

Fenomeni di maggior rilevanza / interesse

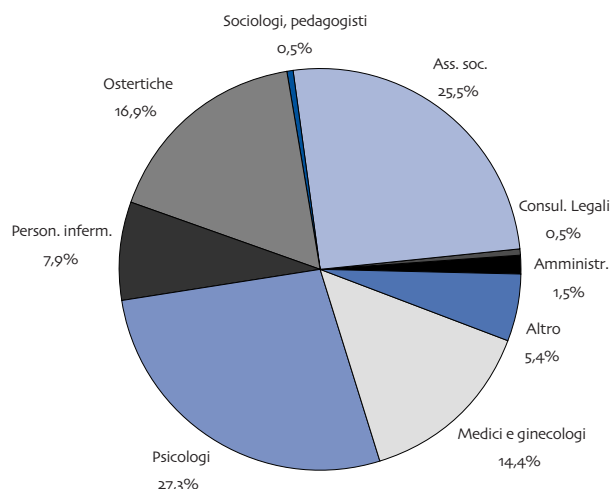
DOTAZIONE

Quadro regionale

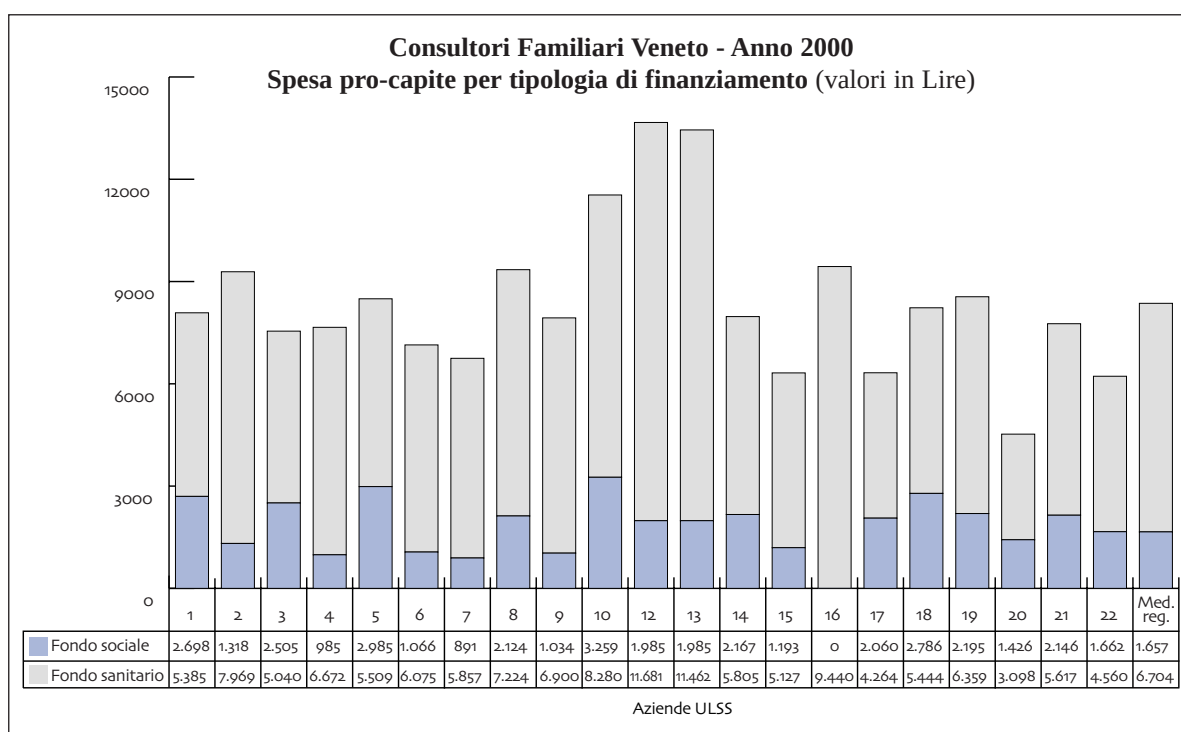
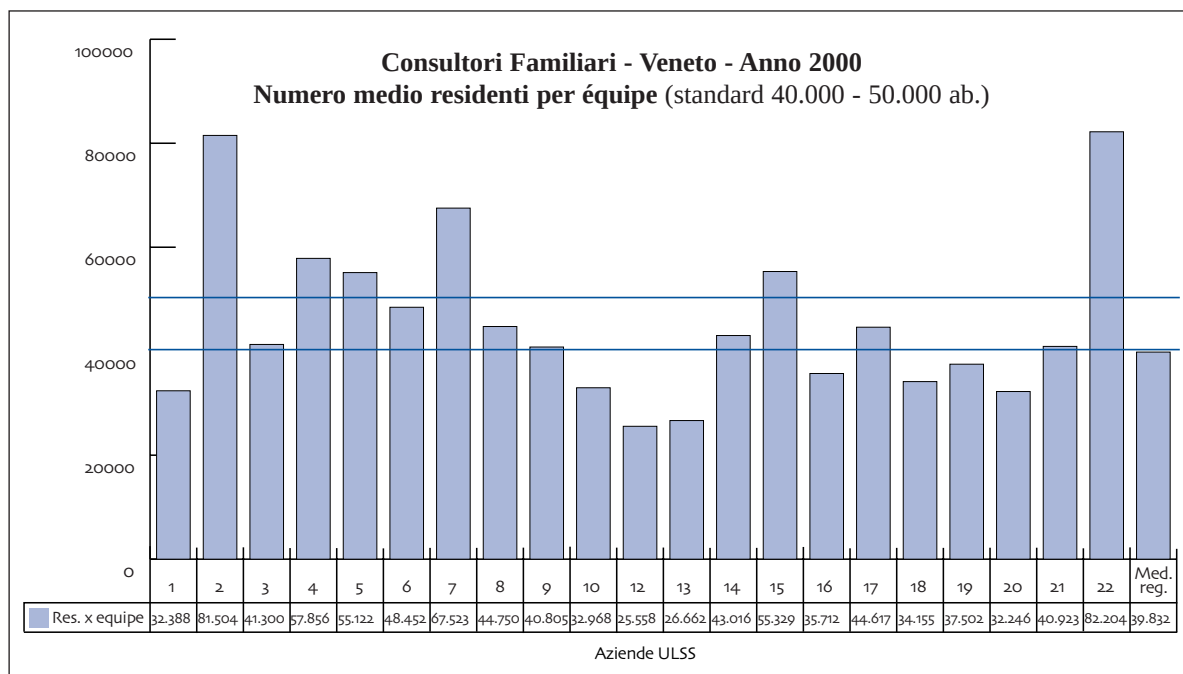
Consultori familiari - Quadro sintetico

	1997	1998	2000	Var. media% annua
N. équipes	109	110	114	1,1
- residenti per équipes	41.001	40.796	39.832	-0,7
- famiglie per équipes	15.087	15.154	15.086	0,0
N. sedi	149	143	151	0,3
- residenti per sedi	29.994	31.382	30.072	0,1
- donne 15-49 anni per sede	7.452	7.717	7.291	-0,5
- famiglie per sede	11.037	11.657	11.389	0,8
N. casi trattati				
- prestazioni ostetriche e ginecologiche	104.872	97.333	113.740	2,1
- prestazioni psicologiche e sociali	25.121	25.118	24.996	-0,1
- casi totali	129.993	122.451	138.736	1,7
Prestazioni				
- prestazioni ostetriche e ginecologiche V.A.	421.803	438.944	453.049	1,9
x caso	4,0	4,5	4,0	-0,2
- prestazioni psicologiche e sociali V.A.	175.852	161.442	194.834	2,7
x caso	7,0	6,4	7,8	2,8
Sub totale prestazioni individuali V.A.	597.655	600.386	647.883	2,1
x o.e.	1.571	1.397	1.367	-3,2
- incontri per attività di gruppo	9.927	11.046	14.676	12,0
N. operatori equivalenti	381	430	474	6,1
Spesa				
- spesa totale (in miliardi di lire), di cui:	30,7	34,0	38,0	6,0
- a carico del fondo sanitario (in miliardi)	24,4	25,8	30,3	6,1
- a carico del fondo sociale (in miliardi)	6,3	8,2	7,5	4,8
- spesa media per équipe (in milioni)	281,7	309,1	333,4	4,6
- spesa media per caso	236.070	277.893	273.999	4,0
- spesa media per residente	6.879	7.598	8.398	5,5
- spesa media per donna in età 15-49 anni	27.552	30.741	34.569	6,4

Consultori familiari - Veneto - Anno 2000
Operatori equivalenti
Distribuzione % per profilo professionale



- La rete dei consultori familiari della Regione del Veneto è ormai consolidata.
- Nel 2001 le équipe operanti sul territorio regionale sono in linea con gli standard indicati dalla normativa e coprono in media circa 15.000 famiglie e circa 40.000 residenti, oltre 7.000 donne in età fertile.
- Il personale risulta ancora in crescita e all'inizio del 2001 gli operatori complessivi ammontano a 712, con una media, adeguata alle indicazioni regionali, di quattro operatori per équipe.
- In conseguenza della sempre maggior richiesta da parte dell'utenza di prestazioni finalizzate al sostegno di problematiche connesse alle relazioni psicologiche e sociali e di attribuzione di competenze istituzionali derivanti da materie delegate alle regioni, il profilo professionale con il più alto peso percentuale risulta essere quello degli psicologi, seguito dagli assistenti sociali, mentre medici e ginecologi, ostetriche e infermieri sono andati via via diminuendo in peso percentuale ma non in numero assoluto;
- leggermente aumentato risulta anche il numero di operatori amministrativi e di altre figure tecniche, quali l'educatore-animatore.
- per quanto riguarda le risorse economiche a disposizione, emerge ancora un aumento della spesa complessiva, soprattutto di quella a carico del Fondo Sanitario che copre quasi l'80% dell'intero finanziamento, mentre risultano diminuite le risorse a carico del Fondo Sociale (19,7%).



