una minore percentuale di anziani che vivono soli rispetto alla media nazionale, si caratterizza per maggiori opportunità teoriche di un loro mantenimento al domicilio.

All'interno del territorio regionale spiccano alcune situazioni territoriali, con caratteristiche socio-ambientali anche sostanzialmente diverse, chiamate più di altre ad affrontare l'"emergenza anziani"; queste possono costituire un'occasione per sperimentare e consolidare modelli assistenziali nuovi nei confronti dei nuovi bisogni legati all'invecchiamento della popolazione (in particolare si tratta delle ULSS 2, 12 e 18 dove il rapporto residenti anziani residenti totali è più elevato di 1 a 5).

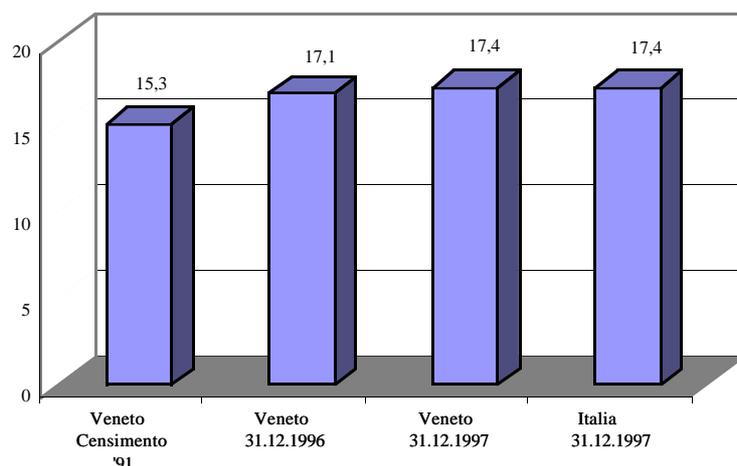
Parlare di risposta ai bisogni dell'anziano significa puntare sui diversi livelli di abilità, su come l'anziano nelle proprie condizioni riesce a gestire il proprio quotidiano, sugli aspetti positivi da incoraggiare, sulle potenzialità residue.

È questa l'ottica che consente di poter parlare anche di prevenzione per l'età senile, sottolinean-

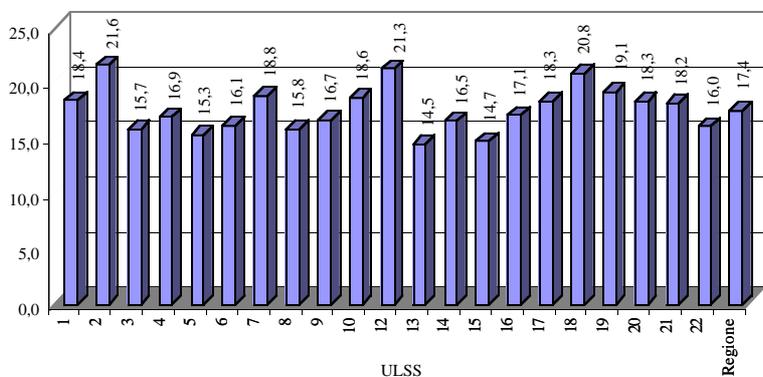
Composizione delle famiglie - Media 1995-1996

	Veneto		Italia	
	V.A.	%	V.A.	%
- Famiglie totali	1.587.000		20.856.000	
di cui: 1 componente	293.000	18,5	4.278.000	20,5
1 componente 60+ anni	184.000	11,6	2.711.000	13,0

Residenti in età 65 anni e oltre - % su residenti totali



Residenti in età 65 anni e oltre - % su residenti totali  
Al 31.12.1997



**SERVIZI E INTERVENTI**  
**Assistenza al domicilio**

do la concreta possibilità per poter guidare il processo di invecchiamento verso comportamenti più efficacemente salutari mirati a mantenere più a lungo il benessere, l'autonomia, la salute. Questo orientamento culturale è alla base della revisione del Progetto obiettivo regionale "Tutela della salute delle persone anziane" approvato dalla Giunta regionale nel 1997 e all'esame della V Commissione consiliare.

Per quanto riguarda la presenza in Veneto di anziani non autosufficienti, oltre ai dati sugli utenti dei servizi di seguito analizzati, si rimanda all'analisi dei dati relativi a richieste e utenti in relazione alle provvidenze a favore di non autosufficienti assistiti a domicilio di cui alla LR 28/91, riportati al Capitolo relativo al Progetto obiettivo "Prevenzione e tutela dell'handicap".

L'assistenza al domicilio è stata oggetto di regolamentazione nel corso del 1998, distinguendo innanzitutto le diverse configurazioni che può assumere:

- esclusivamente socio-assistenziale,
- esclusivamente sanitaria (infermieristica, riabilitativa, programmata, integrata fra diverse professionalità sanitarie, ospedalizzazione domiciliare)
- integrata socio-sanitaria per tutte le diverse articolazioni che prevedono un intervento di tipo sanitario.

È stato quindi progettato un flusso informativo per l'acquisizione dei dati a livello regionale che sarà portato a regime a partire dal 1999, consentendo alla Regione di svolgere le funzioni di indirizzo, monitoraggio e controllo in questa area di intervento che si è dimostrata strategica nel processo di riorganizzazione, razionalizzazione e umanizzazione dell'assistenza sanitaria.

L'analisi che segue è limitata alla assistenza al domicilio di tipo socio-assistenziale ormai consolidata a livello regionale e per cui esiste un flusso informativo a regime per l'acquisizione dei dati.

**Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) - Quadro sintetico**

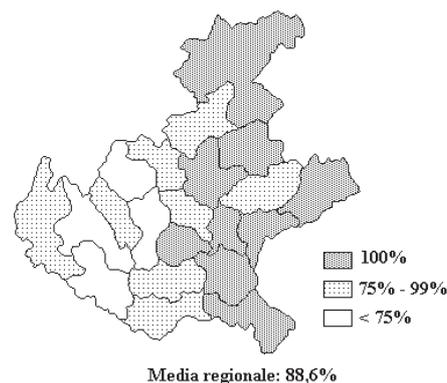
		1996	1997	Diff. % 1997 vs 1996
- Servizi esistenti	n.	395	413	4,6
- Comuni serviti	n.	ND	514	
	% esistenti	ND	88,6	
- Utenti totali	n.	26.257	25.062	-4,6
	per 100 residenti 65+ anni	3,4	3,2	-7,2
- Operatori equivalenti totali	n.	1.330	1.421	6,8
	per 1.000 residenti 65+ anni	1,7	1,8	3,0
- Costi rendicontati (personale)	totali (miliardi)	58,8	62,2	5,8
	per utente (lire)	2.238.046	2.480.455	10,8
- Contributi a carico SSR	totali (miliardi)	17,0	17,0	0,0
(gestione accentrata regionale)	per utente (lire)	647.446	650.255	0,4

L'assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale ad anziani, disabili e persone in difficoltà è diffusa in modo capillare sul territorio regionale con 9 ULSS totalmente coperte e solo 4 ULSS con meno del 75% dei comuni serviti (ma comunque sempre in misura superiore al 60%).

I Comuni giocano un ruolo da protagonisti quasi esclusivi, con circa il 97% (400 su 413) dei servizi gestiti direttamente, in forma singola o associata; la scarsa propensione al ricorso alla delega in quest'area di intervento potrebbe essere la spia di criticità specifiche nell'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria, con conseguenti ricadute negative sui risultati del servizio, in termini di qualità, efficacia ed efficienza.

Nel 1997 gli utenti appaiono in diminuzione rispetto all'anno precedente e si distribuiscono in misura molto disomogenea all'interno del territorio regionale, testimoniando la estrema differenziazione del-

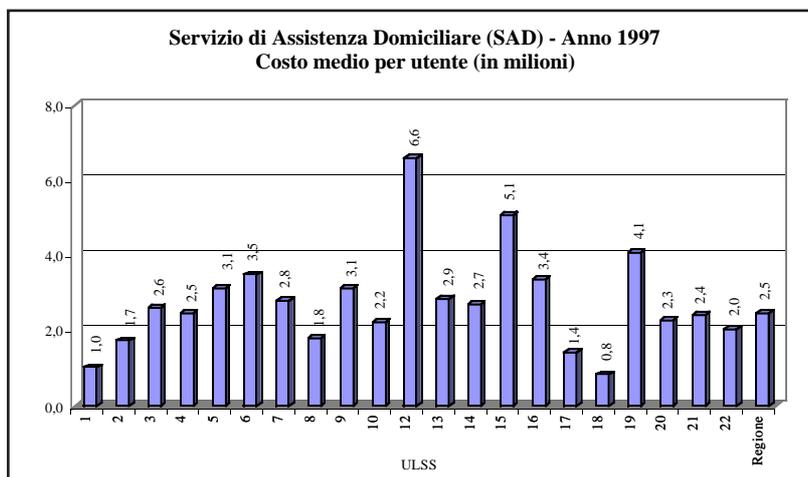
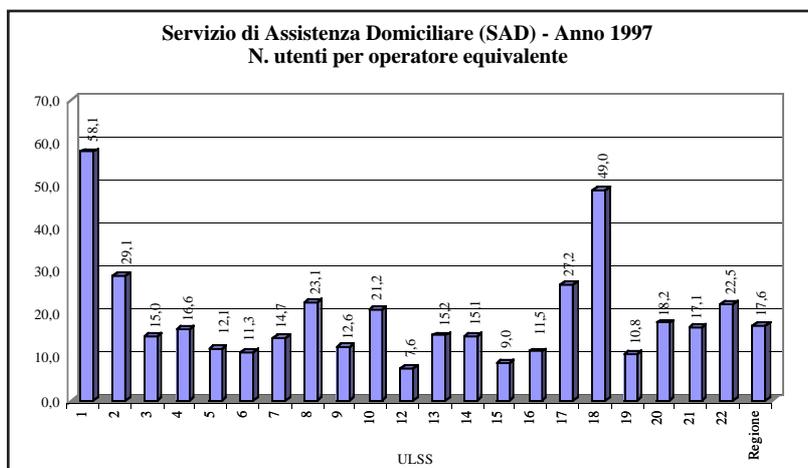
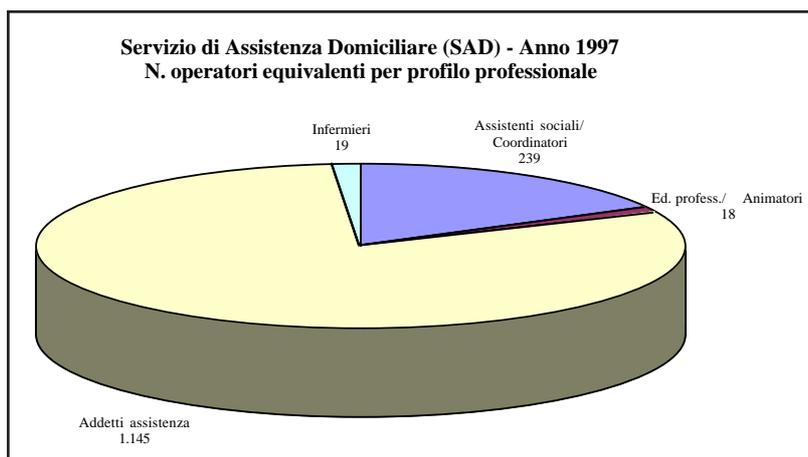
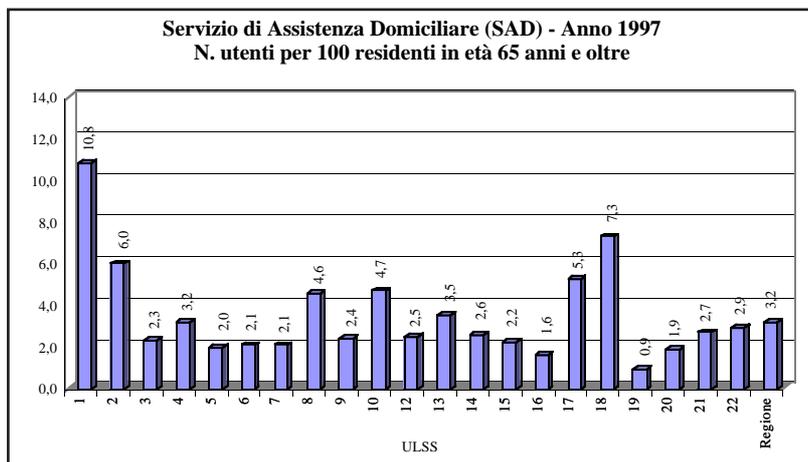
Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) - Anno 1997  
% Comuni serviti



le politiche assistenziali in quest'area, anche in territori "affini" rispetto alla presenza di anziani; proprio fra le ULSS a più elevato invecchiamento della popolazione si osservano i valori limite di incidenza di utenti dei servizi domiciliari sugli anziani totali: da una parte le ULSS 1, 2 e 18 con i valori più elevati e dall'altra l'ULSS 19, soprattutto, ma anche le ULSS 12 e 7 con i valori fra i più bassi a livello regionale.

Coerentemente con le modalità di gestione, il servizio garantisce prestazioni di tipo quasi esclusivamente socio-assistenziale: solo poco più dell'1% dei complessivi 1.421 operatori equivalenti addetti ha una professionalità sanitaria ben definita (infermieri), cui si somma un altro 1% con professionalità socio-riabilitativa (educatori / animatori). L'analisi della composizione degli operatori per profilo professionale a livello territoriale fa emergere alcune anomalie:

- in 5 delle 10 ULSS in cui sono presenti servizi di assistenza domiciliare gestiti dall'Azienda ULSS non è segnalata la presenza di personale infermieristico (ULSS 2, 5, 14, 19 e 20);
- in 2 delle 11 ULSS in cui il servizio è gestito esclusivamente dal Comune è assicurata l'assistenza infermieristica attraverso convenzioni con cooperative (ULSS 8 e 22).



Complessivamente i servizi di assistenza domiciliare del Veneto hanno rendicontato oltre 62 miliardi di costi.

Trattandosi di un servizio ad esclusivo consumo di risorse umane gli indicatori su carico di utenti per operatore e costo medio per utente sono fra loro inversamente correlati e sono caratterizzati da una estrema variabilità territoriale: la differenza fra i valori limite è dell'ordine del 700%. Va infine ricordato che il contributo a carico del SSR è stato di 17 miliardi, pari al 27% dei costi rendicontati.

Dall'analisi delle informazioni e degli indicatori relativi ai servizi di assistenza domiciliare emerge un quadro che suggerisce politiche di intervento estremamente disomogenee all'interno del territorio regionale rispetto sia alla popolazione target, sia alle modalità organizzative, sia alle prestazioni offerte; ne deriva la necessità di un impegno prioritario delle Aziende ULSS nella riorganizzazione e razionalizzazione dell'assistenza al domicilio secondo le linee di indirizzo che, opportunamente, la Giunta Regionale ha indicato con la Delibera del dicembre 1998 (DGR n. 5273 del 29.12.1998).

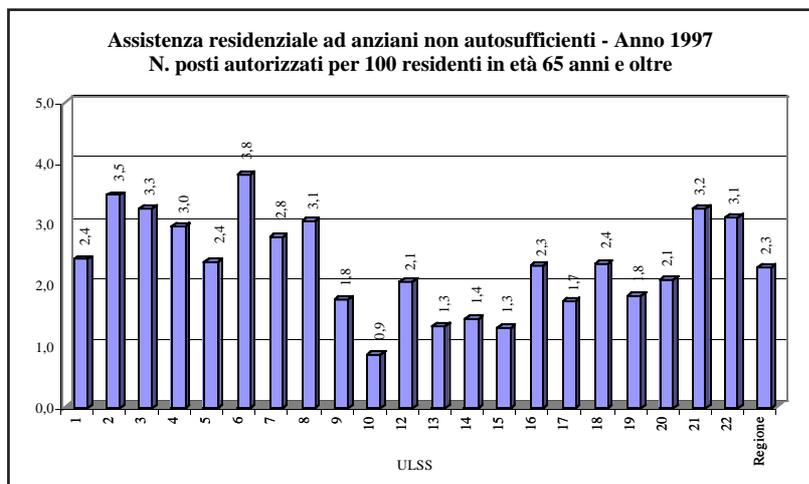
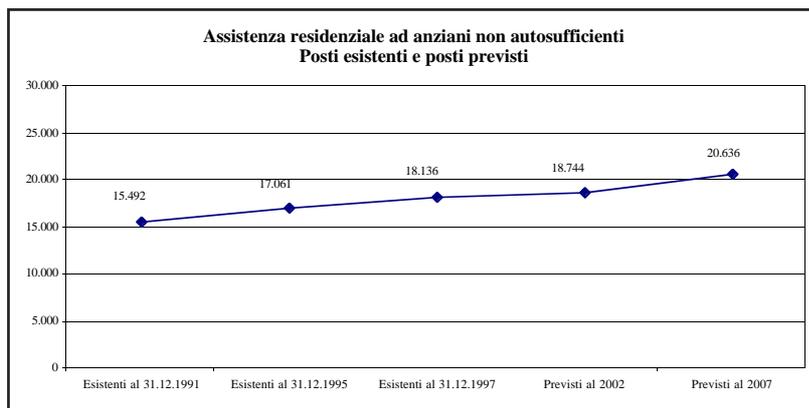
Negli anni 1996 e 1997 il sistema informativo relativo all'assistenza residenziale ad anziani è stato interessato da un processo di revisione, per cui i dati relativi a questo periodo si limitano a quelli utilizzati per la definizione del rimborso delle spese sanitarie e di rilievo sanitario per ospiti non autosufficienti, che sono di natura esclusivamente strutturale: numero strutture e numero posti autorizzati.