- A livello territoriale, permane una certa disomogeneità, con alcune situazioni di dotazione strutturale che si discostano significativamente, per bacino di utenza, dalle indicazioni di programmazione regionale sia

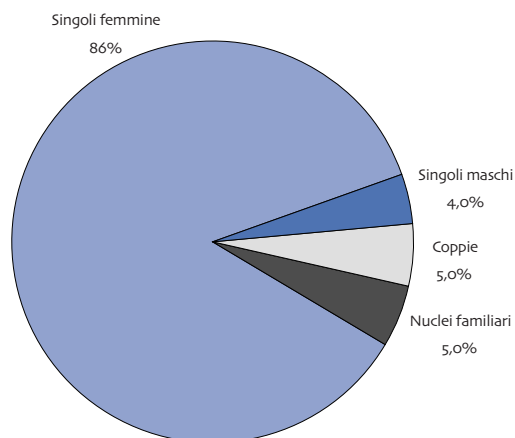
in eccesso che in difetto. In particolare si evidenziano:

- Le ULSS 2, 7 e 22 con équipe che si rivolgono ad un bacino d'utenza al di sopra dei 60.000 abitanti;
- Le ULSS 12 e 13 con équipe con un bacino d'utenza al di sotto dei 30.000 abitanti.

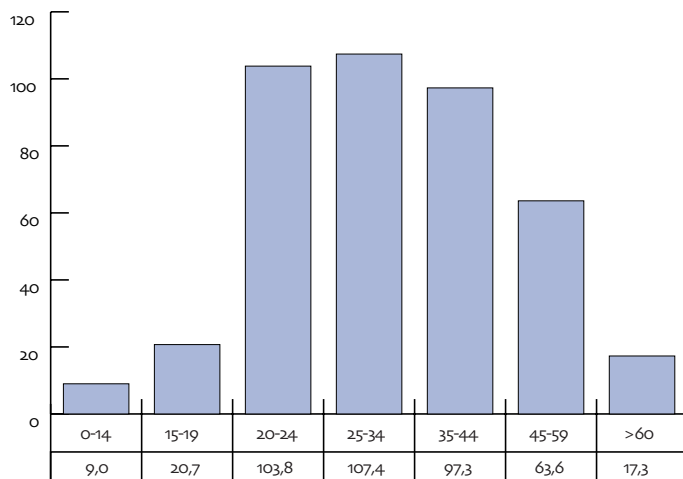
In particolare va notata la forte discrepanza esistente tra numero di équipe e numero di sedi nell'ULSS 2 che porta l'équipe consultoriale ad un carico di oltre 80.000 residenti, ma con una dotazione di sedi quasi in linea con le indicazioni del progetto obiettivo nazionale.

- Anche per quanto riguarda le risorse economiche a disposizione esistono forti disomogeneità a livello territoriale con situazioni che vanno da un minimo di L. 4.500 per residente dell'Azienda ULSS 20 di Verona ad un massimo di quasi L. 14.000 per l'Azienda ULSS 12 di Venezia.

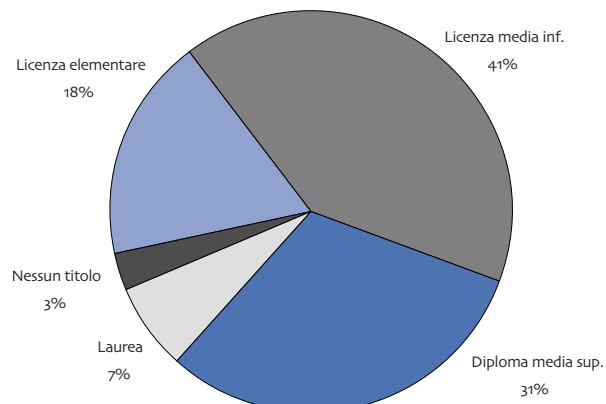
Consultori Familiari - Veneto - Anno 2000
Utenza - Distribuzione % tipologia



Consultori Familiari - Veneto - Anno 2000
Utenza - femminile per 1.000 donne della stessa età



Consultori Familiari - Veneto - Anno 2000
Utenza complessiva - Distribuzione % per titolo di studio



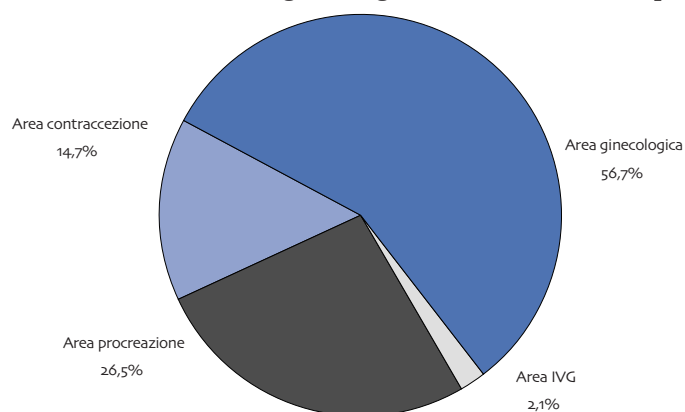
Nel 2000 aumentano complessivamente i casi trattati e in particolare si assiste ad un progressivo aumento degli utenti coppie e del numero di nuclei familiari, mentre l'utenza maschile rimane minoritaria.

La fascia d'età maggiormente afferente ai servizi consultoriali rimane quella in età fertile, ma si osserva un certo ricorso ai CF anche da parte delle donne ultra sessantenni e delle giovani.

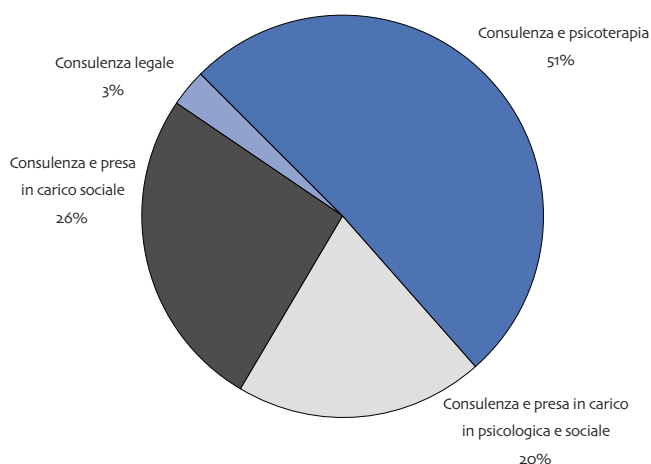
Per quanto riguarda l'utenza giovanile è interessante ricordare come ultimamente siano state promosse iniziative specifiche di apertura di spazi dedicati agli adolescenti e alle loro problematiche all'interno delle sedi consultoriali.

L'analisi dell'utenza continua a rilevare la forte valenza locale dei CF: infatti circa l'80% degli utenti è costituito da persone residenti nei comuni del bacino d'utenza e un altro 9% da comuni limitrofi della stessa Azienda ULSS; si osserva inoltre un progressivo aumento degli stranieri e nomadi che raggiungono ormai il 7% dell'utenza complessiva (10.321 utenti) con un incremento rispetto al 1997 del 123%.