Nel 1997 le strutture che in Veneto garantiscono assistenza residenziale a non autosufficienti sono 136, cui va aggiunta una struttura localizzata in provincia di Trento, ma convenzionata anche con il Veneto.

I posti autorizzati per l'assistenza ad anziani non autosufficienti risultanti alla fine del 1997 possono considerarsi rispondenti al fabbisogno teorico, indicato da uno studio realizzato dalla Sogess di Milano nel 1995-96 per conto della Regione Veneto, avvicinandosi progressivamente al valore stimato per il 2002.

La sostanziale situazione di adeguatezza nella dotazione regionale complessiva non si ripropone in misura omogenea a livello territoriale dove a situazioni di forte carenza (provincia di Venezia, fatta eccezione per l'ULSS 12 che si colloca nella media regionale, e l'ULSS 15) si contrappongono situazioni di sovradi-

mensionamento dell'offerta (province di Vicenza, ad eccezione dell'ULSS 5, Treviso, ad eccezione dell'ULSS 9, e Verona, ad eccezione dell'ULSS 20, e ULSS 2).



Nel 1997 le strutture ubicate nel Veneto hanno rendicontato circa 365,5 miliardi di spese sanitarie e di rilievo sanitario per l'assistenza residenziale ad anziani non autosufficienti, con una media di poco più di 20 milioni per posto autorizzato, valore sostanzialmente omogeneo su tutto il territorio regionale, con l'unica eccezione dell'ULSS 3, con una cifra unitaria inferiore ai 17 milioni.

#### **FONTI**

- *Regione Veneto - Direzione per i Servizi Sociali - Servizio per l'Integrazione Sociale:*
  - *Scheda informativa delle Attività Sociali- Servizio di Assistenza Domiciliare*
  - *Allegati alle Delibere relative al rimborso spese sanitarie e di rilievo sanitario per l'assistenza residenziale ad ospiti non autosufficienti*

#### **TAVOLE IN ALLEGATO**

- *TAVOLA 6.1.1/A, TAVOLA 6.1.2/A, TAVOLA 6.1.3/A, TAVOLA 6.1.4/A*

#### **TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD**

- *TAVOLA 6.1.5/R, TAVOLA 6.1.6/R*

## 6. PROGETTI OBIETTIVO

### 6.2 Prevenzione e tutela dell'handicap

#### DATI DI CONTESTO

#### Provvidenze a favore di non autosufficienti assistiti a domicilio (LR 28/91)

#### Attività delle Commissioni integrate per l'accertamento dell'handicap (Legge 104/92)

In mancanza di rilevazioni sistematiche sul fenomeno handicap non è possibile disegnare il quadro delle sue dimensioni qualitative e quantitative.

Oltre ai dati relativi all'utenza dei servizi ed interventi rivolti alle persone handicappate, riportati successivamente, informazioni preziose sulla presenza di handicappati in Veneto possono comunque essere ricavate da due flussi informativi, i cui dati sintetici sono di seguito illustrati.

In tabella sono riportati i dati complessivi, compresi quelli relativi alla non autosufficienza legata all'età, che andrebbe più propriamente trattata nel capitolo relativo al Progetto Obiettivo "Tutela della salute delle persone anziane", ma si è optato per una trattazione che consenta di cogliere l'argomento nella sua unitarietà.

I beneficiari delle provvidenze (utenti) rappresentano la fascia di persone con una condizione di non autosufficienza accertata, sulla base di criteri diversi, anche di tipo sociale.

Tale dato, tuttavia, non esaurisce l'intero fenomeno, in quanto la selezione è condizionata dalla limitatezza delle risorse finanziarie da distribuire; le provvidenze sono attribuite di fatto alle persone la cui condizione è riconducibile ad un punteggio soglia individuato a livello regionale.

È importante rilevare che le persone che non raggiungono tale punteggio presentano ugualmente condizioni di gravità complessiva.

In questo senso i dati relativi alle richieste, sono suscettibili di ulteriori approfondimenti analitici.

Resta comunque il fatto che l'informazione desumibile da tale dato complessivo costituisce una base di partenza assolutamente attendibile per sviluppare una indagine sulla consistenza e sulla distribuzione del fenomeno della non autosufficienza in famiglia.

Pur trattandosi di dati presumibilmente ancora incompleti (sono disponibili i dati di 18 ULSS), si possono tuttavia ricavare alcune informazioni interessanti:

- l'ampio scarto dell'indice relativo alle domande pervenute in rapporto ai residenti rilevato a livello territoriale (da 0,2 per 1.000 delle ULSS 12 e 20 a 1,7 per 1.000 dell'ULSS 4) è certamente, in parte, da attribuire alla scarsa conoscenza dei cittadini sulle funzioni delle Commissioni integrate e della utilità immediata che deriva dall'accertamento; questo, infatti, appare strumentale ad alcuni tipi di istanze che non interessano la generalità delle persone con handicap;
- il dato sulla gravità esprime indicazioni più precise: l'eterogeneità del risultato (l'incidenza di handicappati giudicati gravi varia dal 15,2% dell'ULSS 9 al 97,4% dell'ULSS 6) può evidenziare l'esistenza di differenti comportamenti valutativi delle Commissioni, ipotesi che trova riscontro nel diffuso malcontento delle persone disabili che sono indotte a fare confronti fra i

Provvidenze a favore di non autosufficienti assistiti a domicilio (LR 28/91)

		1996	1997	Diff. % 1997 vs 1996
- Richiedenti totali	n.	32.472	30.511	-6,0
	x 1.000 res.	7,3	6,8	-6,8
di cui: < 18 anni	n.	1.251	1.038	-17,0
	x 1.000 res.	1,7	1,4	-17,6
18-64 anni	n.	5.985	5.779	-3,4
	x 1.000 res.	2,0	1,9	-5,0
65 + anni	n.	25.236	23.694	-6,1
	x 1.000 res.	33,1	30,8	-6,9
- Utenti totali	n.	6.959	6.838	-1,7
	x 1.000 res.	1,6	1,5	-6,3
di cui: < 18 anni	n.	641	622	-3,0
	x 1.000 res.	0,9	0,9	0,0
18-64 anni	n.	1.223	1.299	6,2
	x 1.000 res.	0,4	0,4	0,0
65 + anni	n.	5.095	4.917	-3,5
	x 1.000 res.	6,7	6,4	-4,5

comportamenti delle varie commissioni in base alle differenti valutazioni su casi ritenuti simili.

- significativo, infine, il dato relativo alle richieste di accertamento avanzato dalle persone anziane, che arrivano a rappresentare il 44,5% nell'ULSS 16; sarebbe interessante aprire uno specifico ambito di indagine per rilevare le motivazioni che inducono la persona anziana a essere riconosciuta in condizione di handicap.

Un ultimo rilievo riguarda l'efficienza delle Commissioni:

- la metà delle ULSS per cui sono disponibili i dati si colloca al di sotto della media regionale di efficienza nello smaltimento delle domande pervenute (ULSS 1, 5, 12, 13, 16, 19, 20, 21 e 22); tale risultato non sembra correlato al numero di Commissioni operanti all'interno di ciascuna ULSS né al numero di domande pervenute.

### Commissioni integrate per l'accertamento dell'handicap

#### Attività - Anno 1997

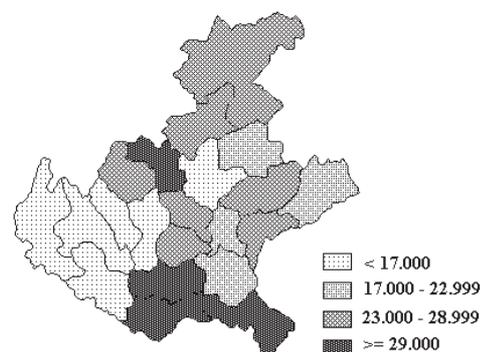
a) Commissioni	n.	49
b) Domande		
- pervenute	n.	2.926
	x 1.000 res.	0,7
- esaminate	n.	2.671
	% pervenute	91
di cui con handicap grave	n.	1.268
	% esaminate	47,5
c) % soggetti esaminati per classi di età		
- 0-18 anni		16,4
- 19-30 anni		30,2
- 31-64 anni		35,5
- 65 + anni		14,8

### Assistenza semiresidenziale DOTAZIONE STRUTTURALE

Tutte le ULSS del Veneto garantiscono l'assistenza semiresidenziale ai portatori di handicap in Centri socio-Educativi Occupazionali Diurni - CEOD.

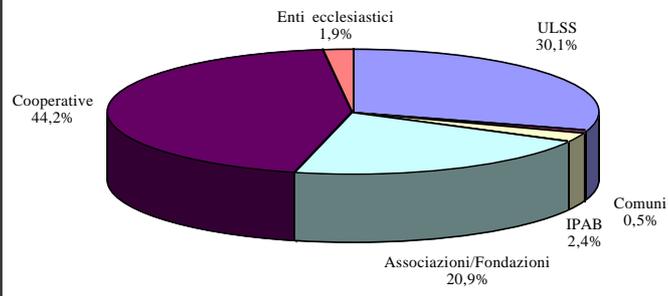
Con una dotazione complessiva di 206 centri a livello regionale viene rispettato lo standard di 1 centro ogni 20.000 residenti indicato dal Regolamento Regionale n. 8/84 (D/1); vanno però segnalati forti squilibri territoriali: tra le situazioni carenti, vale a dire quelle in cui il bacino di utenza supera del 50% lo standard (30.000 e più residenti), si segnala l'ULSS 19 con 1 solo centro che serve tutto il territorio (75.402 residenti).

CEOD - Bacini di utenza (n. residenti per struttura)  
Al 31.12.1997



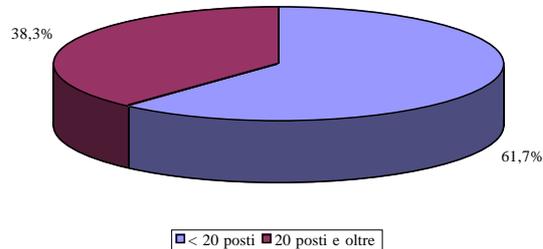
CEOD - Distribuzione % per ente gestore

Al 31.12.1997



CEOD - Distribuzione % per capacità ricettiva

Al 31.12.1997



Emerge la particolare vocazione del privato nella gestione di questo servizio, in particolare della cooperazione.

Con 4.466 posti i CEOD sono in grado di offrire una dotazione media di 1 posto ogni 1.000 residenti, ma la loro distribuzione territoriale ripropone gli squilibri evidenziati precedentemente nella distribuzione dei centri.

Prevalgono nettamente le strutture con una capacità ricettiva ridotta.

Tale riscontro, tenuto anche conto della estrema variabilità delle rette praticate in queste strutture, co-

me illustrato di seguito, sollecita un approfondimento di analisi finalizzato alla verifica dei risultati in termini di efficienza, efficacia e qualità delle prestazioni erogate.

**CEOD - Rette - Anno 1997**

Capacità ricettiva	Importo delle rette mensili					
	Minimo (migliaia)	Massimo (migliaia)	Medio (migliaia)	Moda		
				(range in migliaia)	N. centri	%
Fino a 20 posti	600,4	4.950,0	1.964,6	1.300 - 1.600	27	27,8
Da 21 a 30 posti	1.050,0	3.934,3	1.776,3	1.600 - 1.900	8	30,7
31 posti e oltre	1.031,7	3.920,0	2.230,6	2.200 - 2.500	4	25,0

L'ampio spettro di oscillazione del valore delle rette praticate è il segno evidente della assenza di precise indicazioni regionali su tipo di prestazioni minime da garantire, risorse necessarie per garantirle e relativi costi.

Si segnala che i valori medi delle rette, calcolati in funzione della diversa capacità ricettiva, si collocano tutti al di sopra degli standard regionali.

Per i livelli al di sotto della media si possono individuare due ipotesi esplicative: o l'ente gestore impiega massicciamente personale volontario oppure contiene la quantità-qualità delle prestazioni; in entrambi i casi l'incidenza sulla qualità delle prestazioni costituisce problema concreto. Per contro i livelli di costo al di sopra della media possono trovare giustificazione nei seguenti fattori:

- impiego di operatori in numero eccedente rispetto agli standard
- erogazione di prestazioni che vanno oltre ai normali standard
- inefficienze organizzative e gestionali.

Pur trattandosi di dati parziali, relativi a 139 strutture su 206, si impone un tempestivo intervento di approfondimento del rapporto costi-prestazioni-qualità.

Come già anticipato sopra, l'estrema variabilità delle rette praticate nelle strutture a capacità ricettiva ridotta, individua in queste strutture il target prioritario dell'attività di verifica e controllo.

*Assistenza residenziale  
DOTAZIONE STRUTTURALE  
E OSPITI*

La netta prevalenza, in termini di capacità ricettiva totale, di istituti tradizionali costituisce un fatto sul quale fare delle considerazioni di analisi:

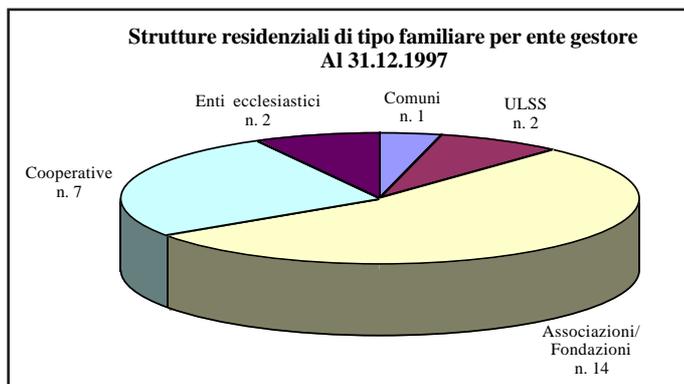
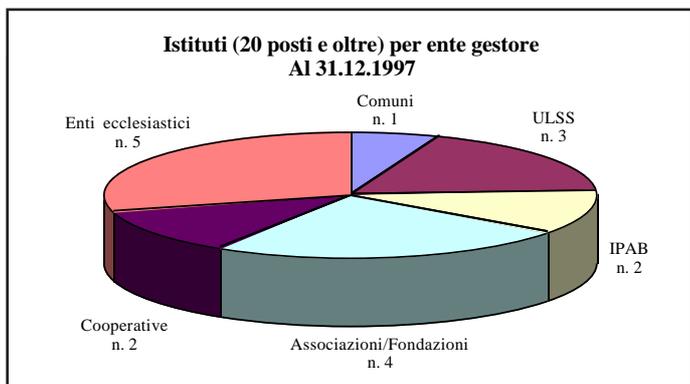
- la scelta politico-culturale di deistituzionalizzazione, avviata negli anni '70 e proseguita negli anni '80, fatica a trovare riscontro nella realtà;
- il ricorso all'assistenza residenziale costituisce la scelta ultima in presenza di evidenti e insormontabili difficoltà a mantenere la persona handicappata, di norma adulta, nell'ambito della famiglia;
- l'accoglienza residenziale risponde a una istanza ricorrente nel territorio che, però, esprime una considerevole difficoltà ad operare investimenti in strutture di piccola dimensione, ritenute più adatte alle esigenze della vita delle persone disabili; due fattori possono aver inciso nel contenere gli investimenti in questa area specifica: i costi di gestione, di norma più accentuati nelle strutture di piccola dimensione e il modello delle RSA che orienta comunque a privilegiare strutture con un numero elevato di posti letto.

**Assistenza residenziale - Dotazione strutturale - Al 31.12.1997**

	Istituti (20 posti e oltre)	Strutture di tipo familiare (fino a 20 posti)	Strutture totali
- n. strutture	17	26	43
- n. posti	1.985	203	2.188
- n. ospiti	1.942	187	2.129
- % ospiti con handicap grave			87,1

Anche per l'assistenza residenziale, come per quella semiresidenziale, emerge il ruolo prevalente del privato nella gestione delle strutture: enti ecclesiastici e associazioni e fondazioni per gli istituti e queste ultime insieme alle cooperative per le strutture di tipo familiare.

Le strutture di assistenza residenziale per disabili sono diffuse su tutto il territorio regionale: so-



lo tre ULSS risultano prive di una qualsiasi struttura di accoglienza.

La dotazione di posti è invece concentrata (60% dei posti totali) nei territori delle due ULSS sede degli istituti di maggiori dimensioni (ULSS 9 e 16).

L'elevata percentuale di ospiti che presentano condizioni di gravità conferma l'ipotesi formulata in precedenza: gli ospiti di servizi residenziali sono persone che non possono più vivere nel normale ambiente di vita a causa della gravità complessiva.

In questa prospettiva si pone l'interrogativo della capacità del territorio a rispondere alla domanda.

## RETTE

### Assistenza residenziale - Rette - Anno 1997

Capacità ricettiva	Importi delle rette giornaliere					
	Minimo (Lire)	Massimo (Lire)	Medio (Lire)	Moda		
				(range in lire)	N. strutture	%
<i>Istituti</i>						
Da 20 a 49 posti	164.000	233.578	173.885	160.000 - 170.000	3	50,0
Da 50 a 99 posti	101.351	123.000	112.175	101.000 - 123.000	2	100,0
100 posti e oltre	100.000	197.000	148.500	100.000 - 198.000	2	100,0
<i>Strutture di tipo familiare</i>						
< 10 posti	85.700	247.000	148.107	100.000 - 150.000	7	46,6
Da 10 a 19 posti	60.000	233.313	123.325	100.000 - 150.000	3	50,0

I dati disponibili sono parziali (17 strutture su 43) e pertanto vanno assunti come puramente indicativi.

Di rilievo appare il fatto che il costo massimo delle strutture di tipo familiare risulta superiore alle strutture di grandi dimensioni.