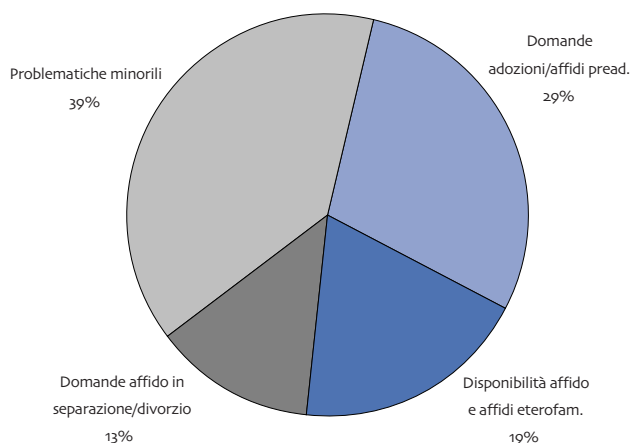
Consultori Familiari - Veneto - Anno 2000
Prestazioni ostetriche e ginecologiche - Distribuzione % per area



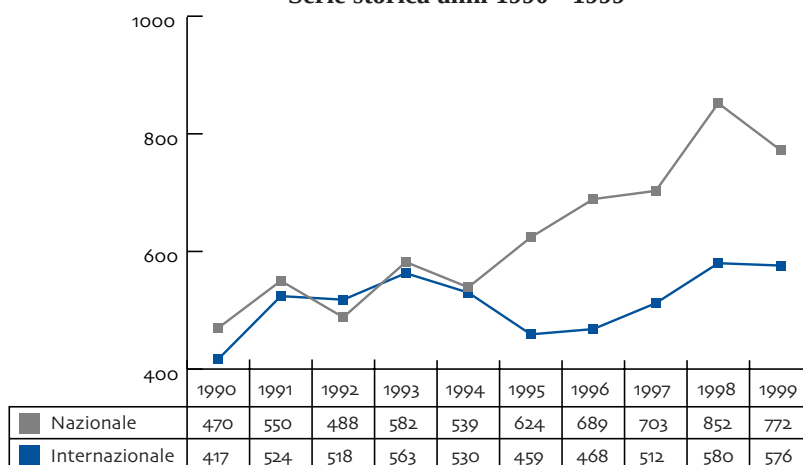
Consultori Familiari - Veneto - Anno 2000
Prestazioni psicologiche e sociali a diretto contatto - Distribuzione % per area



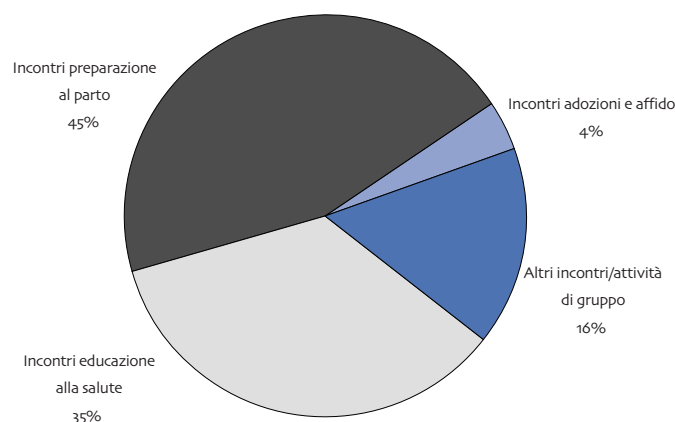
Consultori Familiari - Veneto - Anno 2000
Prestazioni psicologiche e sociali su mandato istituzionale - Distribuzione % per area



Domande di adozione presentate in Veneto Serie storica anni 1990 - 1999



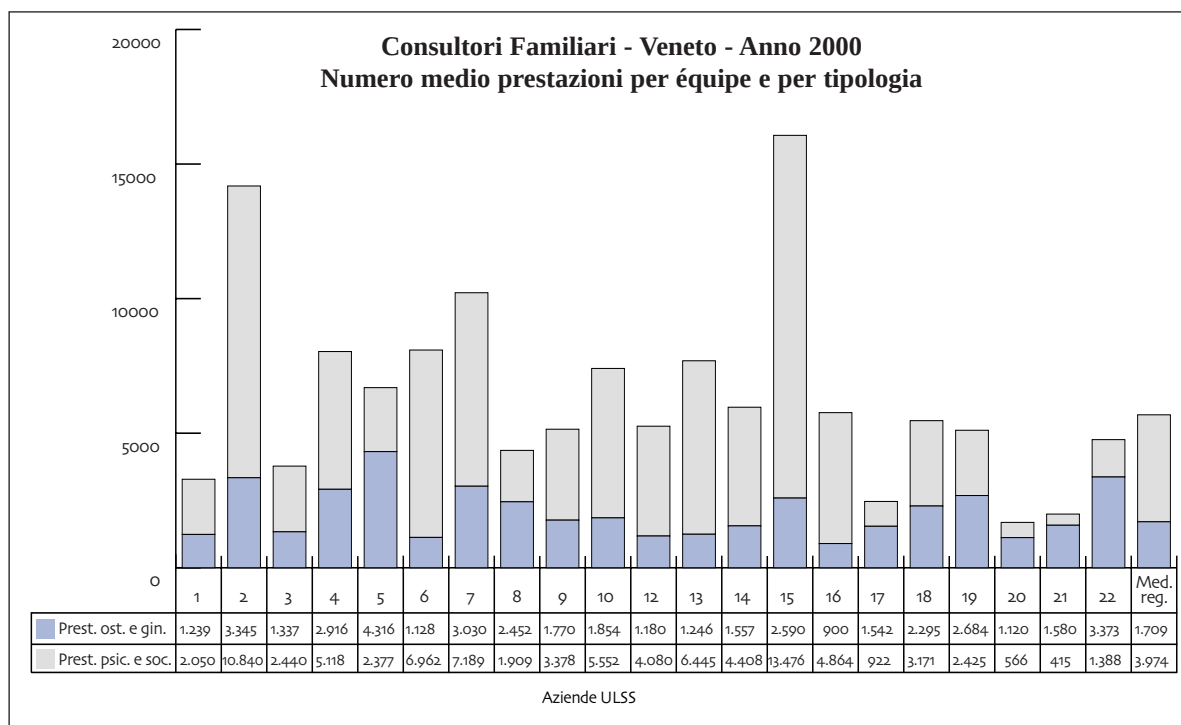
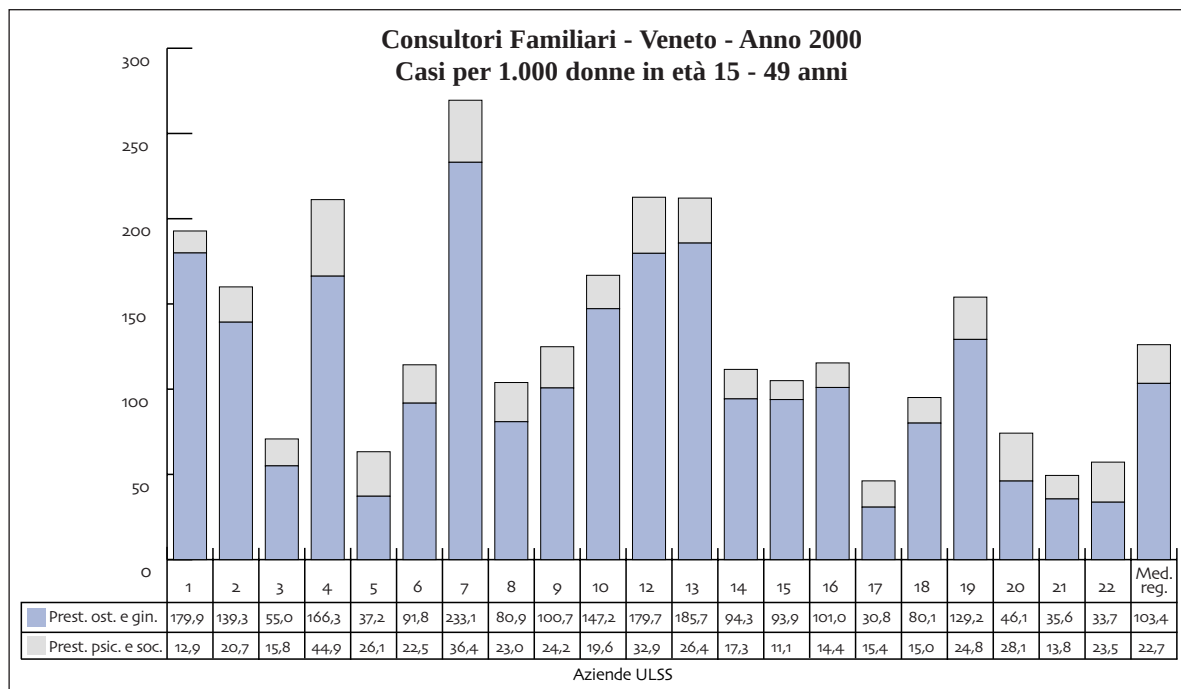
Consultori Familiari - Anno 2000 Attività di gruppo - Distribuzione % degli incontri per tema



- Tra i casi afferenti al CF, prevalgono ancora quelli relativi all'area ostetrica e ginecologica (oltre 80% dei casi totali).
- Con l'aumento dei casi, aumentano anche le prestazioni ostetrico-ginecologiche (circa il 70% delle prestazioni individuali). In particolare:
 - le prestazioni ginecologiche rimangono stazionarie e coprono oltre il 50% delle prestazioni ostetriche-ginecologiche erogate in CF;
 - acquistano sempre più peso le prestazioni afferenti all'area della procreazione e dell'IVG segno di come nel CF la coppia genitoriale può trovare uno spazio somato-psico-sociale accogliente che l'accompagna e l'assiste dal periodo preconcezionale al dopo parto, ma anche di un servizio erogato sul territorio con un'attenzione alla domanda diretta della popolazione
- In media i casi dell'area psicologica e sociale richiedono un trattamento più intenso, con 7,8 prestazioni medie per caso contro le 4 dei casi dell'area ostetrica e ginecologica; tale differenza trova spiegazione nella diversità delle tipologie d'intervento:
 - per l'area ostetrica e ginecologica ogni utente, non in gravidanza, viene visto 1-2 volte l'anno;
 - per l'area psicologica e sociale, la presa in carico comporta interventi che si sviluppano nel tempo (la psicoterapia richiede una o più sedute la 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 per mesi o anni).
- Il tasso di ricambio dell'utenza è mediamente del 48,1%, cioè ogni 100 utenti, 48 sono nuovi; solo la tipologia dei nuclei familiari registra un tasso di ricambio inferiore e pari al 40,6%. Ciò potrebbe essere correlato con la presa in carico da parte dei CF di famiglie multiproblematiche che per la complessità dei bisogni richiedono interventi a più lungo termine.
- Nel 2000 sono aumentate anche le prestazioni psicologiche e sociali ma non i casi, ad indicare la maggior complessità di domanda che le équipe consultoriali hanno dovuto fronteggiare. In particolare continuano ad essere prevalenti le prestazioni rivolte a soddisfare richieste spontanee dell'uten-

za (57,3%) (consulenza psicologica, psicoterapia e presa in carico sociale), anche se appare rilevante il numero di richieste di intervento da parte degli Organi Giudiziari (42,7%) soprattutto a carico di nuclei familiari con problematiche di tutela minorile e alla disponibilità/richiesta per adozioni/affido preadottivo.

- Crescono anche le attività di gruppo dedicate a progetti di educazione sanitaria e di prevenzione su alcune problematiche socio-sanitarie: le attività di maggior investimento delle équipe sono quelle che riguardano l'ambito della procreazione, dell'educazione sessuale, dell'affido/adozione e della prevenzione del disagio minorile e familiare: tutti fortemente sostenuti da una progettazione regionale sia sociale che sanitaria.



- Rispetto al quadro complessivo regionale, gli indici di utilizzo del servizio risultano, nell'area oste-trica e ginecologica, ancora molto disomogenei, variando da un minimo di 30 casi trattati per 1.000 donne in età fertile per l'ULSS 17, ad un massimo di 233 per l'ULSS 7, attestandosi in una media regionale di 103 casi.
- Per quanto riguarda 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 15 ad un massimo di quasi 45 per l'ULSS 4, con una media regionale di oltre 22 casi ogni 1.000 donne.
- Tutte le ULSS si caratterizzano per una incidenza di casi per prestazioni di tipo psicologico e sociale inferiore a quella per prestazioni ostetriche e ginecologiche.

- Le équipe con il più alto carico lavorativo risultano quelle dell'Azienda ULSS 2, 7 e 15 con oltre 10.000 prestazioni effettuate nell'anno; all'opposto le équipe delle Aziende ULSS 20 e 21 non raggiungono le 2000 prestazioni annue.

Elementi di riflessione per il governo regionale

- Il consultorio familiare si attesta ancora nella Regione del Veneto come un osservatorio privilegiato proprio delle strutture familiari e delle sue problematiche: segue la famiglia in tutte le sue fasi del ciclo della vita dell'individuo.
- La tipologia di utenza, della domanda e degli interventi consultoriale appare perciò molto variegata e va dalla diagnosi e cura ginecologica, psicologica e diagnosi e presa in carico sociale alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria con attività educative. In particolare, la L n. 476/98 che ratifica la Convenzione Internazionale dell'Aja del 1993, sulla protezione dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, ha fatto espandere l'attività dei CF in materia di adozione e affidi preadottivi.
- A riguardo, la Direzione dei Servizi Sociali della Regione del Veneto ha effettuato una ricognizione sul percorso adottivo delle coppie che desiderano adottare e sui processi di intervento da parte dei Consulenti Familiari in materia di adozione nazionale internazionale. Tale ricognizione ha evidenziato la presenza di un'eterogeneità diffusa nell'approccio metodologico all'adozione con punte di eccellenza per la qualità degli interventi durante il percorso adottivo ed ha rilevato la necessità di un intervento formativo finalizzato ad una maggiore estensione di tale eccellenza per una risposta sempre più qualificata all'adozione ed alle sue problematiche a favore del benessere futuro della neo famiglia adottiva. Una serie di azioni, deliberate con DGR n.712 del 23.03.01 dalla Giunta Regionale del Veneto in attuazione della legge 476/98, sono già state avviate; in particolare un gruppo di lavoro interistituzionale incaricato di elaborare un protocollo operativo che specifichi i ruoli e le competenze dei soggetti coinvolti e un progetto esecutivo per il collegamento informatico previsto ai fini di una più efficiente risposta delle istituzioni ai cittadini. Inoltre, la raccolta dei dati permetterà il monitoraggio dell'andamento dell'adozione nazionale ed internazionale nelle varie fasi e la validazione periodica delle linee guida regionali, identificando i rischi di fallimento adottivo e nuovi elementi emergenti sia sul piano organizzativo-gestionale che sul piano psicologico e sociale. Concretizzare le azioni individuate a proposito, significa non solo dare attuazione agli adempimenti legislativi ma anche riconoscere i profondi significati psicologici e sociologici dell'adozione internazionale. Significa, dunque, promuovere una maggiore tutela dei diritti del bambino straniero adottato, i cui interessi devono essere al centro di tutto il procedimento; significa inoltre sostenere la famiglia nella sua difficile funzione genitoriale, ma significa anche offrire interventi altamente qualificati attraverso una formazione specifica degli operatori sociali e sanitari che lavorano in tale ambito ai quali va il nostro riconoscimento per l'impegno costante dimostrato nel lavoro quotidiano.
- Altre aree di intervento dei CF in espansione riguardano:
 - la neogenitorialità dal concepimento al primo anno di vita;
 - la richiesta di IVG nelle donne di recente immigrazione;
 - la trascuratezza, il maltrattamento e l'abuso dei minori;
 - la conflittualità di coppia e le separazioni.
- Il coinvolgimento massiccio di psicologi ed assistenti sociali in situazioni problematiche già connotate dalla presenza di danno per il minore, implica un disinvestimento di risorse in altre attività consultoriali finalizzate a rilevare precocemente il disagio nella funzione genitoriale e ad offrire interventi e supporti a favore dell'evoluzione della crisi, prevenendo l'emergenza e quindi l'intervento degli organi giudiziari.
- L'esperienza va nella direzione di un Servizio indirizzato alla risposta dei bisogni non più solo della donna e del bambino (in una specifica fascia d'età), ma sempre più della coppia e della famiglia. Con il "Programma settoriale relativo all'assistenza territoriale" previsto dall'art. 13 della LR n. 5/96 (PSSR 1996/1998), in accordo con la normativa nazionale in materia di Distretti (DLvo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni), approvato con DGR n. 3242 del 30 novembre 2001, la Regione del Veneto ha confermato il Distretto come articolazione organizzativa funzionale dell'azienda sanitaria diretta a garantire l'assistenza primaria della popolazione e la realizzazione di un elevato livello di integrazione tra i servizi sanitari e socio-sanitari che corrispondono all'esigenza di intervenire sulla persona in modo globale e completo. In tale contesto organizzativo è stato perciò ricompreso il consultorio familiare come unità operativa all'interno dell'area omogenea materno infantile, età evolutiva e famiglia (infanzia, adolescenza e famiglia) le cui attività rientrano nel livello di assistenza distrettuale.

- L n. 405/75 che istituisce il consultorio materno infantile soprattutto per tutelare la salute della madre e del bambino.
- L n. 184/1983, in tema di adozione di minori stranieri.
- DM della Sanità 24.4.2000 “Progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000”, ha ridefinito i requisiti e gli standard per i consultori familiari e il loro inserimento in rete con gli altri servizi territoriali
- L n. 476/98 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale” che introduce cambiamenti nei procedimenti di adozione internazionale finora adottati. Si radica su principi generali contenuti nella Convenzione dell'Aja del 1993 in materia di adozione internazionale e nelle nostre leggi sull'adozione e cioè che ogni bambino ha diritto di essere amato e di crescere nella propria famiglia e quando risulta solo e senza nessuno che possa prendersi cura di lui, nel suo stesso paese di origine, allora ha diritto ad una nuova famiglia adottiva. Tale legge comporta una sostanziale revisione culturale e organizzativa, sia per la coppia aspirante all'adozione che per tutti i soggetti coinvolti nel percorso adottivo, quali il Tribunale per i Minorenni, i Consultori Familiari, gli Enti Autorizzati. Essa introduce tra le novità l'obbligo per le coppie che hanno ottenuto l'idoneità all'adozione internazionale dal Tribunale per i Minorenni di rivolgersi agli Enti Autorizzati, iscritti in apposito Albo Nazionale, redatto dalla Commissione per le Adozioni Internazionali presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri (art. 31, comma 1) e altre significative innovazioni che consistono nella collaborazione ed integrazione tra i servizi preposti all'adozione e gli Enti Autorizzati che si occupano di adozioni internazionali, sia nella fase di informazione e preparazione delle coppie aspiranti all'adozione (art. 29 bis comma 4) che nella fase post-adottiva (art. 34 comma 2). In particolare, la suddetta legge all'art. 29 bis, comma 4) prevede che i servizi preposti all'adozione siano tenuti a svolgere “la valutazione degli aspiranti genitori adottivi ai fini della relazione al TM” ed all'art. 39 bis stabilisce che le Regioni nell'ambito delle loro competenze:
 - a) concorrono a sviluppare una rete di servizi in grado di svolgere i compiti previsti dalla legge;
 - b) vigilano sul funzionamento delle strutture e dei servizi che operano nel territorio per l'Adozione internazionale, al fine di garantire livelli adeguati di intervento;
 - c) promuovono la definizione di protocolli operativi e convenzioni tra enti autorizzati e servizi, nonché forme stabili di collegamento tra gli stessi e gli Organi Giudiziari minorili.