Il messaggio più evidente che emerge è quello della assenza di un criterio omogeneo per la determinazione della retta nelle strutture residenziali.

### FONTI

- Regione Veneto - Direzione per i Servizi Sociali - Servizio per l'Integrazione Sociale:
  - Flusso informativo per la gestione degli interventi di cui alla LR 28/91 (gestito dalla ULSS 16)
  - Rilevazioni su: Attività delle Commissioni integrate per l'accertamento dell'handicap, CEOD, strutture residenziali.

### TAVOLE IN ALLEGATO

- TAVOLA 6.2.1/A, TAVOLA 6.2.2/A

### TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD

- TAVOLA 6.2.3/R, TAVOLA 6.2.4/R, TAVOLA 6.2.5/R

## 6. PROGETTI OBIETTIVO

### 6.3 Tutela della salute mentale

#### QUADRO NORMATIVO

La DGR 2223/95 permane nel biennio 1996-97 il riferimento normativo per l'organizzazione e la riqualificazione della rete regionale di servizi per la tutela della salute mentale; essa definisce nell'articolazione in équipe psichiatriche pluriprofessionali il modulo organizzativo base del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), la cui configurazione è determinata dall'unione cooperativa di tutte le équipe operanti in ogni singola Azienda ULSS.

Per ogni équipe viene inoltre definita la dotazione di personale (1 operatore ogni 1.500 residenti nel territorio di competenza) e l'assetto delle strutture ad essa assegnate per l'erogazione di livelli uniformi di assistenza: Centro di Salute Mentale (CSM) con aggiunte funzioni di Centro Diurno (CD) e di Day Hospital Territoriale (DHT), Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) con anche funzioni di Day Hospital Ospedaliero (DHO), Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (CTRP) e Comunità Alloggio (CA).

Questo assetto organizzativo del DSM è stato ripreso nell'aggiornamento del "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale" (art. 18 LR 5/96), approvato con DRG 25 CR del 30 marzo 1999, integrandolo con un sistema informativo di struttura, processo ed esito, sperimentato in alcune Aziende ULSS nel corso del 1997 ed attivato in tutta la regione a partire dal 1998 (DGR 320/98). Con il nuovo sistema informativo sarà possibile cogliere l'interesse dell'attività delle singole équipe psichiatriche realizzata per paziente, per patologia, per struttura erogante, nel tempo; tale conoscenza, oltre che assolvere ad obblighi informativi nei confronti della Regione e del Ministero della Sanità, colmerà i vuoti informativi che l'attuale Relazione Sanitaria porta in sé, in particolare relativamente all'attività territoriale.

Per quanto attiene alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici (OP) e delle Case di Salute (CS), completata nei termini di legge, si può affermare che si è conclusa con l'inserimento in RSA per i soggetti con persistenza di patologia di tipo prevalentemente geriatrico e con l'inserimento in CTRP di mantenimento ad estinzione per i pazienti con persistenza di patologia e/o disabilità prevalentemente neuropsichica.

La coorte degli ex ospiti degli OP e delle CS è seguita in uno studio osservazionale regionale i cui primi risultati potranno essere presentati nella prossima edizione della Relazione Sanitaria.

#### DOTAZIONE DI STRUTTURE

Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale" - Strutture per l'attività delle Equipe territoriali - Quadro sintetico

		ANNI						
		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Centri di salute Mentale (CSM)</b>	n. équipe	*	*	*	*	*	50	49
<b>Strutture per l'attività territoriale</b>								
- Sedi ambulatoriali territoriali	n. sedi	154	159	157	155	133	**	121
- Centri Diurni - CD	n. sedi	*	*	*	*	*	**	46
- DH Territoriali - DHT	n. sedi	*	*	*	*	*	**	19
- Comunità Alloggio - CA	n. sedi	47	47	44	42	**	**	43
	n. posti	255	308	134	322	**	**	324
- Comunità Terapeutiche Residenziali Protette (attive) - CTRP attive	n. sedi	*	*	*	*	*	**	26
	n. posti	*	*	*	*	*	**	216
- Comunità Terapeutiche Residenziali Protette (estinzione) - CTRP estinzione	n. sedi	*	*	*	*	*	**	30
	n. posti	*	*	*	*	*	**	573
- Comunità Terapeutiche Residenziali Protette - Totali	n. sedi	3	3	12	22	20	23	56
	n. posti	38	46	51	173	304	291	789
<b>Strutture per l'attività ospedaliera</b>								
<b>RICOVERO ORDINARIO</b>								
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - SPDC	n. strutture	35	36	38	38	37	37	38
	n. posti letto	518	528	561	555	500	493	489
	n. ricoveri	10.387	10.409	10.095	10.703	11.241	11.100	10.909
	n. gg. degenza	147.158	152.734	148.129	157.274	155.814	145.748	151.342
	DM	14,2	14,7	14,7	14,7	13,9	13,1	13,9
	TO	81,3	79,2	72,8	77,2	85,7	80,1	86,2
	ICM	*	*	*	*	*	0,96	0,89
	ICP	*	*	*	*	*	1,18	1,04
	% dimissioni							
	outliers	*	*	*	*	*	2,8	2,8
<b>RICOVERO IN DAY HOSPITAL</b>								
- Day Hospital Ospedalieri - DHO	n. strutture	*	*	*	*	*	30	30
	n. posti letto	*	*	*	*	*	134	136

\* Dati non disponibili

\*\* Dati non affidabili

Negli anni '90 il cambiamento più evidente nella dotazione di strutture per la tutela della salute mentale è legato al processo di chiusura degli OP e delle CS, cui si è affiancata la comparsa e il rapido sviluppo, soprattutto nel 1997, delle CTRP di mantenimento ad estinzione e delle CTRP attive.

Tale fenomeno è da collegarsi all'esigenza di assistenza residenziale extra-ospedaliera e può in parte aver determinato, negli anni 1996 e 1997, la riduzione della complessità della casistica trattata negli SPDC (Indice di Case Mix - ICM) e il miglioramento dei livelli di efficienza degli stessi (Indice Comparativo di Performance - ICP).

Con tali evidenze e considerazioni si impone tuttavia una riflessione anche sulla capacità delle équipe psichiatriche di formulare e realizzare programmi di cura che prevedano la dimissione dei pazienti dalla presa in carico psichiatrica, avvenga questa anche dopo molti anni di trattamento.

Infatti, in assenza di un limite alla presa in carico e dunque agli obiettivi clinicamente perseguibili e sostenibili, le strutture esistenti e ancor meno il personale impiegato non saranno mai sufficienti.

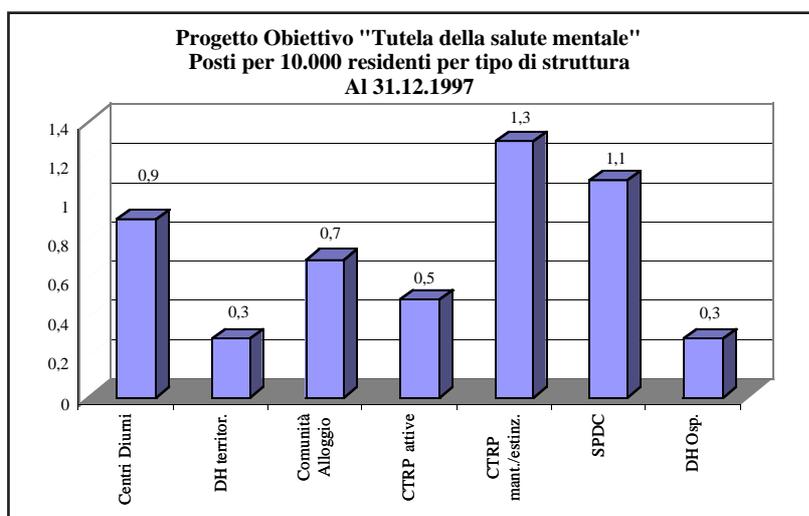
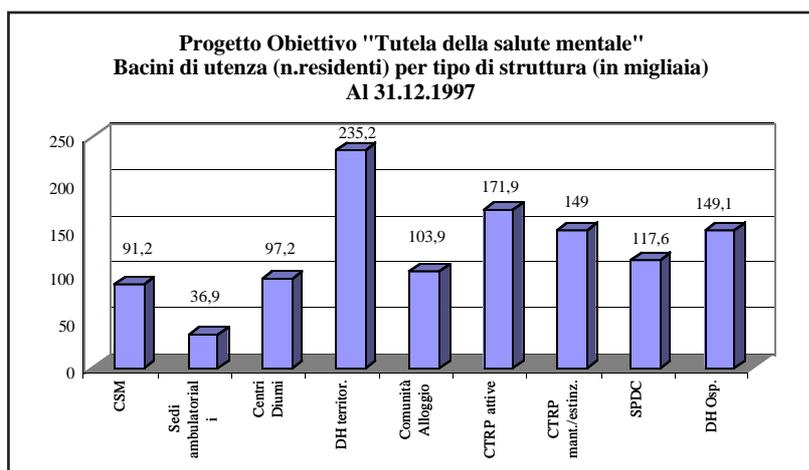
La cronicità e l'esito con difetto esistono in psichiatria come nelle altre discipline, ma si deve ricordare che la riabilitazione sta nei livelli uniformi di assistenza quanto la prevenzione primaria; in tal senso solo se le Aziende ULSS sapranno sostenere l'attività delle équipe psichiatriche curando non solamente la dotazione strutturale, ma anche la dotazione di personale, in termini sia quantitativi che qualitativi, i fenomeni di seguito riportati potranno essere ridotti.

I bacini di utenza molto differenziati in funzione del tipo di struttura indicano che in Veneto nel 1997 un numero considerevole di équipe non ha ancora a disposizione l'intera gamma di strutture previste; in particolare sono assenti:

- i DHT in 9 ULSS (1, 2, 8, 9, 14, 17, 18, 19, 21)
- le CA in 8 ULSS (2, 7, 8, 10, 13, 14, 17, 21)
- le CTRP attive in 7 ULSS (5, 14, 15, 16, 18, 19, 21)
- i DHO in 3 ULSS (12, 17, 19).

Alla fine del 1997 non risultano ancora assegnati alle équipe territoriali psichiatriche 593 operatori; la carenza di personale non interessa nella stessa misura le diverse Aziende, in particolare si segnalano:

- le ULSS 7, 14 e 21 che, con meno del 50% della dotazione organica prevista, si trovano ad operare con un numero di operatori inferiore alla massa critica che garantisce spessore quan-



## **DOTAZIONE DI PERSONALE**

titativo e qualitativo all'attività erogabile;

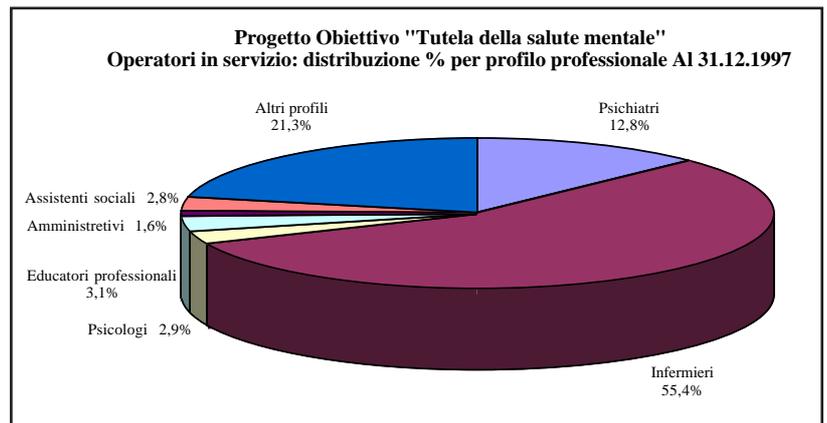
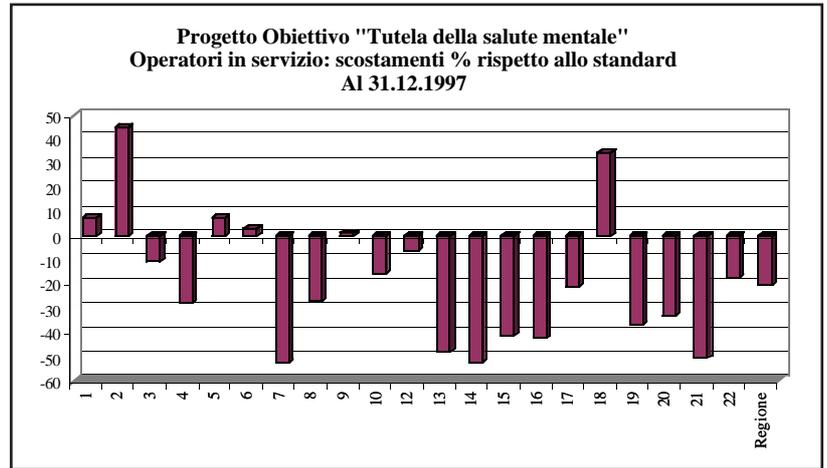
- le ULSS 2 e 18 presentano al contrario "esuberanti" di personale, da collegarsi presumibilmente al passaggio alle équipes territoriali del personale delle strutture manicomiali dismesse.

Rispetto alla composizione delle équipes psichiatriche, nel complesso si evidenzia l'assenza assoluta di alcuni profili professionali di recente istituzione, come il terapeuta della riabilitazione psichiatrica, e il sottodimensionamento del personale amministrativo. A livello territoriale si segnala:

- assenza di educatori professionali nelle ULSS 5, 13, 14, 15
- assenza di OSA nella maggioranza delle ULSS (14 su 21)
- assenza di personale amministrativo nelle ULSS 3, 8, 14, 21, 22
- discreta omogeneità nella dotazione di personale infermieristico, fatta eccezione per le ULSS 3, 7 e 8 per cui si osserva una situazione di carenza.

La diversa composizione delle dotazioni organiche riflette differenti modelli di intervento che le Direzioni delle Aziende e di équipes hanno attivato localmente.

Si vuole sottolineare la particolare criticità derivante dalla carenza di personale amministrativo che di fatto distoglie operatori sanitari dall'attività clinica e crea forti difficoltà alle Direzioni di équipes nel rispondere agli obblighi informativi.



## ATTIVITÀ TERRITORIALE

Solo con il funzionamento a regime del nuovo sistema informativo regionale, a partire dal 1998-99, sarà possibile descrivere, conoscere e valutare l'attività svolta dalle équipes psichiatriche a livello extra-ospedaliero.

## ATTIVITÀ OSPEDALIERA

### Indici di funzionalità

L'adozione della classificazione per DRG consente di calcolare due importanti indicatori di funzionalità:

- Indice di Case Mix (ICM), che esprime la complessità relativa della casistica trattata in un reparto rispetto ad uno standard di riferimento (in questo caso il complesso dei reparti dell'intera regione); valori dell'indice inferiori a 1 indicano che la complessità dei casi trattati è inferiore alla media e viceversa;
- Indice Comparativo di Performance (ICP), che esprime l'efficienza relativa del singolo reparto nell'utilizzo delle risorse; valori dell'indice inferiori a 1 indicano una maggiore efficienza e viceversa.

A livello complessivo regionale gli SPDC esprimono minore complessità della casistica e più bassa efficienza rispetto alla media di tutti i reparti.

Solo l'ULSS 7 si distingue per una casistica più complessa, mentre sono numerose le Aziende che presentano una buona performance (ULSS 1, 2, 3, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 18 e 19).

Emergono alcune situazioni territoriali che nel complesso presentano indici di funzionalità significativamente distanti dalla media regionale:

- ULSS 4 che, pur trattando una casistica che per complessità rientra nella media, presenta: la più elevata degenza

media, un livello di sovraffollamento insostenibile, una performance tra le più basse e la più alta percentuale di dimissioni outliers (con un numero di giornate di degenza superiore al valore soglia calcolato per ogni DRG)

- ULSS 7, che pur trattando, come si è visto, la casistica più complessa a livello regionale, presenta un ICP tra i più bassi
- ULSS 5, 13, 14, e 19 con livelli di efficienza molto elevati, pur in presenza di una complessità della casistica superiore o uguale alla media
- ULSS 8, 16 e 20 in cui ad una bassa complessità della casistica trattata si associano livelli di efficienza decisamente inferiori alla media.

Si segnala nelle ULSS più "anomale" la presenza delle sedi principali di due delle più importanti associazioni di familiari di pazienti psichiatrici.

All'attività di ricovero ordinario molte équipe affiancano quella di ricovero in Day Hospital Ospedaliero (DHO), che consente una attività clinica meno cronicizzante e con minori costi globali.

Nel 1997 mediamente i cicli di trattamento effettuati nei DHO rappresentano il 20% dei trattamenti/ricoveri ospedalieri complessivi, pari a 0,6 cicli di DHO per 1.000 residenti a fronte di un valore corrispondente di 2,5 ricoveri ordinari.

L'ULSS 7 soprattutto, ma anche le ULSS 20 e 21, si caratterizzano per un maggior utilizzo del ricovero in DHO, con quote rispettivamente del 65,2%, 36,3% e 35,6% sul totale dei trattamenti ospedalieri, mentre all'opposto nelle ULSS 12, 16, 17 e 19 il ricovero in DHO è completamente assente e nella ULSS 1 ricorre con frequenza marginale (3,4% dei ricoveri/cicli complessivi).

Il fenomeno del ricovero in DHO e in DHT (quest'ultimo attualmente non rilevato, ma documentabile in futuro grazie al flusso informativo territoriale), va monitorato con particolare attenzione, per capire se, come ci si aspetterebbe, riduce di fatto l'utilizzo del ricovero ordinario o se invece si traduce in una lievitazione dei trattamenti in ambiente ospedaliero.