- LR n. 28/77 istitutiva del Consultorio Familiare come un servizio ad alta integrazione socio-sanitaria, con personale sociale e sanitario organizzato in équipe, con funzione di risposta a problematiche sociali e sanitarie espresse dall'area materna, femminile e familiare in genere.
- RR n. 2/77 “Regolamento per la disciplina dei corsi periodici di formazione e di aggiornamento obbligatorio per consulenti familiari e operatori consultoriali”.
- DGR n. 3280/97 “Attività di formazione e ricerca sui servizi Consultoriali Familiari nell'attuale realtà regionale”, la Regione Veneto ha avviato un progetto di studio e ricerca sui CF attivi nel territorio regionale.
- DGR n.3702 del 24.11.2000 “Attivazione del sistema integrato degli Osservatori regionali per la sicurezza sociale”.
- DGR n. 4197 del 22.12.2000 “Piano d'intervento regionale per l'infanzia e adolescenza e incarico all'Osservatorio regionale per l'infanzia e adolescenza dell'ULSS N. 3 di Bassano del Grappa dell'organizzazione correlata all'art. 2, comma 2, della ls n. 285/1997, relativa alla formazione e monitoraggio dei progetti inseriti nei piani triennali area minori”.
- DGR n. 1446 del 8.6.2001 “Approvazione piano formativo regionale biennale per operatori dell'area infanzia - adolescenza di cui alla ls n. 285/1997 - ls n. 476/1998 - ls n. 269/1998 - lr n. 41/1997 art. 17”.
- DGR n. 1445 del 8.6.2001 “Abuso e sfruttamento sessuale: interventi a tutela e promozione della persona”. Nucleo tecnico scientifico (lr n. 41/1997).
- DGR n. 712 del 23.03.2001 - Attuazione regionale ls n. 476/1998. “Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale”, fatta a l'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla ls n. 184/1983, in tema di adozione di minori stranieri. In particolare, con tale atto deliberativo la Giunta Regionale del Veneto ha avviato le seguenti azioni:
 - a) l'individuazione in un primo periodo di applicazione della legge di 26 Equipes Adozioni Consultori Familiari nell'ambito delle 21 ULSS della Regione del Veneto, che dedichino parte del loro orario settimanale di lavoro consultoriale esclusivamente all'adozione nazionale ed internazionale. L'Equipe Adozioni Consultori Familiari sarà costituita da un minimo di numero 2 assistenti sociali e numero 2 psicologi. L'individuazione delle 26 Equipes è stata determinata tenendo conto del numero di équipes consultoriali, del numero di domande di adozioni presentate dalle coppie al Tribunale per i Minorenni di Venezia e del numero di famiglie residenti nel territorio delle singole ULSS. Si è ritenuto inoltre necessario individuare all'interno delle ULSS capoluogo

di provincia un referente, per un totale di n. 7 referenti provinciali, con funzioni di raccordo fra le iniziative attuate dalle singole ULSS della stessa provincia, di calendarizzazione dei corsi di informazione e sensibilizzazione delle coppie aspiranti all'adozione e di collegamento con la Regione del Veneto, il Tribunale per i Minorenni e gli Enti Autorizzati. L'individuazione di un referente per ogni ambito provinciale sarà effettuata all'interno di ogni ULSS capoluogo di provincia fra gli operatori delle Equipes Adozioni Consultori Familiari;

b) la produzione e la diffusione di una guida regionale per la famiglia sull'adozione internazionale e nazionale e sulle forme di solidarietà nei confronti dei bambini in difficoltà e le loro famiglie. Le Equipes Adozioni Consultori Familiari delle ULSS in collaborazione con gli Enti Autorizzati attiveranno corsi periodici di informazione e sensibilizzazione sull'adozione nazionale ed internazionale per gli aspiranti genitori adottivi al fine di un approfondimento sulle problematiche relative all'adozione e di una preliminare conoscenza sull'adozione internazionale e sulle relative procedure, sugli Enti autorizzati e sulle forme di solidarietà nei confronti dei minori in difficoltà;

c) l'attivazione di un percorso formativo delle Equipes dei Consultori Familiari sull'adozione, sui contenuti delle diverse fasi del nuovo percorso internazionale, sulle linee guida, al fine di offrire un qualificato intervento di supporto alle neo famiglie adottive ed equità ed omogeneità di offerta di intervento.

d) l'adozione di un sistema informatico che consenta un sistema efficiente di comunicazione tra le Equipes Adozioni Consultori Familiari, il Tribunale per i Minorenni, gli Enti Autorizzati e la Commissione per le Adozioni Internazionali ed inoltre che avvii una raccolta di dati sulle adozioni.

- DGR n. 3242 del 30.11.2001 "Programma settoriale relativo all'assistenza territoriale (PSSR 1996/1998). Approvazione definitiva (lr n. 5/1996 art. 13)", 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 e, tra le "Unità Operative Distrettuali", è stata evidenziata all'interno dell'area Materno Infantile, l'unità operativa Consultorio Familiare (CF).

fonti

- Regione Veneto:
 - Direzione Servizi Sociali - Servizio Famiglia
 - Osservatorio Regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza c/o Azienda ULSS 3

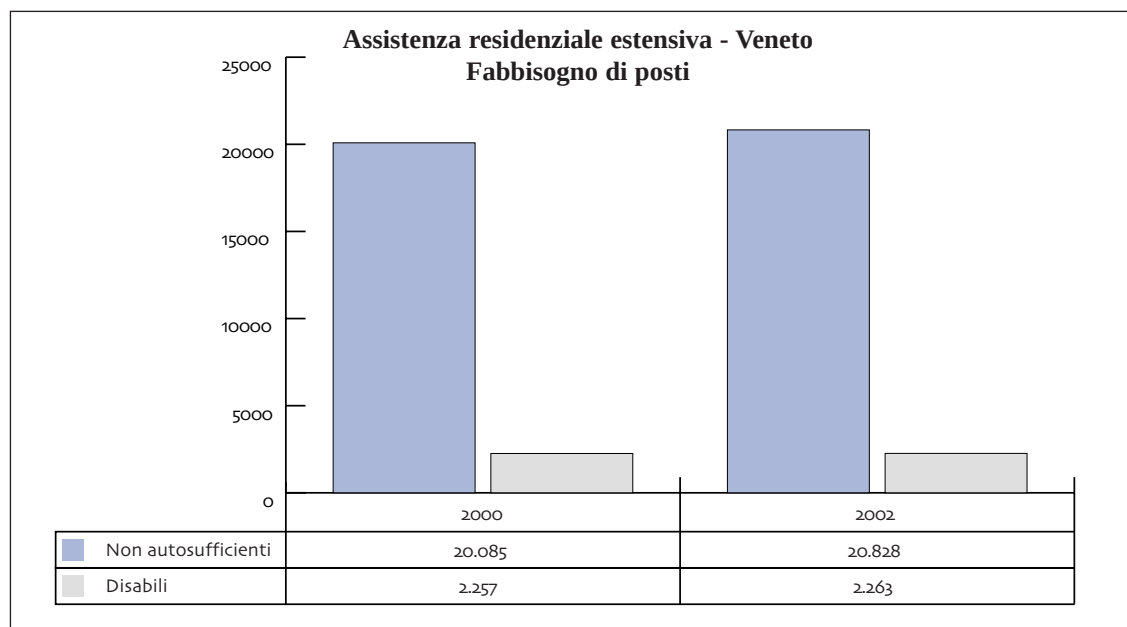
tavole in allegato

- TAVOLA 4.7.1, TAVOLA 4.7.2, TAVOLA.4.7.3, TAVOLA.4.7.4, TAVOLA.4.7.5, TAVOLA.4.7.6

FONTI

TAVOLE

Fenomeni di maggior rilevanza / interesse

ASSISTENZA
RESIDENZIALE
ESTENSIVA
Quadro regionale**Assistenza residenziale estensiva - Veneto**
Accreditabilità e dotazione di posti (DGR n. 751/00)

		NON AUTOSUFFICIENTI (anziani e < 65 anni)		DISABILI	
		Al 31.12.2001		Al 31.12.2001	
Posti autorizzati attivi (con contributo a carico del SSR)					
- Totali	n.	20.273		1.684	
di cui:					
- Intensità media	n.	3.318		1.684	
- Intensità ridotta e minima	n.	16.955			
Posti accreditabili		2000	2002	2000	2002
- Totali	n.	22.098	22.910	2.257	2.263
di cui:					
- Intensità media	n.	5.525	6.186	2.257	2.263
- Intensità ridotta e minima	n.	16.573	16.724		
Differenze posti autorizzati attivi vs posti accreditabili		2000	2002	2000	2002
- Posti totali	v.a.	- 1.825	- 2.637	- 573	- 579
	%	- 8,3	- 11,5	- 25,4	- 25,6
- Posti intensità media	v.a.	- 2.207	- 2.868	- 573	- 579
	%	- 39,9	- 46,4	- 25,4	- 25,6
- Posti intensità minima e ridotta	v.a.	382	231		
	%	1,7	1,0		

- Il fabbisogno di posti, riportato in tabella, è stato stimato, con riferimento agli anni 2000 e 2002, rispettivamente per:
 - non autosufficienti: anziani e soggetti di età inferiore ai 65 anni con non autosufficienza generica, in genere connessa a polipatologie;

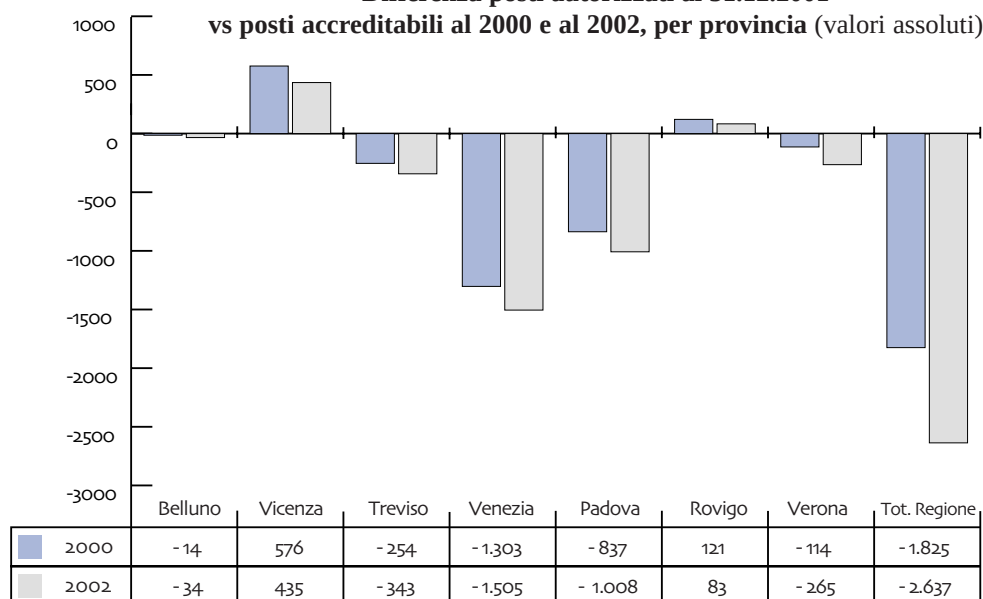
- disabili non assistibili a domicilio (menomazioni e disabilità specifiche).

La stima è stata effettuata sulla base dei seguenti criteri:

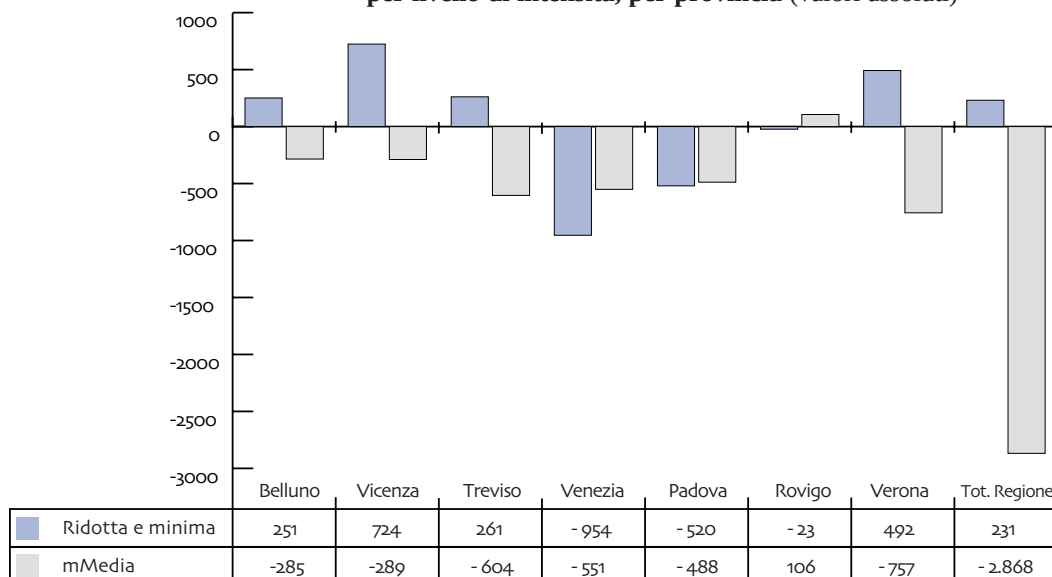
- per anziani non autosufficienti: 1% della popolazione compresa fra 65 e 74 anni e 4% della popolazione con 75 anni e oltre;
- per non autosufficienti di età inferiore ai 65 anni: 10% del fabbisogno della cifra stimata al punto precedente;
- per disabili: in mancanza di valutazioni epidemiologiche affidabili, sono stati considerati come validi i dati sulla domanda soddisfatta, che corrispondono ad un indice pari a 0,5 per 1.000 abitanti.
- Nel complesso la dotazione di posti risulta sottodimensionata, rispetto alle previsioni di accreditabilità, sia per i non autosufficienti che per i disabili, con una carenza globale di oltre 3.000 posti.
- Per i posti per non autosufficienti, però, il sottodimensionamento riguarda esclusivamente il livello medio di intensità assistenziale, mentre per i livelli ridotto e minimo risulta un lieve eccesso.
- In Regione, oltre alla dotazione riportata nella tabella e nel grafico precedenti, sono attivi altri 1.960 posti con contributo a carico del SSR, ma che non rientrano nella dotazione programmata con DGR n. 751/00 sulla base del fabbisogno; tali posti sono così suddivisi:
 - 989 posti in RSA ex Ospedale Psichiatrico
 - 537 posti in Istituti religiosi riservati a religiosi
 - 434 posti per disabili in residenze collettive (< 20 posti).
- Forti squilibri nella distribuzione dei posti all'interno del territorio regionale, sia per i non autosufficienti che

Assistenza residenziale estensiva per non autosufficienti - Veneto Differenza posti autorizzati al 31.12.2001

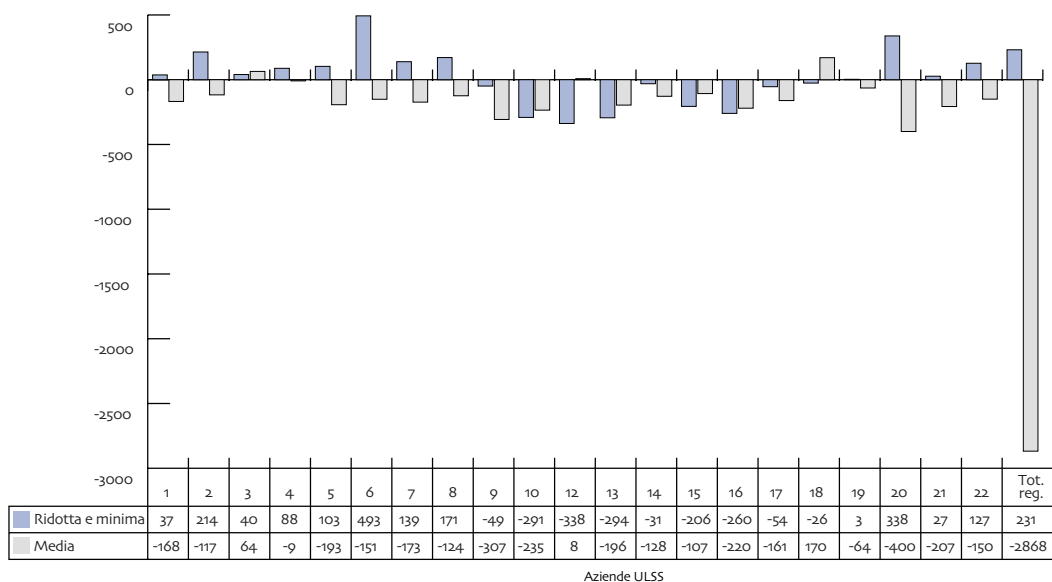
vs posti accreditabili al 2000 e al 2002, per provincia (valori assoluti)