Il confronto fra indici di funzionalità delle strutture di ricovero pubbliche e private fa emergere un utilizzo del ricovero nel comparto privato a carattere lungodegenziale, che può essere ricondotto alla mancanza per quest'ultimo della intera rete di servizi e strutture di cui si può avvalere il comparto pubblico, ma potrebbe anche essere determinato dal bisogno di residenzialità che di fatto prende la via impropria della degenza ospedaliera.

Il fenomeno di "abuso" della degenza ordinaria, nel pubblico e nel privato, deve essere contra-

Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale" - Attività di ricovero ordinario - Anno 1997  
Indicatori di funzionalità degli SPDC

Aziende ULSS	Degenza media	Tasso occupazione pl	ICM	ICP	% dimissioni outliers
1	17,7	89,9	0,94	0,96	4,4
2	11,6	98,5	0,87	0,91	1,5
3	15,3	94,3	0,93	0,89	2,4
4	22,6	133,8	0,88	1,43	9,4
5	10,8	103,6	0,92	0,74	1,6
6	11,8	103,8	0,89	1,15	2,0
7	14,2	77,9	1,17	0,61	2,5
8	19,5	105,6	0,96	1,55	5,4
9	13,6	74,3	0,71	0,76	1,0
10	14,2	75,8	0,93	1,13	2,5
12	12,8	76,8	0,82	0,70	1,6
13	11,7	70,7	0,93	0,62	2,4
14	13,0	71,0	0,97	0,67	1,3
15	16,3	88,5	0,95	0,87	3,0
16	13,8	97,4	0,90	1,51	3,4
17	15,2	79,9	0,90	1,22	3,1
18	11,5	78,5	0,88	0,89	2,3
19	9,0	76,2	0,91	0,51	0,8
20	14,5	70,7	0,89	1,34	3,7
21	15,9	82,1	0,90	1,08	3,0
22	13,0	91,0	0,90	1,01	2,7
<b>Totale regione</b>	<b>13,9</b>	<b>86,2</b>	<b>0,89</b>	<b>1,04</b>	<b>2,8</b>

Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale" - Attività di ricovero ordinario - Anno 1997  
Indicatori di funzionalità dei reparti ospedalieri psichiatrici per tipo di struttura

Tipo di struttura	Degenza media	Tasso occupazione pl	ICM	ICP	% dimissioni outliers
Ospedali pubblici	13,8	82,2	0,89	1,03	2,9
Ospedali Classificati e Case di cura private	28,1	95,2	0,90	1,74	5,5

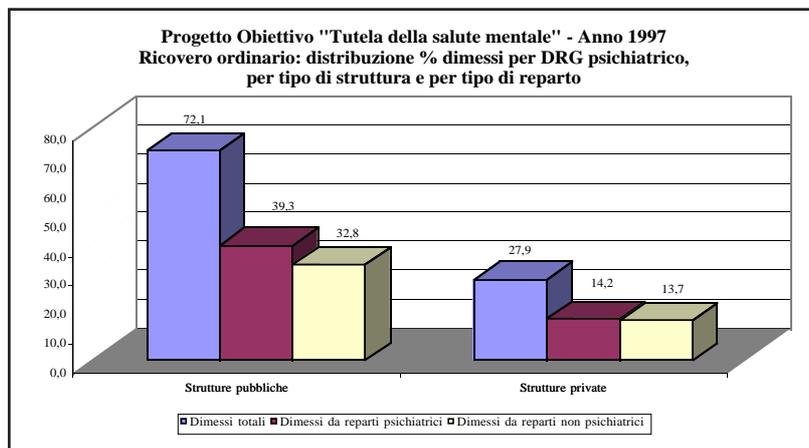
## Dimessi per reparto

stato, coerentemente con l'obiettivo regionale di territorializzazione dei trattamenti, e ciò può avvenire solo a condizione che sia garantita alle équipes pubbliche la piena dotazione organica e strutturale.

Rimane poi aperto il problema dei ricoveri in strutture private non concordati con l'équipe e il DSM responsabili della continuità terapeutica per i pazienti residenti nell'area di pertinenza; infatti, come prefigurato nella proposta di aggiornamento del Progetto Obiettivo, garantire la continuità delle cure e la territorializzazione delle medesime appaie conforme al mandato del servizio pubblico di erogare livelli uniformi di assistenza, pur nel rispetto della libera scelta del cittadino sul luogo di cura.

Nel pubblico si riscontra la pratica di trattare casi al di fuori dell'ambiente di degenza specialistico in percentuale di poco inferiore alla metà delle dimissioni totali per DRG psichiatrico e una tendenza analoga è presente anche nei ricoveri effettuati nel privato.

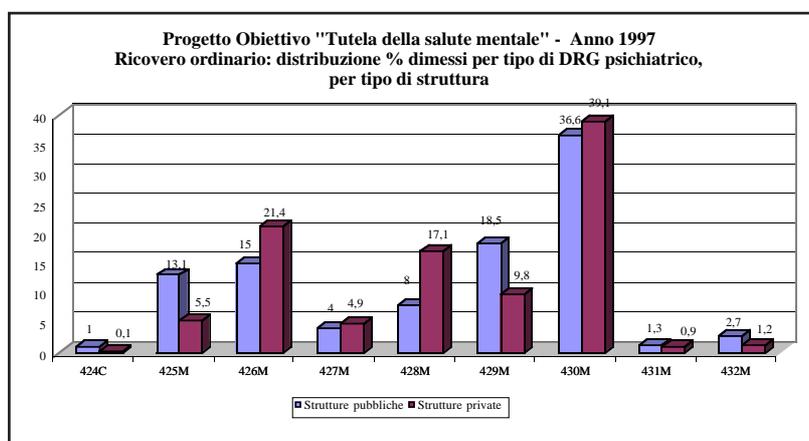
La consistente quantità di casi psichiatrici trattati in luoghi di cura non specializzati potrebbe essere effetto di una attiva azione della psichiatria di collegamento e di consultazione in area di degenza (liaison), ma anche segnale della presenza di ricoveri impropri al fine di trattare efficacemente la malattia mentale.



## Dimessi per DRG

Nelle strutture pubbliche ricorrono con maggiore frequenza relativa i ricoveri per il trattamento delle reazioni acute di adattamento con disfunzione psicosociale e dei disturbi organici, che forse altre agenzie non intercettano, mentre il privato tratta maggiormente le neurosi depressive e i disturbi di personalità. Le sostanziali differenze fra pubblico e privato nell'utilizzo dello strumento del ricovero ospedaliero fa ipotizzare che pubblico e privato perseguano fini diversi.

Va comunque ricordato che, come segnalato in letteratura, la degenza prolungata o impropria concorre a cronicizzare la patologia mentale mediante fattori iatrogeni: si ripropone quindi l'esigenza di rispondere al bisogno di salute mentale con interventi diversificati, perseguendo l'obiettivo di rendere autonomo il paziente e ponendo dei limiti all'intervento dell'équipe psichiatrica, in modo che la fine dei trattamenti psichiatrici divenga pensabile, perseguibile e sostenibile, senza con ciò negare la cronicità e/o l'esito con difetto.



**LEGENDA:**

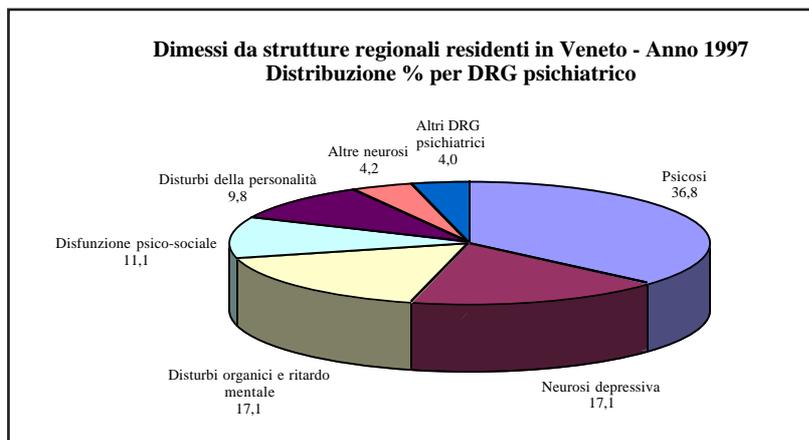
- 424 C - Interventi associati a diagnosi principale di malattia mentale
- 425M - Reazione acuta di adattamento e disfunzione psico-sociale
- 426M - Neurosi depressiva
- 427M - Altre neurosi
- 428M - Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi
- 429M - Disturbi organici e ritardo mentale
- 430M - Psicosi
- 431M - Disturbi mentali dell'infanzia
- 432M - Altre diagnosi mentali

Rispetto alla composizione media regionale dei ricoveri psichiatrici dei residenti si osservano specifiche caratterizzazioni a livello territoriale; le più evidenti sono:

- per l'ULSS 7 ricorrono con frequenza relativa molto superiore alla media i ricoveri per interventi chirurgici associati a malattia mentale (cinque volte più della media) e quelli per disturbi organici e ritardo mentale (due volte più della media)
- le reazioni acute di adattamento con disfunzione psico-sociale hanno un peso di due volte e mezza superiore fra i ricoveri dei residenti nell'ULSS 19
- le ULSS 4, 5, e 14 si caratterizzano per la maggior presenza di neurosi depressive
- i disturbi della personalità hanno un'importanza relativa maggiore per le ULSS 1, 2, 15, 16, 17 e 22
- i ricoveri per psicosi rappresentano quote superiori alla media per le ULSS 3 e 15
- i disturbi mentali dell'infanzia vengono trattati più frequentemente in ospedale nelle ULSS 2 e 4.

Non si può escludere una diversa distribuzione territoriale di prevalenza delle diverse forme di malattia mentale, ma va considerata anche la variabile legata alla sensibilità diagnostica dei medici, nonché il diverso uso che le singole équipe fanno del ricovero ospedaliero ai fini del trattamento delle diverse forme di malattia mentale, in funzione anche delle strutture alternative a disposizione; considerazioni più precise saranno possibili in futuro confrontando i dati di attività ospedaliera con quelli di attività territoriale.

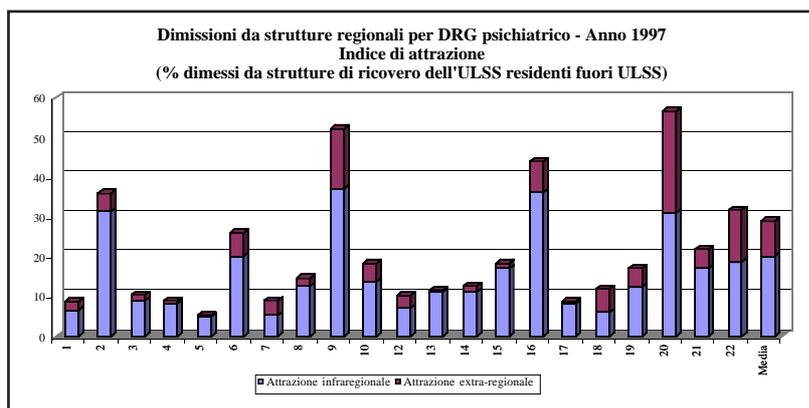
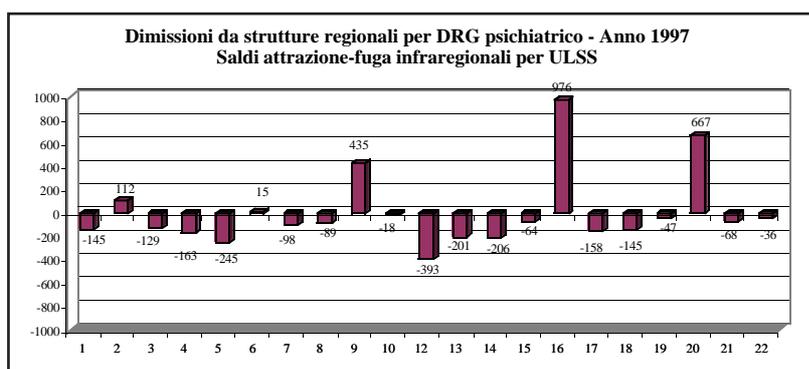
Inoltre sarà utile in futuro conoscere la numerosità dei singoli individui associati ai DRG psichiatrici, poiché solo così sarà possibile capire il fenomeno della "porta girevole" (revolving door) per quanto attiene il trattamento ospedaliero della patologia psichiatrica.



Nel 1997, fra i ricoveri psichiatrici relativi a residenti effettuati all'interno del territorio regionale, uno su cinque è avvenuto al di fuori dell'ULSS di residenza.

A proposito delle ULSS che esprimono i più elevati saldi positivi fra attrazione e fuga infraregionale (ULSS 9, 16 e 20) va considerata la presenza di strutture private per il trattamento di patologie psichiatriche.

Infine, per le ULSS 9 e 20, che presentano i più alti indici complessivi di attrazione, si deve tener conto della loro col-



**CONSIDERAZIONI  
CONCLUSIVE**

locazione geografica, confinante rispettivamente con il Friuli-Venezia Giulia e con la Lombardia e il Trentino-Alto Adige.

L'analisi svolta evidenzia punti di forza e punti di debolezza della organizzazione sanitaria regionale per rispondere al bisogno di salute mentale, in particolare:

- la dotazione strutturale appare nel complesso soddisfacente e l'organizzazione a rete si dimostra articolata ed esprime positive tendenze di evoluzione verso le forme di trattamento meno cronicizzanti
- la dotazione di personale presenta criticità di tipo sia quantitativo che qualitativo
- permangono profonde differenze territoriali in relazione sia alla dotazione strutturale e di personale che all'organizzazione di servizi e interventi
- non è chiara la collocazione del privato all'interno di questa organizzazione, e ciò determina una situazione di bassa governabilità e integrazione dello stesso
- anche al fine di adottare azioni correttive delle criticità rilevate si rende necessario un sistema informativo in grado di fornire gli elementi conoscitivi indispensabili per una valutazione rigorosa dei risultati.

**FONTI**

- *Regione Veneto:*
  - *Direzione per la Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio Progetti Obiettivo e Azioni Prioritarie - Rilevazioni presso le Aziende ULSS*
  - *Unità di Progetto Controllo e Sistema Informativo Socio-Sanitario – Servizio Informativo Socio-Sanitario:*
    - *Flussi informativi del Ministero della Sanità – Modelli HSP.12 e HSP.13*
    - *Scheda di Dimissione Ospedaliera. Dati elaborati da Unità di Progetto Sistema Informativo Regionale – Servizio Statistica*

**TAVOLE IN ALLEGATO**

- *TAVOLA 6.3.1/A, TAVOLA 6.3.2/A, TAVOLA 6.3.3/A, TAVOLA 6.3.4/A*

**TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD**

- *TAVOLA 6.3.5/R, TAVOLA 6.3.6/R, TAVOLA 6.3.7/R, TAVOLA 6.3.8/R, TAVOLA 6.3.9/R, TAVOLA 6.3.10/R, TAVOLA 6.3.11/R, TAVOLA 6.3.12/R, TAVOLA 6.3.13/R, TAVOLA 6.3.14/R, TAVOLA 6.3.15/R*

## 6. PROGETTI OBIETTIVO

### 6.4 Tutela materno-infantile

#### NORMATIVA

Con DGR n. 25/CR del 11.03.1997 la Giunta Regionale del Veneto, in attuazione al Piano Socio-Sanitario, ha definito l'aggiornamento degli indirizzi programmatori regionali sull'area materno-infantile, prevedendo obiettivi specifici relativi alla centralità del bambino e del suo crescere in relazione. Asse portante degli interventi afferenti a quest'area, soprattutto per i servizi e le attività che si espletano sul territorio, è l'elemento "integrazione".

Sotto questo profilo, con DGR n. 19 CR del 25.2.1997, "Programma Settoriale relativo all'assistenza territoriale - Art.13 LR n. 5/96", la Regione, in linea con la programmazione nazionale, ha individuato nel Distretto il contesto organizzativo all'interno dell'Azienda ULSS che ha la funzione di garantire l'assistenza territoriale in senso pieno e globale attraverso il superamento di ottiche settoriali. È stato perciò previsto che le singole attività d'intervento vengano garantite da "UNITÀ OPERATIVE DISTRETTUALI" e tra queste in particolare è stata individuata l'UNITÀ OPERATIVA DISTRETTUALE MATERNO INFANTILE. La riorganizzazione in ambito regionale dei servizi e delle attività attinenti alla tutela materno-infantile, in funzione della necessità dell'integrazione, richiede tuttavia adeguati tempi di adattamento.

Individuato il DSS, quale contesto organizzativo, la Regione Veneto, ha previsto per i servizi ad alta integrazione socio-sanitaria una puntuale classificazione sulla base di schede esplicative rivolte a rilevare l'assetto organizzativo con riferimento sia alla normativa vigente che alla tipologia di utenti, alle funzioni autonome e complementari e alla peculiarità dell'intervento (sociale, sanitario, socio-sanitario, socio assistenziale educativo).

Tra i servizi destinatari di tale intervento di rilevazione, propedeutico per garantire da un lato un più idoneo impiego di metodologie interdisciplinari e dall'altro il contributo a carico degli Enti Locali, è stata evidenziata all'interno dell'area Materno Infantile, l'unità operativa CONSULTORIO FAMILIARE.