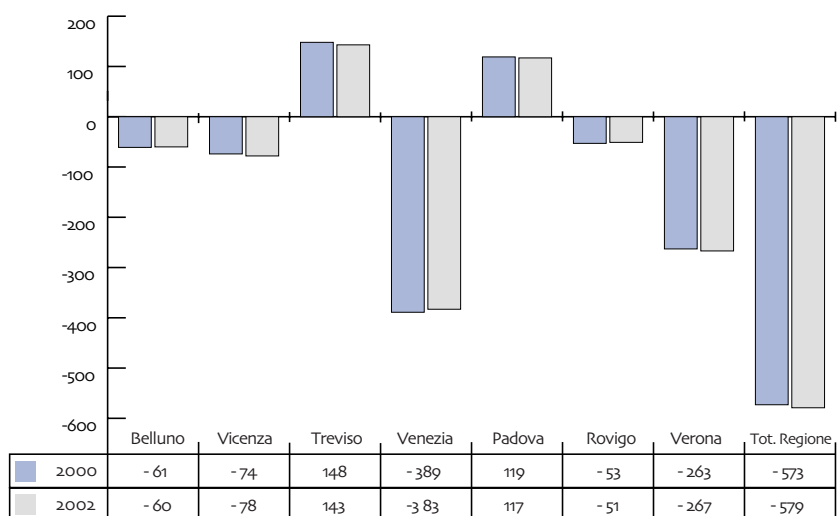
Assistenza residenziale estensiva per non autosufficienti - Veneto Differenza posti autorizzati al 31.12.2001 vs posti accreditabili per livello di intensità, per provincia (valori assoluti)



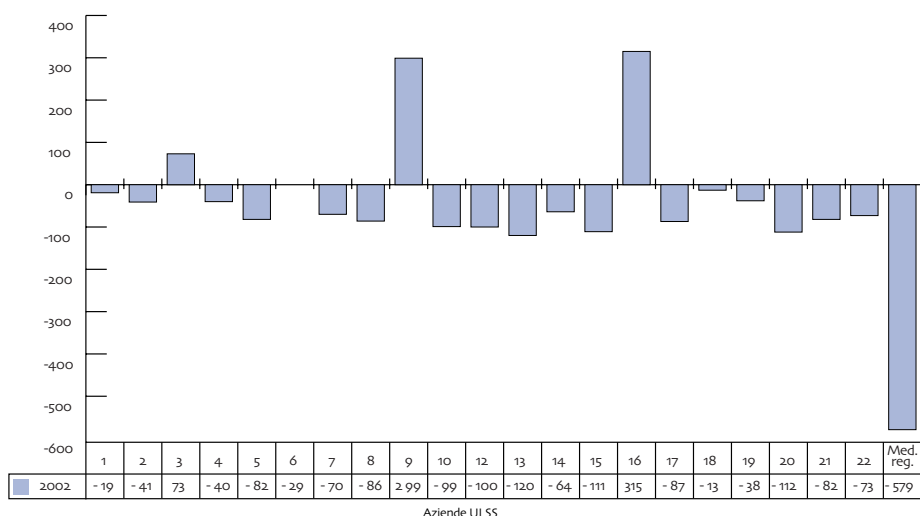
Assistenza residenziale estensiva per non autosufficienti - Veneto
Differenza posti autorizzati al 31.12.2001 vs posti accreditabili al 2002
per livello di intensità, per ULSS (valori assoluti)



Assistenza residenziale estensiva per disabili - Veneto
Differenza posti autorizzati al 31.12.2001 vs posti accreditabili
al 2000 e al 2002, per provincia (valori assoluti)



Assistenza residenziale estensiva per disabili - Veneto
Differenza posti autorizzati al 31.12.2001
vs posti accreditabili al 2002, per ULSS (valori assoluti)



per i disabili; in particolare le situazioni più anomale rispetto alla programmazione sono:

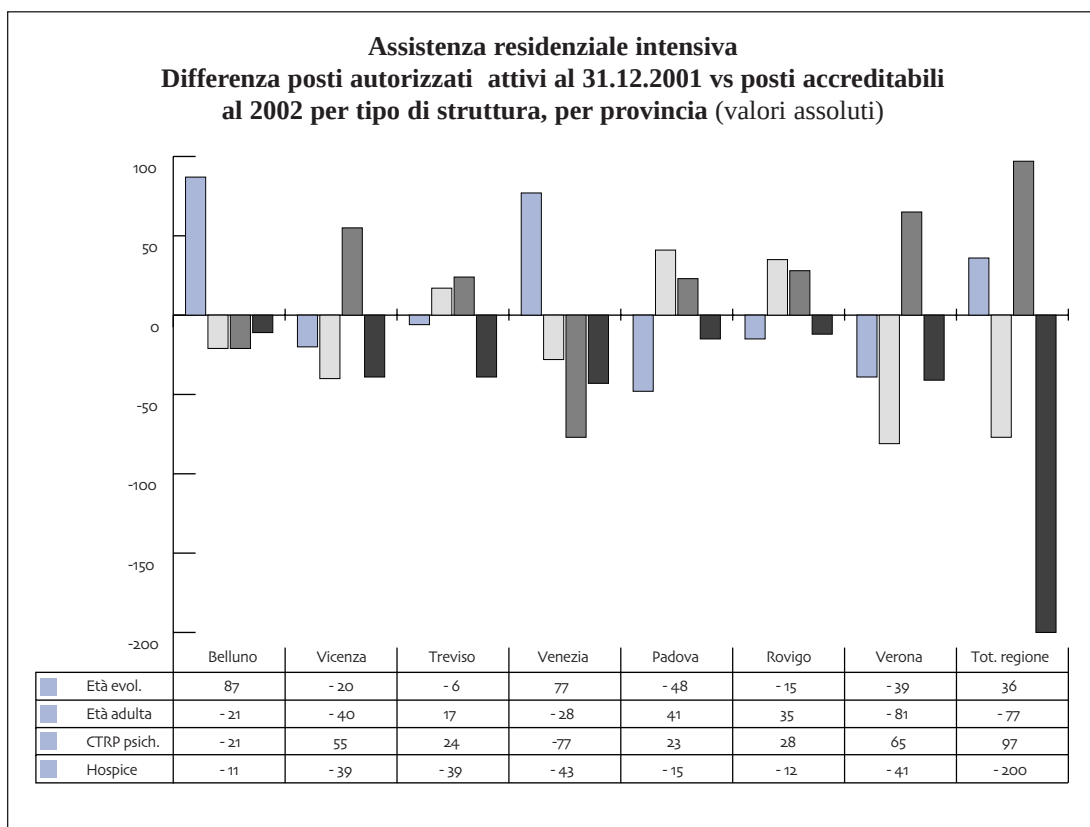
- con riferimento ai posti per non autosufficienti: la provincia di Vicenza con posti in notevole eccesso, tutto concentrato nell'ULSS 6, e all'opposto le province di Venezia e di Padova con forti carenze di posti, distribuite in tutte le ULSS, in particolare nelle ULSS 10, 13 e 16.

Le ULSS 3 e 18 sono le uniche con posti di intensità media in eccesso, mentre tutte le altre risultano carenti.

- Con riferimento ai posti per disabili: le province di Treviso e di Padova con posti in eccesso, concentrato rispettivamente nelle ULSS 9 e 16, e tutte le altre province con carenze, concentrate prevalentemente nelle province di Venezia e di Verona, che interessano in misura omogenea tutte le corrispondenti ULSS.

Assistenza residenziale intensiva - Accredibilità e dotazione di posti

	N. POSTI AUTORIZZATI ATTIVATI	N. POSTI ACCREDITABILI		DIFFERENZA POSTI AUTORIZZATI ATTIVATI VS POSTI ACCREDITABILI			
	al 31.12.1999	2000	2002	2000		2002	
				v.a.	%	v.a.	%
- Totali	1.526	1.660	1.670	- 134	- 8,1	- 144	- 8,6
di cui:							
- Per età evolutiva	307	270	271	37	13,7	36	13,3
- Per età adulta	373	449	450	- 76	- 16,9	- 77	- 17,1
- CTRP psichiatriche	821	715	724	106	14,8	97	13,4
- Hospice	25	226	225	- 201	- 88,9	- 200	- 88,9



- Escludendo gli Hospice, struttura di recente introduzione nella programmazione regionale e quindi ancora in fase di sperimentazione, per tutte le altre tipologie di strutture i disallineamenti osservati rispetto alla programmazione non appaiono preoccupanti: in termini assoluti, infatti, si tratta di valori contenuti. Va precisato anche che per quanto riguarda le CTRP psichiatriche il dato riportato è comprensivo dei posti in strutture private convenzionate (241 posti totali di cui 183 a direzione tecnica del DSM).
- La distribuzione all'interno del territorio regionale è in generale fortemente squilibrata; in particolare si segnala che alcune tipologie di strutture non sono presenti in tutte le province: nelle province di Padova e Rovigo non risultano posti residenziali di riabilitazione intensiva extraospedaliera per l'età evolutiva e in quelle di Belluno e di Verona mancano posti analoghi per l'età adulta. Tutti i posti che risultano attivati sono concentrati nella provincia di Padova. Per l'analisi relativa alla dotazione di posti in CTRP psichiatriche si rimanda al capitolo 4.11 - Assistenza a malati psichiatrici.