Con DGR n. 3280 del 28.10.1997 "Attività di formazione e ricerca sui servizi Consultoriali Familiari nell'attuale realtà regionale", è stato avviato un progetto di studio e ricerca sui Consultori Familiari attivi nel territorio regionale. Il progetto, attualmente in itinere, attraverso un percorso formativo in cui è prevista la partecipazione attiva degli operatori dei Consultori Familiari, prevede due fasi di sviluppo, una prima fase di studio e una seconda fase di somministrazione di questionari di ricerca indirizzata a tutti gli operatori dei Consultori Familiari sia pubblici che privati. Tale progetto ha come obiettivo quello di delineare l'identità del servizio nell'attuale assetto socio-sanitario e di individuare rispetto alle caratteristiche della domanda dell'utenza (sia quella più stabile negli anni che quella emergente) le necessarie proposte di modifiche istituzionali per favorire un servizio sempre più congruente con i cambiamenti sociali e sanitari in atto.

#### DATI DI CONTESTO Quadro generale

#### Popolazione residente in particolari classi d'età

Tipologia	(Età)	Veneto				Italia	
		Censimento 1991		al 1.1.1998		al 1.1.1998	
		V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Neonati	(0)	38.335	0,9	40.558	0,9	536.017	0,9
Età pre-scolare	(1-5)	187.294	4,3	193.736	4,3	2.733.276	4,7
Età scolare	(6-13)	344.134	7,9	310.762	7,0	4.514.910	7,8
Adolescenti	(14-17)	237.865	5,4	171.449	3,8	2.487.890	4,3
<b>Tot. Minori</b>	<b>(0-17)</b>	<b>807.628</b>	<b>18,4</b>	<b>716.505</b>	<b>16,0</b>	<b>10.272.093</b>	<b>17,8</b>
<b>Donne</b>	<b>(15-49)</b>	<b>1.127.370</b>	<b>25,7</b>	<b>1.110.349</b>	<b>24,8</b>	<b>14.256.184</b>	<b>24,8</b>

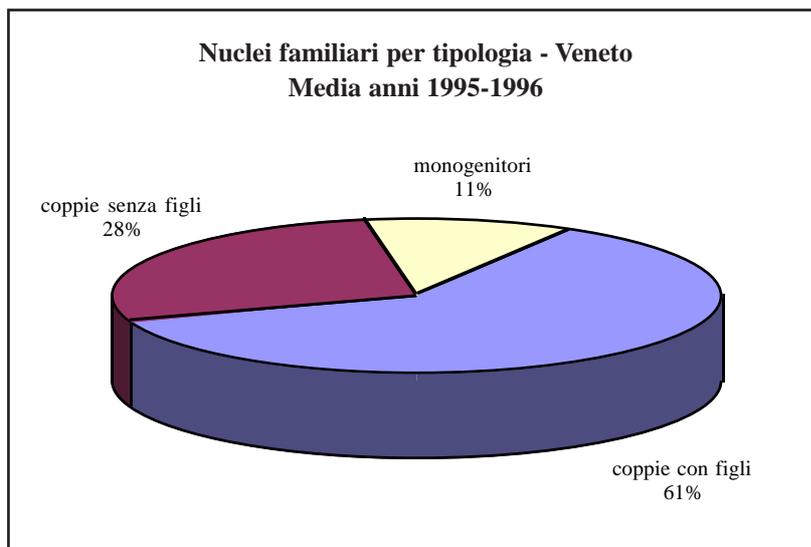
L'aggiornamento degli indirizzi programmatori nell'ottica sopra evidenziata, di continuità assistenziale e di integrazione socio-assistenziale, porta a considerare come popolazione teorica, po-

tenzialmente oggetto di intervento nell'area materno-infantile, tutta la popolazione residente nel distretto, di volta in volta meglio precisata a seconda degli obiettivi specifici di progetto. Sinora, comunque, gli obiettivi prevalenti considerano come popolazione oggetto di intervento le donne in età fertile e cioè comprese tra i 15 e i 49 anni, i neonati e in genere i minori d'età. Nel Veneto, nel 1997 le donne in età compresa tra i 15 e i 49 anni sono diminuite rispetto al 1996 dello 0,6%, attestandosi sempre attorno ad una percentuale leggermente inferiore al 25% della popolazione. I neonati (bambini al di sotto di un anno di vita) sono invece aumentati di 1.207 unità rispetto al 1996; nell'insieme la popolazione veneta al di sotto dei 18 anni è diminuita rispetto al Censimento del 1991 dell'11%, per effetto del calo di natalità osservato agli inizi degli anni '80 che coinvolge soprattutto la classe d'età attuale degli adolescenti. La relativa stabilizzazione delle nascite fa prevedere nei prossimi anni un progressivo recupero del contingente di minori residenti, integrato anche da una crescita della popolazione di cittadinanza straniera immigrata.

**Famiglie e loro composizione**

	Veneto			Italia		
	Censimento 1991	Media 1995-96		Censimento 1991	Media 1995-96	
	V.A.	V.A.	Variaz. %	V.A.	V.A.	Variaz. %
- Famiglie totali	1.500.572	1.587.000	5,8	19.909.000	20.856.000	4,8
- N. medio componenti	2,9	2,8	- 3,4	2,8	2,7	- 3,6
- N. nuclei familiari	1.152.439	1.287.000	11,7	14.931.750	16.438.000	10,1
di cui:						
coppie con figli	733.780	787.000	7,3	9.357.230	10.128.000	8,2
coppie senza figli	285.109	356.000	24,9	3.782.710	4.521.000	19,5
monogenitori	133.551	144.000	7,8	1.791.810	1.789.000	- 0,2

Al contingente di popolazione femminile in età fertile, occorre associare altrettanti potenziali partner maschili; in generale si considerano non tanto le famiglie residenti (costituite anche da una sola persona), che complessivamente al 31.12.1997 ammontano a 1.644.446 (+1,4% rispetto al 1996), bensì i nuclei familiari intesi come coppie con o senza figli e le situazioni di monogenitorialità. Nel-

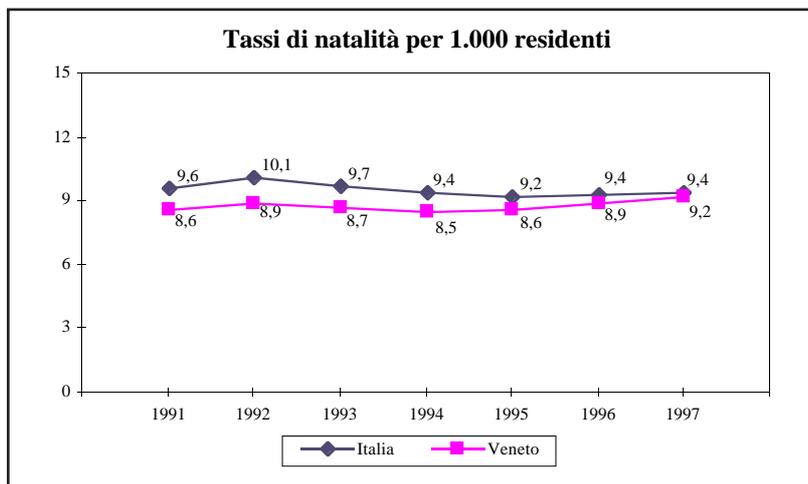


l'insieme i nuclei familiari in Veneto rappresentano circa l'80% delle famiglie totali e sono aumentati, rispetto al Censimento del 1991, di quasi il 12%. Tra i nuclei familiari il Veneto si caratterizza, rispetto alla media nazionale, per un maggior aumento delle coppie senza figli e monogenitori.

Negli ultimi due anni si sta assistendo in Veneto ad una lieve ripresa della natalità, raggiungendo quasi il valore medio nazionale. Si riconfermano, quindi, le considerazioni fatte nella precedente relazione sanitaria e cioè che la lieve ripresa della natalità è il risultato del recupero di maternità da parte di quelle donne che hanno posticipato la nascita del primo e spesso unico figlio ad età più adulta. Tale cambiamento di costume nella fecondità da parte delle donne venete si riscontra anche su tutto il territorio nazionale, come pure la bassa percentuale (inferiore all'1%) di fecondità di minorenni, mentre risulta in crescita e superiore alla media nazionale la percentuale di donne senza figli (stime effettuate dall'ISTAT per le generazioni di donne nate negli anni '60, calcolano per il Veneto una percentuale pari al 17,1% delle nate nel 1960 che arriva addirittura al 28,6% per le donne nate nel 1966; per l'Italia le percentuali calcolate ammontano rispettivamente al 14% e al 23%). Tenendo conto anche della lieve diminuzione in

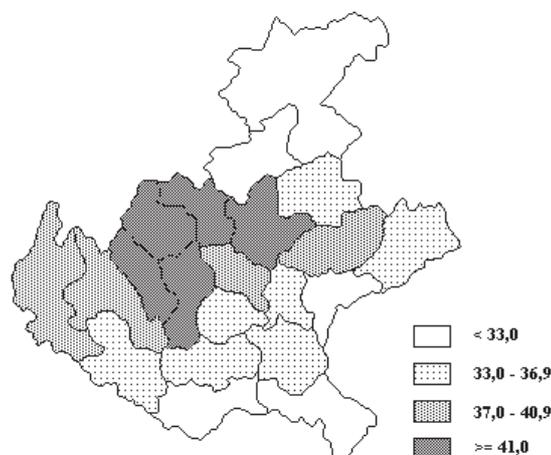
**Area materna:  
Natalità,  
fecondità,  
abortività  
spontanea e  
volontaria**

atto nella fertilità (n. di donne in età fertile), si considera il tasso di fecondità regionale (nati vivi ogni 1.000 donne in età fertile) che nel 1997 è per il Veneto pari a 36,7 per 1.000 donne residenti. Tale valore risulta anch'esso in crescita ed ha ormai quasi raggiunto il valore nazionale (37,7 per 1.000 donne).



A livello territoriale, la distribuzione dei tassi di fecondità è presumibilmente legata a fattori economico-sociali e tra questi anche alla presenza di giovane popolazione immigrata. Nel 1997 le ULSS con i più alti valori risultano essere quelle del Vicentino (zone industrializzate e con più alte percentuali di immigrati), mentre valori più bassi si osservano per l'ULSS 12 Veneziana, per quelle della provincia di Rovigo e di Belluno.

**Tassi di fecondità - Anno 1997**  
(Nati vivi residenti per 1.000 donne residenti in età 15-49 anni)



Media regionale: 36,7

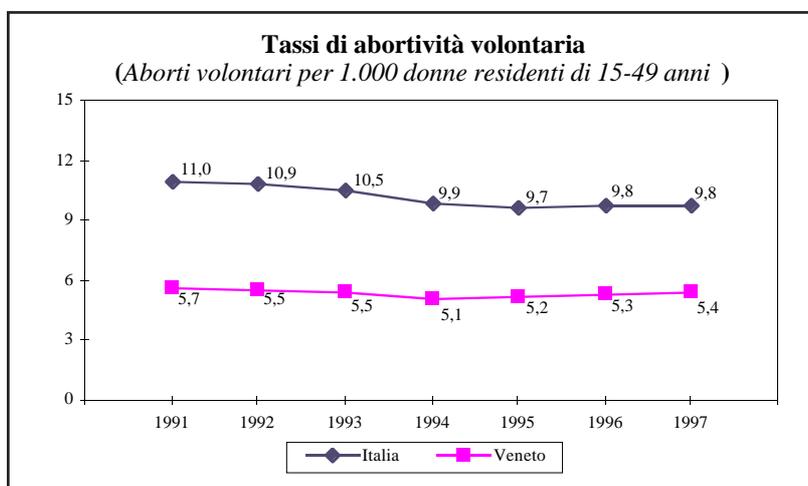
Contemporaneamente, in Veneto si osserva anche un lieve e continuo aumento del numero di interruzioni volontarie di gravidanze e di aborti spontanei.

Se una delle possibili spiegazioni nel lieve aumento dell'abortività spontanea può essere ricondotta al fatto che le donne hanno posticipato la loro maternità esponendosi così ad un rischio maggiore di interruzione spontanea della gravidanza, la lieve crescita dell'abortività volontaria sembra invece legata più ad una maggior presenza sul territorio veneto di donne di cittadinanza straniera che richiedono questo tipo di intervento.

Negli ultimi anni è infatti aumentato il numero di donne, residenti in Veneto o meno, cittadine straniere (+18% rispetto al 1996) che hanno effettuato un IVG.

Le nazionalità maggiormente rappresentate, sono naturalmente legate alla presenza sul nostro territorio di cittadine straniere: le nigeriane e le jugoslave (Serbia-Montenegro) da sole assorbono quasi il 30% delle IVG di cittadine straniere.

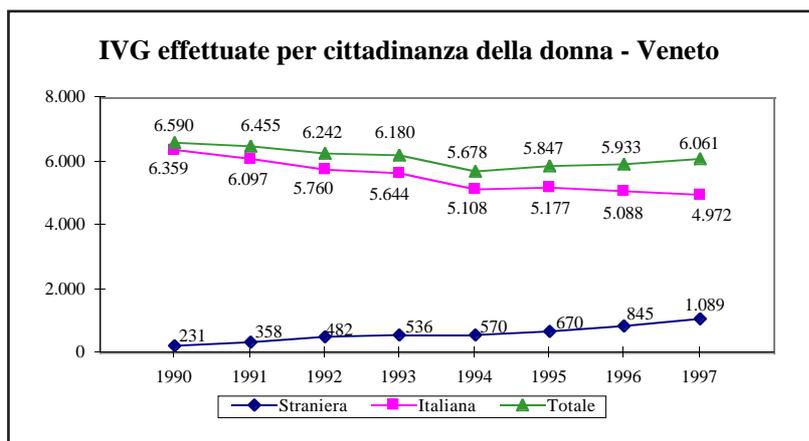
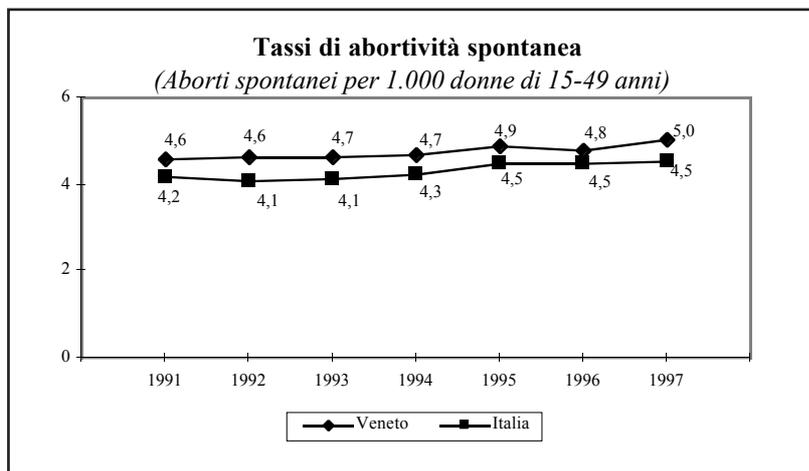
Spicca particolarmente il raddoppio, rispetto al 1996, del numero di IVG di cittadine rumene e la sostanziale sta-



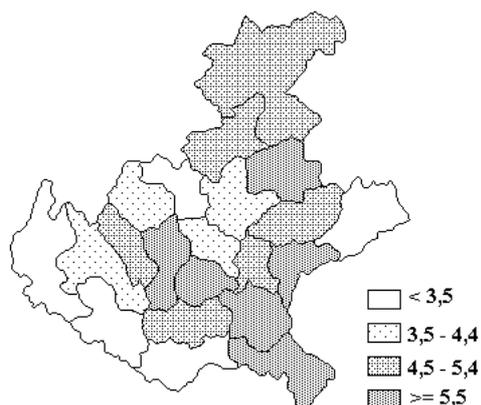
bilità delle Ghanesi. Rispetto all'intero territorio nazionale, il Veneto si caratterizza ancora per il più basso tasso di abortività volontaria e, all'opposto, per il più alto tasso di abortività spontanea.

Le ULSS con il più alto tasso di abortività volontaria di residenti risultano essere nel 1997 le ULSS 12 Veneziana e 16 di Padova, mentre le ULSS con il tasso di abortività volontaria più basso risultano essere le ULSS 10 di S. Donà di Piave e le ULSS 21 di Legnago e 22 di Bovolon: è facile ipotizzare che essendo ULSS posizionate al confine regionale, le donne si rivolgano fuori regione per ottenere la prestazione richiesta.

I più alti tassi di abortività spontanea di donne residenti nel Veneto sono concentrati nell'alto vicentino, dove però si sono osservati anche i più alti tassi di fecondità e che rappresenta anche una delle zone più industrializzate del Veneto. Particolari sono le situazioni delle ULSS 16 di Padova e 6 di Vicenza, dove accanto a tassi di abortività spontanea superiori alla media regionale, si osservano anche tassi di abortività volontaria elevata, ma mentre per Vicenza la fecondità rimane alta, non altrettanto si può osservare per Padova. Tassi di abortività spontanea più bassi si sono osservati per le residenti nelle ULSS 18 e 10, entrambe ULSS con bassa abortività volontaria e fecondità.

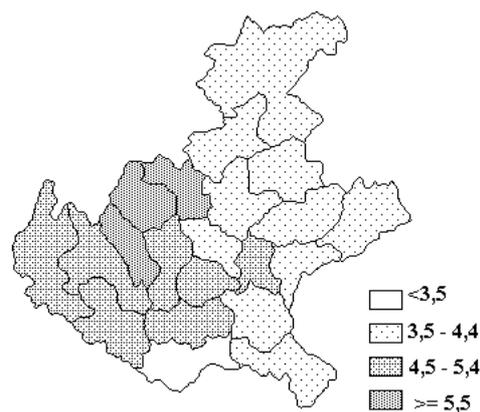


Tassi di abortività volontaria - Anno 1997  
(I.V.G. di residenti per 1.000 donne residenti in età 15-49 anni)



Media regionale: 4,8

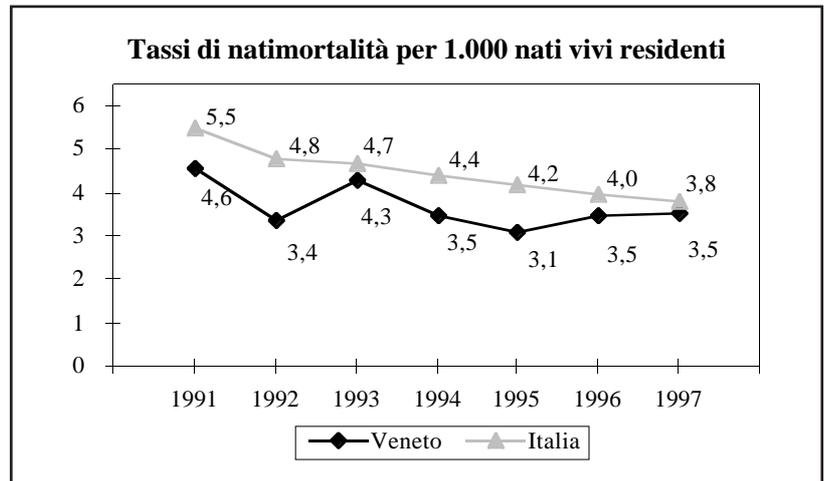
Tassi di abortività spontanea - Anno 1997  
(Aborti spontanei di residenti per 1.000 donne residenti in età 15-49 anni)



Media regionale: 4,5

Il tasso di natimortalità rimane pressoché costante dal 1994, con fluttuazioni legate più all'andamento della natalità in generale e alle modalità di rilevazione che non a interventi sanitari mirati. Rispetto al valore medio nazionale il tasso di natimortalità del Veneto risulta ancora leggermente più basso.

Sulle cause di natimortalità non si conosce molto ma si stima che più del 30% dei nati morti risulti affetto da anomalie congenite. Diventa quindi particolarmente importante la consulenza genetica preconcezionale e la diagnosi prenatale, nonché la sorveglianza e il controllo sulle malformazioni congenite sia in epoca prenatale che neonatale.



#### Malformazioni congenite - Veneto

TIPO DI MALFORMAZIONE	Anno 1996			Anno 1997		
	Escluse IVG	IVG	Incluse IVG	Escluse IVG	IVG	Incluse IVG
<b>ANOMALIE CROMOSOMICHE - Sub-totale</b>	56	47	103	29	40	69
- Trisomia 21 o sindrome di Down	41	23	64	21	27	48
- Trisomia 18 o sindrome di Edwards	6	10	16	2	3	5
- Altre	9	14	23	6	10	16
<b>CARDIOPATIE CONGENITE - Sub-totale</b>	118	13	131	105	16	121
- Cardiopatie non specificate	34	7	41	34	14	48
- Difetto interatriale (DIA)	3	0	3	11	0	11
- Difetto interventricolare (DIV)	62	0	62	44	1	45
- Tetralogia di Fallot (TF)	3	1	4	5	0	5
- Trasposizione dei grossi vasi arteriosi (TGV)	4		4	3	0	3
- Cuore sinistro ipoplasico (IP C SN)	2	2	4	1	1	2
- Dotto arterioso pervio (PDA)	5	0	5	2	0	2
- Ventricolo unico (VENT UN)	0	2	2	1	0	1
- Stenosi aortica (StA)	0	1	1	2	0	2
- Stenosi dell'arteria polmonare (SAP)	5	0	5	2	0	2
<b>POLIDATTILIA E SINDATTILIA</b>	104	5	109	78	5	83
<b>ASSENZA ARTO</b>	17	3	20	10	7	17
<b>MALFORMAZIONI DELL'ORECCHIO ESTERNO</b>	99	0	99	91	2	93
<b>LABIOSCHISI E PALATOSCHISI</b>	38	7	45	32	5	37
<b>IPOSPADIA, EPISPADIA</b>	14	0	14	12	1	13
<b>DISPLASIE SCHELETRICHE (DS)</b>	5	2	7	4	3	7
<b>2 O PIU' MALFORMAZIONI</b>	30	15	45	25	18	43
<b>ALTRE</b>	18	9	27	13	15	28
<b>TOTALE</b>	<b>499</b>	<b>101</b>	<b>600</b>	<b>399</b>	<b>112</b>	<b>511</b>

La sorveglianza sulle malformazioni congenite è effettuata nel Veneto dal "Registro Nord-Est Italia - NEI" che ha sede presso il Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova. Il registro raccoglie informazioni su 14 gruppi selezionati di malformazioni in epoca neonatale e su tutte le malformazioni in epoca prenatale. È inoltre attivo il rilevamento in epoca pediatrica (0 – 3 anni) per le malformazioni oculari e cardiovascolari. Dai dati forniti dal Registro si osserva una diminuzione di 100 unità nei nati con malformazione, mentre sono in aumento le interruzioni volontarie per diagnosi di malformazione fetale. In complesso le malformazioni rilevate nel 1997 sono diminuite più del 14% rispetto al 1996. In particolare, l'analisi dei dati eseguita dal registro e limitata alle malformazioni rilevate nel solo periodo neonatale, ha messo in evidenza differenze statisticamente significative in diminuzione per anencefalia, spina bifida, malformazioni dell'orecchio esterno, labioschisi, palatoschisi, anomalie cardiovascolari e sindrome di Down. Si è al contempo evidenziata una crescita della sottototale dei casi e quindi la necessità di una più accurata rilevazione.

Per quanto riguarda invece gli altri indicatori dell'area della prima infanzia, si ribadisce quanto già osservato nella precedente Relazione Sanitaria - Anno 1995 con riferimento ai dati 1994, in quanto non disponibili elaborazioni più aggiornate. Il tasso di mortalità infantile (morti entro il primo anno di vita ogni 1.000 nati vivi residenti) e quello di mortalità perinatale (nati-morti e morti nella prima settimana di vita ogni 1.000 nati vivi residenti), confermano per il Veneto una terza posizione tra i valori più bassi nella graduatoria nazionale, a parità con il Trentino per la mortalità perinatale e con l'Umbria per la mortalità infantile.

**Servizi per l' area materno-infantile - Quadro sintetico Al 31.12.1997**

	Numero	Bacino d'utenza (n. residenti)		
		Totali	Donne 15-49a.	bambini 0-14a.
N. pediatri di libera scelta (PLS)	496	9.010		1.099
N. medici di medicina generale (MMG)	3.585	1.247	310	
N. sedi consultori familiari	149	29.994	7.452	3.658
N. sedi consultori pediatrici	83	53.845		6.567
N. servizi di neuropsichiatria infantile	45	99.315		12.112
N. altri servizi area materno-infantile	91	49.112	12.202	5.990

Dall'analisi dei servizi esistenti sul territorio regionale, emerge una forte disomogeneità geografica nell'organizzazione, configurazione e quindi anche denominazione dei servizi territoriali. Accanto a servizi specialistici territoriali ben definiti, quali i Consultori Familiari, i servizi di neuropsichiatria infantile, di logopedia, di foniatra etc., in alcune ULSS permangono i consultori pediatrici, i consultori ostetrico-ginecologici e altri servizi variamente denominati e articolati organizzativamente. Si suppone, pertanto, che le attività svolte da questi servizi vengano ricomprese all'interno dell'organizzazione dei servizi distrettuali nell'area materno-infantile anche se in alcuni casi la denominazione utilizzata apre la possibilità ad assumere anche funzioni diverse e più ampie.

Il Consultorio Familiare continua a presentare un ruolo di servizio consolidato e molto attivo su tutto il territorio regionale, che tende ad assumere progressivamente funzione di risposta alle problematiche sociali e sanitarie espresse dall'area materna, femminile e dall'area familiare.

Il servizio sembra costituirsi sempre più come servizio per la donna e per la coppia e la famiglia più che per il bambino.

**Consultori familiari - Quadro sintetico**

	1995	1996	1997	Var. % 1997/1996	
<i>N. équipes</i>	112	111	109	-1,8	
<i>N. sedi</i>	156	155	149	-3,9	
<i>N. casi trattati</i>					
- prestazioni ostetriche e ginecologiche	83.606	95.650	104.872	9,6	
- prestazioni psicologiche e sociali	21.974	23.627	25.121	6,3	
- casi totali	105.580	119.277	129.993	9,0	
<i>Prestazioni</i>					
- prestazioni ostetriche e ginecologiche	V.A.	356.784	431.169	421.803	-2,2
x caso	4,3	4,5	4,0	-10,8	
- prestazioni psicologiche e sociali	V.A.	142.115	163.745	175.852	7,4
x caso	6,5	6,9	7,0	1,0	
<i>Sub-totale prestazioni individuali</i>	V.A.	498.899	594.914	597.655	0,5
x o.e.	1.338	1.503	1.571	4,5	
- incontri per attività di gruppo	9.005	9.168	9.927	8,3	
<i>N. operatori equivalenti</i>	373	396	381	-3,8	
<i>Spesa</i>					
- Spesa totale (in miliardi), di cui:	26,8	27,0	30,7	13,7	
- a carico del fondo sanitario (in miliardi)	21,2	19,7	24,4	23,9	
- a carico del fondo sociale (in miliardi)	5,5	6,9	6,3	-8,7	
- Spesa media per équipe (in milioni)	239,3	243,2	281,5	15,7	
- Spesa media per caso	252.209	226.286	236.070	4,3	
- Spesa media per residente	6.053	6.075	6.879	13,2	
- Spesa media per donna in età 15-49 anni	23.721	24.061	27.552	14,5	

La dotazione di sedi appare in leggero decremento come il numero di équipes, risultato di un processo di razionalizzazione del servizio sanitario regionale. Nel complesso la dotazione di servizi consultoriali appare adeguata con una équipe ogni 41.000 residenti a fronte dei 40-50.000 indicati nella programmazione regionale.

La diminuzione del personale dei consultori riguarda quasi tutti i profili professionali del ruolo sanitario ad eccezione delle ostetriche, ereditate dalla chiusura di altri servizi territoriali e ospedalieri, che sono invece aumentate. Così pure si osserva un lieve aumento degli assistenti sociali mentre rimangono pressoché costanti gli altri profili professionali costituiti soprattutto da consulenti legali.

A fronte di questo lieve ridimensionamento generale, si assiste ad un aumento progressivo di casi trattati (singole persone, coppie e nuclei familiari) cui si aggiunge un incremento anche delle attività di gruppo.

Considerando solo l'utenza che afferisce al servizio per consulenza e presa in carico, a livello di singolo, di coppia e di nucleo familiare, pur essendo sempre prevalenti i casi di utenti singoli (nel 1996 il 93% e nel 97 il 92%), si assiste ad un progressivo aumento degli utenti coppie, che nel 1996 è stato del 3,5%, mentre nel 1997 è salito al 4,2%; rimane stabile nel biennio 1996-1997 in percentuale il numero dei nuclei familiari.

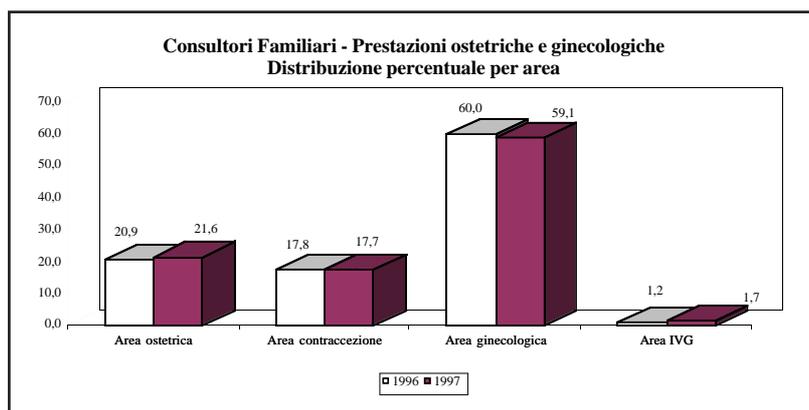
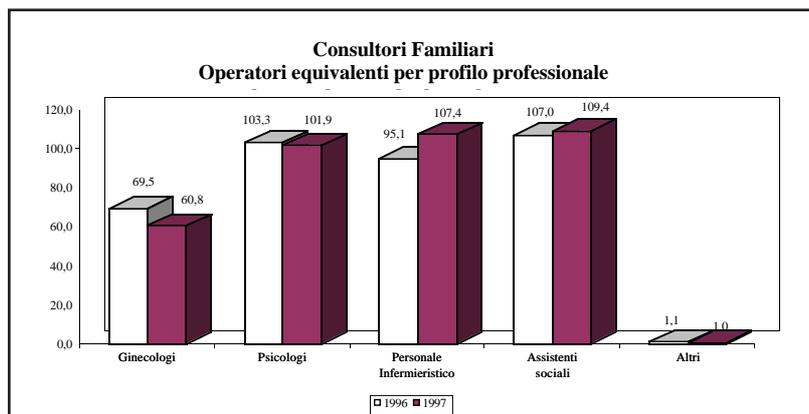
Pur rimanendo minoritaria la presenza dell'utenza maschile rispetto a quella femminile, si registra un aumento che le consente di attestarsi sull'11% totale dell'utenza. L'analisi dell'utenza, continua a rilevare la forte valenza locale dei Consultori; infatti, sia nel 1996 che nel 1997, l'82% degli utenti è costituito da persone residenti nel bacino d'utenza del Consultorio Familiare; si osserva, inoltre, un incremento dell'utenza straniera che è passata da 2.750 persone nel 1996 a 3.450 nel 1997.

Per quanto concerne le prestazioni individuali, prevalgono ancora, anche se in diminuzione, quelle afferenti all'area ostetrica e ginecologica (70,6% nel 1997); va peraltro sottolineato che le prestazioni di questa area richiedono un minore impegno di tempo rispetto a quelle dell'area psicologica e sociale:

i medici effettuano mediamente 4-6 prestazioni all'ora, mentre per l'area psicologica e sociale ogni prestazione richiede un impegno medio di 1 ora e trenta.

I casi dell'area psicologica e sociale hanno un trattamento più intenso, con 7 prestazioni medie per caso contro le 4 dei casi dell'area sanitaria; le differenze sono spiegate dalle profonde diversità delle due tipologie di intervento:

- per l'area ostetrica e ginecologica ogni utente, se non è in gravidanza, viene visto 1-2 volte all'anno;
- per l'area psicologica e sociale, la presa in carico comporta interventi che si sviluppano nel

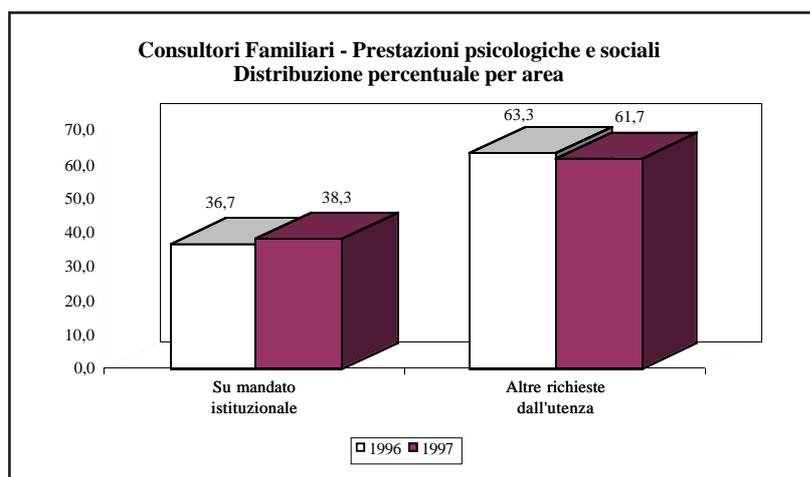


tempo, in quanto le tecniche d'intervento sono dilazionate nel tempo (la psicoterapia comporta una seduta alla settimana per mesi o anni e la presa in carico sociale richiede più incontri sia con l'utente che con la rete sociale di riferimento durante molti mesi o anni).

All'interno delle prestazioni mediche e paramediche sono predominanti quelle che rientrano nell'area ginecologica anche se il loro andamento negli ultimi due anni è in leggero calo, mentre crescono le prestazioni dell'area ostetrica e IVG. Diventa particolarmente interessante l'aumento delle certificazioni di I.V.G. che passano in due anni da 1.489 a 2.016 con un incremento del 25%. Tale incremento riguarda soprattutto la popolazione straniera non residente ed è influenzato dalle disposizioni della DGR n.3264 del 22.7.1996 e della circolare regionale esplicativa del 30.6.1997 che hanno favorito un afflusso specifico ai Consultori Familiari.

Nel 1995 i Consultori Familiari hanno seguito dal punto di vista ostetrico 1 gestante su 4 residenti nella Regione Veneto, mentre nel 1996 e nel 1997 1 gestante su 3; tale numero aumenta se si considerano anche le partecipazioni ai corsi di preparazione alla nascita.

Le prestazioni psicologiche e sociali, in progressivo e costante aumento, sono prevalentemente rivolte alle richieste spontanee dell'utenza (consulenza psicologica, psicoterapia e presa in carico sociale), ma continua ad aumentare la richiesta di intervento da parte degli Organi Giudiziari soprattutto a carico di nuclei familiari con problematiche di tutela minorile.



Il servizio Consultorio familiare sembra sempre più chiamato a rispondere a problematiche di disagio minorile anche nelle situazioni in cui non esiste da parte degli Enti locali delega alle ULSS per la tutela minorile. Inoltre il coinvolgimento sempre più massiccio di psicologi e assistenti sociali in attività a favore di nuclei familiari in grave difficoltà, comporta un disinvestimento da parte di tali operatori sulle altre attività consultoriali. Alcune di queste attività potrebbero prevenire o attenuare il disagio di alcune situazioni evitando che la loro acutizzazione comporti l'intervento degli Organi Giudiziari.

Il progetto "Attività di formazione e ricerca sui Consultori familiari nell'attuale realtà regionale" (DGR n.3.820 del 28.10.1997) si costituisce come progetto funzionale alla riprogrammazione dei Consultori Familiari, in considerazione della nuova normativa nazionale che comporta anche la necessità di stabilire standard adeguati di funzionamento in relazione all'accreditamento stesso dei servizi. Dalla ricerca regionale attualmente in corso, è emerso che altri servizi delle ULSS (i servizi di neuropsichiatria e psicologia per l'età evolutiva), che potrebbero intervenire su tali problematiche, tendono a essere meno coinvolti nelle situazioni di tutela minorile, in quanto manca una sufficiente chiarezza istituzionale ed un consolidato rapporto di interazione con gli Organi Giudiziari. Quattro ULSS hanno dato avvio ad una sperimentazione organizzativa specializzando alcune équipes consultoriali sul lavoro con problematiche familiari in ambito di tutela minorile. Inoltre, sempre nell'ambito della ricerca regionale, è stata prodotta una cartella regionale di servizio e si stanno mettendo a punto alcune linee guida relative alle specifiche aree di intervento.

L'attività di gruppo è dedicata a progetti di educazione sanitaria e di prevenzione su alcune problematiche socio-sanitarie; tale attività, che nel 1995 aveva visto una contrazione rispetto all'anno precedente, assume nuovamente un andamento crescente nel biennio 1996-1997.

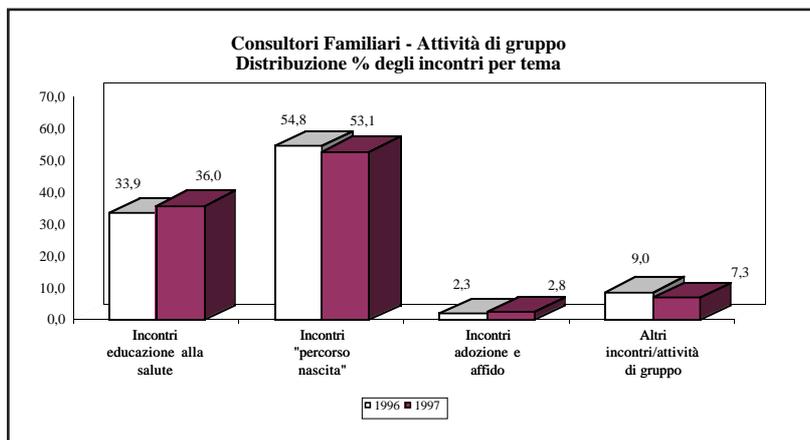
I progetti oggetto di maggior investimento da parte delle équipes sono quelli che riguardano l'ambito della procreazione, dell'educazione sessuale ma anche dell'affido familiare: tutti fortemente sostenuti da una progettazione regionale sia nell'ambito socio-sanitario che sanitario. L'attività di

preparazione al parto, definita “percorso nascita” ad indicare la globalità dell’approccio dell’équipe consultoriale che si rivolge non solo alla gestante ma anche alla coppia e al neonato, dalla gravidanza al primo anno di vita del bambino, è aumentata nel 1997 del 4,8% rispetto al 1996.

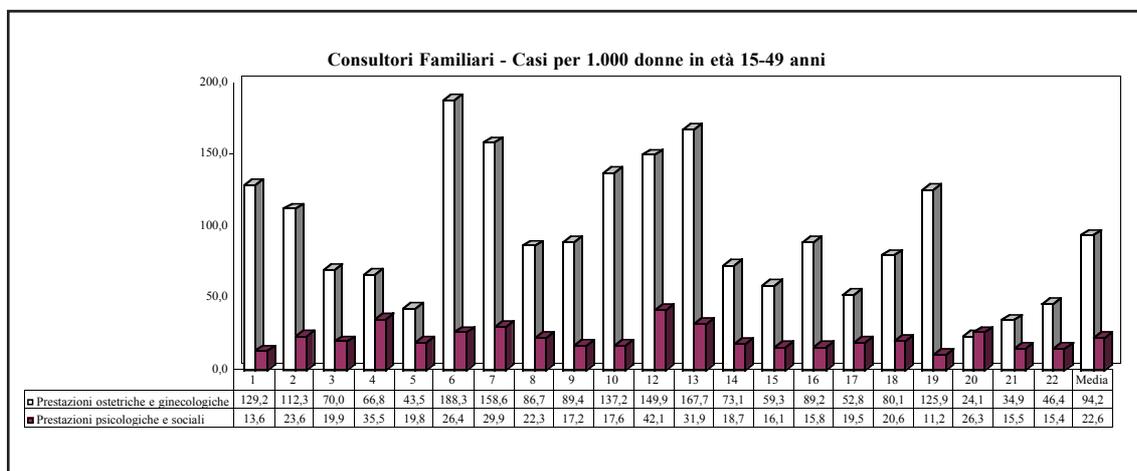
Il Progetto Pilota “Sostegno alla relazione madre-bambino nel primo anno di vita” (DGR n.2.862 del 5.8.1997 e DGR n.2.934 del 4.8.1998), avviato nel 1997, ha favorito un approccio di supporto e prevenzione alla gravidanza ed alla neogenitorialità da parte del Consultorio Familiare, in sinergia con gli altri servizi territoriali e ospedalieri dell’area materno-infantile, secondo le indicazioni di programmazione regionale.

Sembra che una risposta socio-sanitaria da parte del servizio, incontra maggiormente i bisogni attuali dell’utenza sempre più articolati in una complessità che non può prescindere da una alta integrazione professionale specialistica e da un’adeguata progettazione fra servizi.

Per quanto riguarda le risorse a disposizione, emerge ancora un aumento della spesa complessiva assorbita dalla gestione dei consultori familiari: tale aumento è totalmente a carico del fondo sanitario, mentre si osserva una diminuzione della spesa sostenuta dal fondo sociale che copre solo il 20% della spesa totale. L’effetto combinato dell’incremento di spesa e della contrazione delle équipes, spiega il forte aumento della spesa per équipe, mentre l’aumento della spesa per caso trattato può essere spiegato da un aumento della complessità dei casi derivanti soprattutto dalla richiesta d’intervento da parte degli Organi Giudiziari.



*Analisi territoriale*



A livello territoriale vanno segnalate alcune situazioni di dotazione strutturale che si discostano significativamente per bacino di utenza dalle indicazioni di programmazione regionale:

- le ULSS 2, 7, e 22 con équipes che si rivolgono ad un bacino di utenza fortemente superiore ai 50.000 abitanti, ma anche le ULSS 4, 5 e 15;
- le ULSS 12 e 13 dotate di équipes con un bacino di utenza al di sotto dei 30.000 abitanti.

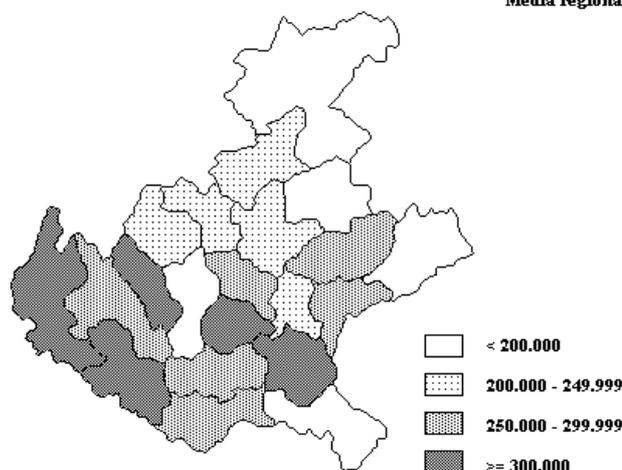
I dati di attività consultoriale sembrano indicare una intensa spinta ad una produttività, della quale però, non si conoscono gli aspetti qualitativi.

Rispetto al quadro complessivo regionale, gli indici di utilizzo del servizio risultano nell’area ostetrica e ginecologica ancora molto disomogenei, con un minimo di 24 casi trattati per 1.000

donne in età fertile per l'ULSS 20 ad un massimo di 188 per l'ULSS 6, attestandosi in una media regionale di 94 casi.

Per le prestazioni psicologiche e sociali si osserva un andamento più omogeneo: variando da un minimo di 11 casi trattati ogni 1.000 donne in età fertile per l'ULSS 19 ad un massimo di 42 per l'ULSS 12. L'ULSS 20 di Verona si caratterizza per essere l'unica con un numero di casi trattati con prestazioni di tipo psicologico e sociale superiore a quelli ostetrico e ginecologico e con il numero più basso di prestazioni per operatore equivalente; in

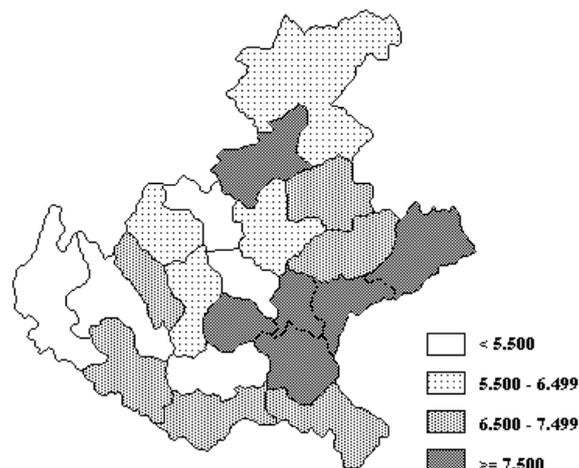
**Consultori familiari - Anno 1997**  
**Spesa media per caso**



**Media regionale: 236.070**

media per residente si osserva nella provincia di Verona. I costi maggiori sono sostenuti per i casi trattati nelle ULSS della provincia di Verona dove più alta è anche la percentuale di prestazioni di tipo psicologico e sociale rispetto a quelle ostetriche e ginecologiche.

**Consultori familiari - Anno 1997**  
**Spesa media per residente**



**Media regionale: 6.879**

tutte le altre ULSS prevalgono i casi trattati con prestazioni ostetriche e ginecologiche. Una possibile spiegazione può essere ricondotta alla diversa presenza oraria settimanale del ginecologo e delle figure professionali ostetriche all'interno dell'équipe consultoriale.

Per quanto attiene alle risorse economiche effettivamente a disposizione, le ULSS con una maggior disponibilità di spesa per residente sono quelle della provincia di Venezia, viceversa una minor disponibilità economica per residente si osserva nella provincia di Verona.

#### **FONTI**

- ISTAT - *Popolazione e Movimento Anagrafico dei Comuni - Anni 1996 e 1997*
- ISTAT - *La vita quotidiana nel 1996*
- ISTAT - *Indicatori provinciali di fecondità - Anni 1975-1996*
- ISTAT - *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia*
- Ministero della Sanità - *Relazione del Ministro della Sanità sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (art.16 L n.194/78)*
- Università di Padova - *Dipartimento di Pediatria - Registro NEI delle Malformazioni Congenite*
- Regione del Veneto:
  - *Direzione per la Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio Progetti Obiettivo e Azioni Prioritarie*
  - *Direzione per i Servizi Sociali - Servizio per lo Sviluppo Sociale della Famiglia e dell'Età Evolutiva*
  - *Unità di Progetto Controllo e Sistema Informatico Socio-Sanitario - Servizio controllo Socio-Sanitario*
  - *Unità di Progetto Controllo e Sistema Informatico Socio-Sanitario - Servizio Informatico Socio-Sanitario*

#### **TAVOLE IN ALLEGATO**

- TAVOLA 6.4.1/A, TAVOLA 6.4.2/A, TAVOLA 6.4.3/A, TAVOLA 6.4.4/A, TAVOLA 6.4.5/A

#### **TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD**

- TAVOLA 6.4.1/R, TAVOLA 6.4.2/R, TAVOLA 6.4.3/R, TAVOLA 6.4.4/R, TAVOLA 6.4.5/R, TAVOLA 6.4.6/R

## 6. PROGETTI OBIETTIVO

### 6.5 Prevenzione e cura delle dipendenze

#### IL PROGETTO OBIETTIVO

Finalità principale del Progetto Obiettivo “Prevenzione e Cura delle Dipendenze” previsto dal PSSR 1996/98 (LR 5/96, art.18), approvato dalla Giunta Regionale il 25.2.1997 e, al momento della stesura della presente Relazione, all’esame della V Commissione consiliare, è la riorganizzazione del sistema preventivo e assistenziale per le problematiche relative alle tossicodipendenze, alla luce di due fattori principali:

- l’evoluzione del fenomeno: “nuove droghe” / “nuove modalità di abuso”
- la riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, con l’introduzione, tra l’altro, dei livelli uniformi di assistenza.

Un primo indicatore per la valutazione del Progetto Obiettivo di settore può essere rappresentato dall’istituzione da parte delle Aziende ULSS del Dipartimento “funzionale” delle Dipendenze, individuato come modalità più idonea per rispondere all’esigenza di riorganizzazione della rete dei servizi. Al 31.12.1997 solo alcune ULSS hanno istituito formalmente il Dipartimento per le Dipendenze, ma va sottolineato che mancano precise disposizioni regionali in tal senso, come previsto dal Progetto Obiettivo.

Un secondo indicatore può essere rappresentato dalla capacità di attrazione nei confronti delle “nuove droghe” / “nuove modalità di abuso”: nel 1997 solo 1 utente su 20 appartiene al mondo delle “nuove droghe” (solo lo 0,7% degli utenti dei Ser.T della regione indica come sostanza primaria l’ecstasy e per un altro 4,1% costituisce la sostanza secondaria), mentre i Ser.T si confermano come servizi specializzati nel trattamento dell’abuso di eroina, sostanza primaria nell’82,4% dei casi trattati nell’anno.

Le criticità emergenti dall’esame di questi due indicatori generali non deve però portare ad una valutazione negativa del Sistema delle dipendenze in Veneto, ma solo ad una precisa individuazione delle priorità che dovranno orientare lo sviluppo delle funzioni regionali nell’area delle dipendenze:

- istituzione del Dipartimento delle Dipendenze, a garanzia di un intervento coordinato
- presa in carico del fenomeno “nuove droghe” / “nuove modalità di abuso”.

#### IL SISTEMA DELLE DIPENDENZE

La riorganizzazione della rete dei servizi presuppone l’esistenza della rete stessa e la valutazione del Sistema delle dipendenze del Veneto da questo

punto di vista è certamente positiva alla luce del sistema articolato e capillare dei servizi pubblici e privati di natura ambulatoriale, diurna e residenziale, nonché di associazioni del volontariato che operano nel settore, anche se con una discreta diversificazione a livello territoriale.

Il sistema delle dipendenze in Veneto - Anno 1997

- SerT	n.	38
- Comunità terapeutiche	n.	38 (8 pubbliche)
- Sezioni carcerarie per tossicodipendenti	n.	3 (1 femminile)
- Centri alcolologici multimodali	n.	13
- Gruppi di auto-aiuto (settore alcolico)	n.	780
- Associazioni di volontariato	n.	51 (29 in materia di alcolodipendenza)

Va poi sottolineato che il problema delle “vecchie droghe” è tutt’altro che superato: gli indicatori epidemiologici disponibili inducono a mantenere un livello costante di allarme:

- i decessi per droga dal 1994 al 1996 hanno fatto registrare una preoccupante impennata (da 64 a 104 casi); non deve rassicurare l’inversione di tendenza a partire dal 1997, in quanto trattasi di un dato ancora provvisorio (relativo alle notifiche pervenute al Ministero dell’Interno fino al settembre 1998); relativamente al fenomeno “morti per droga” il Veneto si allinea alla media nazionale: 4,7 decessi per 100.000 residenti nel triennio 1995-97 contro un corrispondente valore nazionale di 4,8;
- l’utenza in carico ai Ser.T continua a crescere, superando ormai le 10.000 unità/anno;
- i detenuti tossicodipendenti nel biennio 1996-97 sono aumentati del 16%, arrivando a rappresentare il 40,1% della popolazione detenuta;

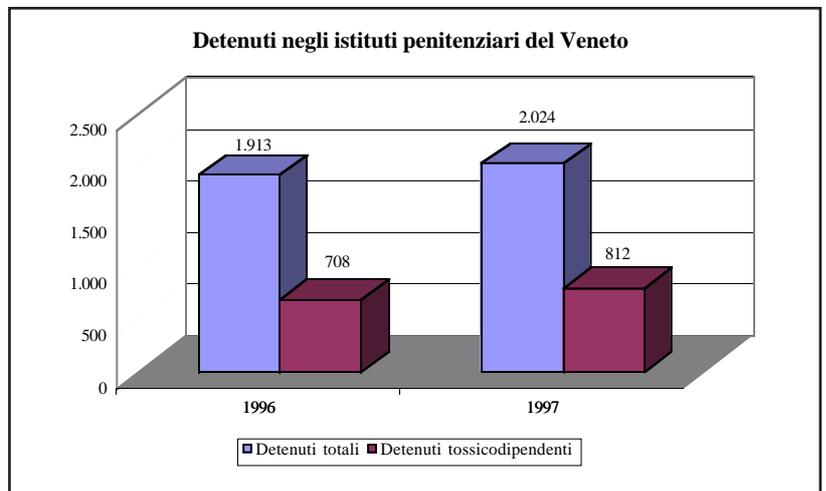
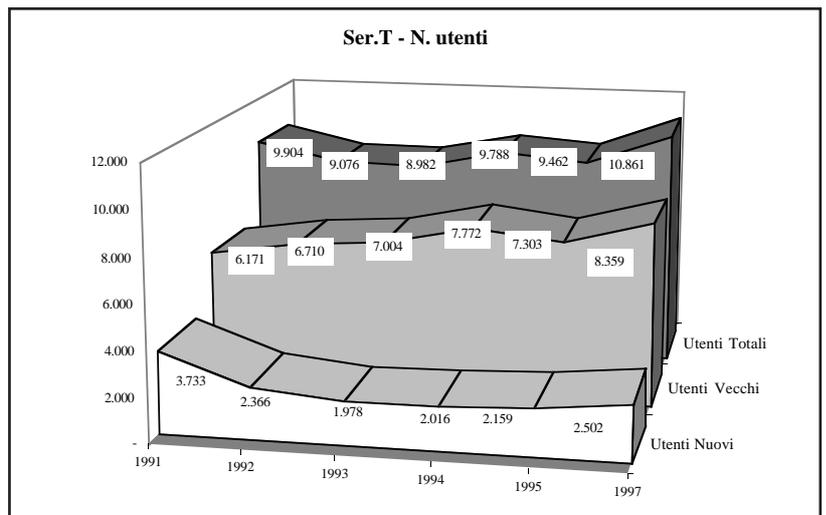
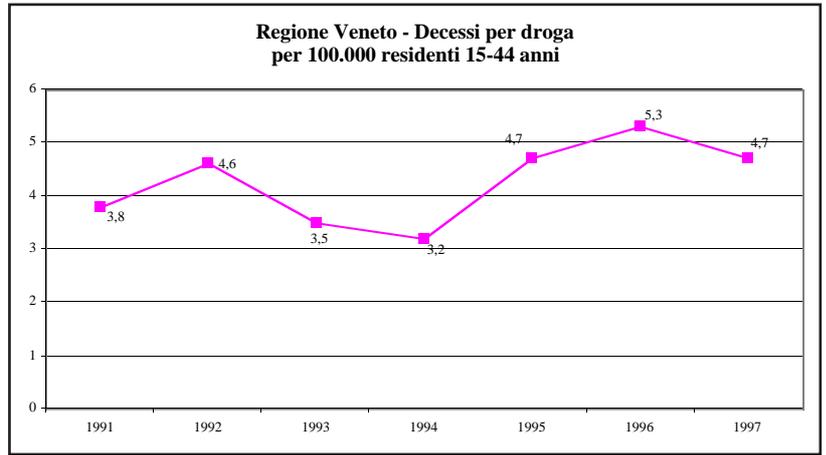
#### Tossicodipendenza

- le sanzioni amministrative per uso di sostanze stupefacenti (ex art. 75 DPR 309/90) sono passate da 426 nel 1996 a 676 nel 1997 (+ 58,6%);
- solo l'utenza in programmi residenziali o semi-residenziali presso strutture riabilitative, dopo il picco raggiunto nel 1994 (1.875 utenti in comunità terapeutica su 5.763 in carico ai Ser.T alla data del 15 giugno, pari al 32,5%), è in lenta progressiva flessione, sia in termini relativi che in termini assoluti, comunque sempre nettamente superiori alle 1.000 unità, per effetto soprattutto del sensibile potenziamento dell'organico dei Ser.T che ha reso i servizi pubblici ampiamente autonomi nel trattamento dei tossicodipendenti.

L'analisi che segue sull'organizzazione e l'attività dei servizi regionali nel settore delle dipendenze viene articolata sulla base del modello prefigurato dal Progetto Obiettivo, che indica un sistema articolato organizzato su quattro livelli coordinati ed integrati, di cui il Ser.T rappresenta la struttura centrale di riferimento:

- **1° livello:** primo contatto con bassa soglia di selezione dell'utenza
- **2° livello:** programmi nei servizi a medio-lungo termine a carattere socio-riabilitativo, psicoterapico e farmacologico integrato
- **3° livello:** programmi residenziali o semi-residenziali a medio-lungo termine in ambito socio-riabilitativo e psicoterapico, mediante comunità terapeutica
- **4° livello:** programmi specifici di reinserimento post-terapia, prevenzione delle recidive e valutazione dei risultati.

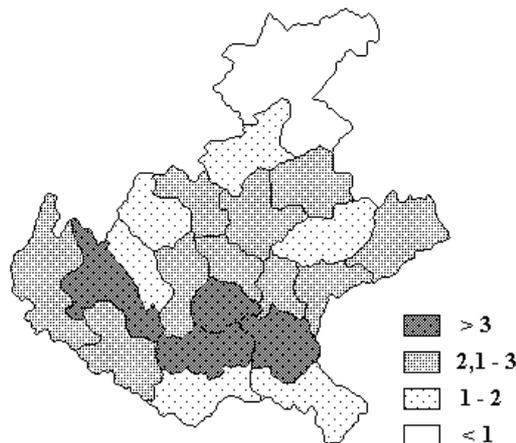
Per quanto riguarda il **1° livello** di intervento non esiste un flusso informativo sistematico che consenta un'analisi degli interventi effettuati, tuttavia va segnalato che nel 1997, con il Fondo na-



zionale (a gestione regionale) Lotta alla Droga, sono stati finanziati circa 160 progetti, prevalentemente per la realizzazione di interventi di rete fra soggetti pubblici e privati che operano nel settore e per la riduzione della domanda nei luoghi di aggregazione giovanile, in particolare discoteche, ma anche per la realizzazione di interventi di prima accoglienza, mediante équipes di prevenzione in strada o centri di prima accoglienza residenziale in aree urbane ad alta diffusione della tossicodipendenza.

Per quanto riguarda il 2° livello di intervento, l'utenza in carico ai Ser.T, che, come già evidenziato in precedenza, è in continua crescita, rimane prevalentemente di sesso maschile e concentrata nella fascia di età compresa tra 20 e 34 anni, anche se emerge un suo progressivo invecchiamento.

**Ser.T - Anno 1997**  
Utenti tossicodipendenti per 10.000 residenti

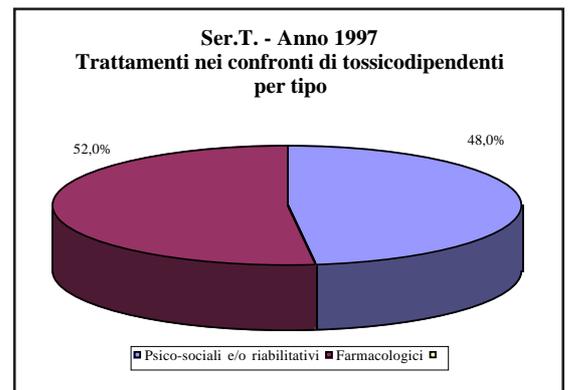
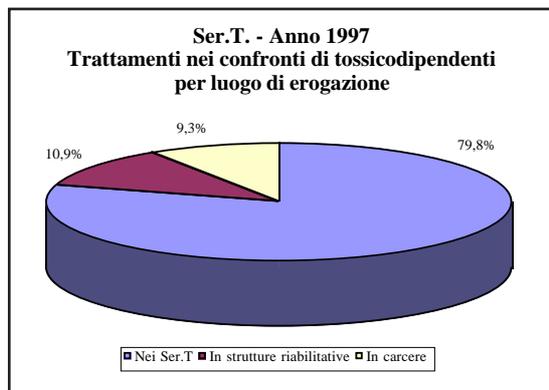


Media regionale: 2,4

L'utenza è distribuita in misura piuttosto disomogenea sul territorio regionale, con la massima frequenza relativa nell'ULSS 14 e la minima nell'ULSS 1, dove peraltro è sensibilmente elevata la diffusione dell'alcolismo.

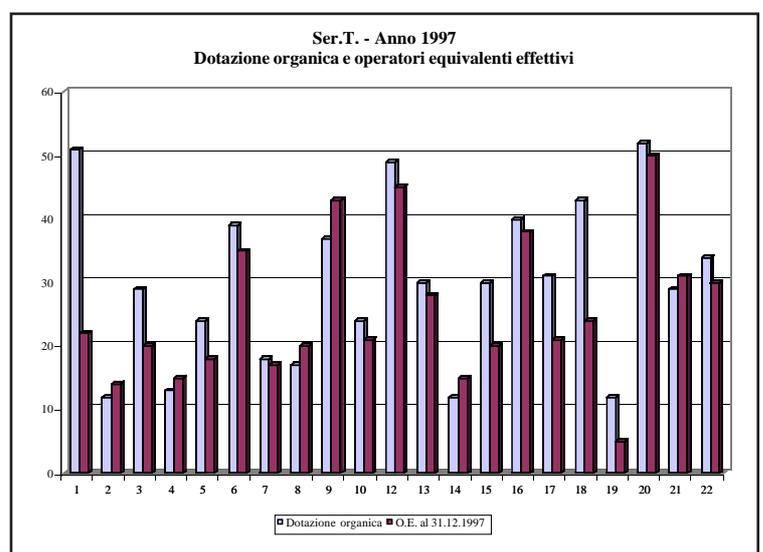
L'indice di ricambio dell'utenza, ovvero dei nuovi utenti presi in carico, è pari al 23% nel 1997 e anche questo presenta una forte differenziazione territoriale, con il valore massimo ancora nell'ULSS 14 (53%).

I trattamenti, effettuati prevalentemente a livello ambulatoriale, si ripartiscono in misura equilibrata fra trattamenti farmacologici, consistenti per i due terzi in somministrazione di metadone, e psico-sociali e/o riabilitativi, rappresentati prevalen-



temente da sostegno psicologico e interventi di servizio sociale e in minor misura da interventi di psicoterapia, a conferma della complessità multiprofessionale degli interventi richiesti nell'area delle dipendenze.

Rispetto alla dotazione teorica di personale, fissata dalla Giunta regionale in applicazione del DM 444/90 in 626 unità, alla fine del 1997 gli organici effettivi dei Ser.T regionali manifestano comples-



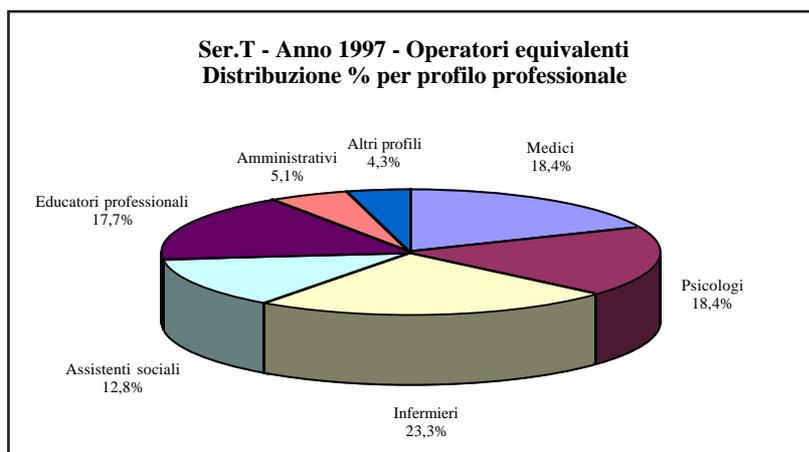
sivamente una carenza di 97 operatori equivalenti a tempo pieno (-15,5%).

I livelli di adeguamento allo standard di personale risultano molto disomogenei all'interno del territorio regionale con situazioni di particolare criticità nelle ULSS 1 e 19 con meno del 50% degli operatori previsti.

La presenza delle diverse professionalità appare coerente con l'esigenza di intervento integrato multiprofessionale socio-sanitario tipica dei Ser.T, anche se va segnalata la carenza di psicologi, assistenti sociali e medici.

L'estrema differenziazione a livello locale del carico di utenti per operatore equivalente risulta

di difficile interpretazione in mancanza di un sistema di rilevazione del carico assistenziale associato alle diverse tipologie di utenza, in particolare dell'utenza alcolica non considerata nella costruzione dell'indice.



Per quanto riguarda il **3° livello** di intervento, va segnalato che nel 1997 mediamente solo il 17,7% dell'utenza tossicodipendente dei Ser.T del Veneto viene inserito in programmi presso comunità terapeutiche, con marcate differenze fra le ULSS che manifestano la maggiore propensione all'invio in comunità (41,3% degli utenti per l'ULSS 4 e 31,4% per l'ULSS 18) e quelle per cui questo tipo di intervento riveste un'importanza marginale come le ULSS 14, 13, 16 e 19 in cui l'invio in comunità ricorre con frequenze inferiori al 10%.

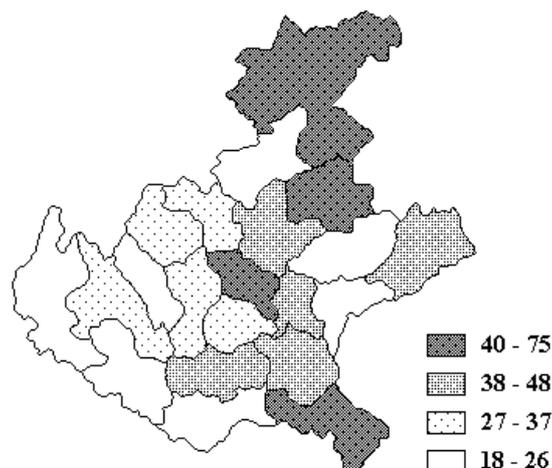
Non sono disponibili informazioni dettagliate su luogo, periodo, tipo ed esito dei trattamenti relativi a tossicodipendenti in carico ai Ser.T regionali, ma solo agli utenti delle comunità terapeutiche private operanti all'interno del territorio regionale.

Dal momento che diversi programmi residenziali prevedono l'allontanamento del tossicodipendente dal contesto sociale e/o familiare di appartenenza, l'analisi che segue sull'utenza delle comunità terapeutiche regionali non può essere trasferita agli utenti presso comunità in carico ai Ser.T del Veneto.

Nel 1997 nelle 30 comunità terapeutiche del Veneto sono stati trattati 2.184 tossicodipendenti. L'utenza esprime un rapido ricambio, con un'incidenza di nuovi utenti pari al 59,6% e una permanenza inferiore ai sei mesi nel 55,5% dei casi.

Infine per il **4° livello** non è attivato un flusso informativo sistematico che consenta un'analisi degli interventi effettuati; va tuttavia segnalato che nel 1997, con il Fondo nazionale (a gestione regionale) Lotta alla Droga, sono stati finanziati oltre 20 progetti di cura esterna al carcere e reinserimento socio-lavorativo di tossicodipendenti reclusi.

**Ser.T - Anno 1997**  
**Utenti per operatore equivalente**



**Media regionale: 32**

sia consistente e diffusa sul territorio regionale, il settore dell'alcolologia rimane ancora ai margini, necessitando una definizione più precisa.

Con il Progetto triennale "Alcolologia Veneto" del 1994 ha avviato sperimentalmente un modello organizzativo articolato in due livelli di intervento:

- 1° livello garantito da: medici di medicina generale, gruppi di auto-aiuto e Ser.T;
- 2° livello costituito da 13 Centri alcolologici multimodali, caratterizzati dalla presenza delle risorse e dei programmi di 1° livello, più uno o due programmi specialistici e per popolazioni particolari.

Nel 1997, anno in cui è stata introdotta una rilevazione ministeriale di settore, l'utenza alcolologica in carico ai Ser.T è di 6.284 unità (oltre un terzo dell'utenza complessiva), prevalentemente di sesso maschile (3 su 4), di età compresa fra 40 e 60 anni (quasi il 60%), con problemi correlati soprattutto all'abuso di vino (quasi il 70%) e solo in minima parte con problemi droga-correlati (circa il 5%); si tratta quindi di una popolazione significativamente diversa da quella tossicodipendente.

A livello territoriale emerge la situazione dei Ser.T dell'ULSS 1, con 1.107 alcolisti presi in carico nel 1997 (91,3% degli utenti totali e 8,5 per 1.000 residenti); altri Ser.T con presenza elevata (oltre il 50% degli utenti) di alcolisti sono quelli delle ULSS 2, 19, 15, 4 e 18.

All'opposto va segnalato un numero assolutamente esiguo di alcolisti seguiti dai Ser.T delle ULSS 16 e 22 (rispettivamente 17 e 14 utenti).

## **Costi**

Per concludere, è interessante esaminare i costi del Sistema delle Dipendenze del Veneto, che vengono presentati per la prima volta in via del tutto indicativa, in quanto va migliorata la qualità della rilevazione.

L'investimento regionale per l'assistenza socio-sanitaria a favore di tossicodipendenti e alcolodipendenti è di circa 20.000 lire annue per residente, mentre il costo annuale per utente ammonta a circa 8.000.000 lire, in entrambi i casi con rilevanti differenze fra le diverse realtà locali.

## **FONTI**

- Regione Veneto - Direzione per i Servizi Sociali – Servizio Prevenzione e Cura Dipendenze:
  - Rilevazione attività servizi pubblici per le tossicodipendenze - Schede del Ministero della Sanità
  - Rilevazione attività nel settore dell'alcolodipendenza - Schede del Ministero della Sanità
  - Rilevazione strutture riabilitative per le tossicodipendenze - Schede del Ministero della Sanità
  - Rilevazioni d'ufficio
- Ministero dell'Interno – Osservatorio permanente su fenomeno droga: Pubblicazioni periodiche
- Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria – Padova: Rilevazioni periodiche sulla popolazione carceraria

## **TAVOLE IN ALLEGATO**

- TAVOLA 6.5.1/A, TAVOLA 6.5.2/A, TAVOLA 6.5.3/A, TAVOLA 6.5.4/A, TAVOLA 6.5.5/A

## **TAVOLE IN RETE INTRANET E IN CD**

- TAVOLA 6.5.6/R, TAVOLA 6.5.7/R, TAVOLA 6.5.8/R, TAVOLA 6.5.9/R, TAVOLA 6.5.10/R, TAVOLA 6.5.11/R, TAVOLA 6.5.12/R