Sulla organizzazione dei servizi di assistenza riabilitativa semiresidenziale a disabili i fenomeni più rilevanti sono:

- nel complesso la rete dei CEOD presenti in regione (226) appare adeguata rispetto allo standard di 1 centro ogni 20.000 residenti indicato dal Regolamento Regionale n. 8/84;
- si tratta di servizi a prevalente gestione privata (153 su 226), in particolare cooperative, ma che vedono un progressivo maggiore impegno delle Aziende ULSS nella gestione diretta;
- a livello territoriale permangono pesanti squilibri in termini sia di dotazione di strutture, con una situazione di particolare carenza che interessa tutta la zona sud-orientale della regione (ULSS 14, 18 e 19), sia di utilizzo del servizio, con indici molto bassi nelle province di Rovigo e, in parte, Venezia e Belluno;
- le forti disomogeneità territoriali, oltre a quelle di tipo organizzativo (prevalenza di strutture con capacità ricettiva ridotta ed estrema variabilità delle rette) richiedono un tempestivo intervento di riordino in materia, al fine di garantire condizioni più eque di accesso e di appropriatezza su tutto il territorio regionale.

Elementi di riflessione per il governo regionale

Nell'area dell'assistenza residenziale si possono individuare le seguenti priorità per la programmazione regionale:

- Mantenimento sotto stretto vincolo di programmazione regionale di tutto il settore per assicurare coerenza tra offerta strutturale, offerta di prestazioni a carico del Fondo Sanitario Regionale e disponibilità finanziarie determinate in sede di bilancio regionale
- Diversificazione dei profili assistenziali ed il correlato sistema di remunerazione, in modo da consentire modalità di risposte assistenziali flessibili in grado di assorbire gli specifici incrementi di domanda connessi sia al mutando quadro demografico sia alla riduzione dell'offerta ospedaliera. In particolare va valutata la possibilità di prevedere che una quota consistente delle attuali strutture definite a intensità ridotta e minima venga riclassificata in struttura residenziale a prevalente componente socio assistenziale pur se con prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e correlato onere a carico del Fondo Sanitario Regionale.
- Attuazione di iniziative per la verifica di appropriatezza.
- Consolidamento del flusso informativo sui cicli di residenzialità che deve acquistare gli stessi caratteri di totale copertura e di completezza e buona qualità dei dati già positivamente sperimentati nel flusso delle SDO. A tal proposito risulta fondamentale l'asestamento dell'anagrafe delle strutture autorizzate ed accreditate con l'attribuzione del relativo codice unico identificativo.
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare e delle altre forme di intervento territoriale in grado di prevenire richieste di residenzialità non appropriate. Al riguardo appare utile prevedere l'allargamento a tutta le residenzialità dell'approccio previsto per gli hospice in base al quale l'attivazione di una struttura residenziale (o l'incremento di nuovi posti letto in un dato ambito territoriale) è possibile solo a condizione che si sia raggiunta una determinata soglia di copertura del programma di assistenza domiciliare integrata.
- Definizione, anche mediante accordi e convenzioni promossi direttamente dalla Regione, possibilità di utilizzare le opportunità previste dalla nuova normativa in materia di fondi integrativi, per strutture e risposte aggiuntive ai livelli essenziali di assistenza.

Normativa

- Provvedimento pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 124 del 30.05.1998 - "Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione".
- DPCM 14 febbraio 2001 - "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazione socio-sanitarie". Costituisce lo schema di riferimento concettuale per l'attuazione dell'Integrazione socio-sanitaria (DLvo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, art. 3-septies).
- DPCM 29 novembre 2001 - "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", allegato 1C - Area integrazione socio-sanitaria.
- DPCM 21 maggio 2001, n. 308 - "Regolamento concernente i requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'art. 11 della L. n. 328/00".
- DGR n. 253/00 - "Atto di indirizzo e coordinamento alle Aziende ULSS e Ospedaliere per le attività ospedaliere ed extraospedaliere di riabilitazione", con cui viene recepito il provvedimento "Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione".
- DGR n. 751/00 - "Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva - LR n. 5/96 (Art. 13 co. 3 - Art.17) - PSSR 1996-1998" e DGR n. 752/00 - "Direttive in materia di assistenza residenziale extraospedaliera estensiva in attuazione della DGR n. 751/00". Sono i documenti di programmazione strutturale / assistenziale della residenzialità extraospedaliera per anziani non autosuf-

Normativa
nazionale

Normativa
regionale

ficienti, disabili, altre persone con disabilità modificabile in età evolutiva ed adulta, pazienti psichiatrici e terminali.

- DGR n. 2313/00 - “Residenzialità extraospedaliera. Trasferimento quote dal FSR a favore delle ULSS con vincolo di destinazione a vantaggio dei soggetti erogatori”.
- DGR n. 2537/00 - “Progetto Grandi Strutture. Procedure attuative e di individuazione delle istituzioni interessate ai sensi e per effetti della DGR n. 751/00, punto 1.3.4”.
- DGR n. 3572/00 - “Residenzialità a favore di persone disabili. Autorizzazione alle ULSS spese per anni 1999-2000”. Indica le quote a carico del SSR per le strutture per disabili di piccole dimensioni (< 20 posti) che non rientrano nel quadro programmatico delineato dalla DGR n. 751/00.
- DGR n. 4210/00 - “Processo attuativo della DGR n. 751/00”.
- DGR n. 4211/00 - “Programma di investimenti, art. 20 L 67/88. Residenzialità extraospedaliera anziani non autosufficienti e disabili”.
- DGR n. 312/01 - “Assistenza residenziale estensiva extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e disabili: applicazione per l’anno 2001 DGR n. 751/00 e DGR n. 4210/00”. Ai fini della razionalizzazione del settore prevede un incremento dei posti ad intensità assistenziale ridotta / minima per le Aziende ULSS sottoparamento e la sospensione del parere di congruità regionale sui piani attuativi locali.
- DGR n. 2208/01 - “Linee guida regionali per la definizione e la standardizzazione degli approcci assistenziali in materia di demenza senile tipo Alzheimer nelle strutture residenziali extraospedaliere (DGR n. 1404/00 punto 3, comma 4)”.
- DGR n. 2209/01 - “Riconoscimento delle sezioni di assistenza per pazienti in stato vegetativo permanente ai sensi della DGR n. 702/01”.
- DGR n. 3072/01 - “Centro diurno socio-sanitario per anziani: linee guida per il funzionamento”.
- DGR n. 2227/02 - “DPCM 29 novembre 2001 - Definizione dei livelli essenziali di assistenza - Disposizioni applicative. Secondo provvedimento”, allegato n. 5 - Area integrazione socio-sanitaria.

FONTI

fonti

- Regione Veneto:
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Servizio per le Attività Distrettuali - Flusso informativo sugli Istituti ex art. 26 Legge n. 833/78
 - Direzione Servizi Sociali - Servizio per l'Integrazione Sociale - Flusso informativo sui CEOD
 - Direzione Risorse Socio-Sanitarie - Servizio Sistema Informativo Socio-Sanitario e Tecnologie Informatiche
 - Flusso Informativo “Assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera”

TAVOLE

tavole in allegato

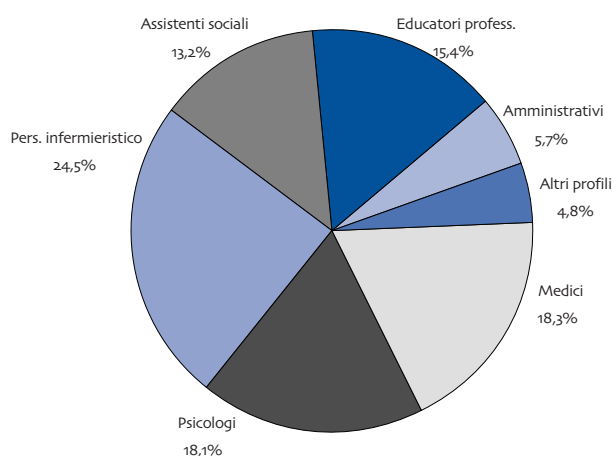
- TAVOLA 4.8.1, TAVOLA 4.8.2, TAVOLA 4.8.3, TAVOLA 4.8.4

Fenomeni di maggior rilevanza / interesse

Il sistema delle tossicodipendenze in Veneto - Anno 2001

- SerT	n.	38
- Comunità terapeutiche	n.	43 (di cui 8 pubbliche)
- Sezioni carcerarie per tossicodipendenti	n.	10 (di cui 1 femminile)
- Centri alcolologici multimodali	n.	16
- Gruppi di auto-aiuto (settore alcolologico)	n.	684
- Associazioni di volontariato	n.	105

SerT - Veneto - Anno 2001
% operatori equivalenti per profilo professionale



Il sistema di contrasto alle dipendenze nella Regione del Veneto è molto ampio e articolato e si estende anche alle sezioni carcerarie, coinvolgendo i gruppi di auto aiuto, nonché le associazioni di volontariato che, come è noto, in Veneto sono molto attive.

La dotazione della rete dei servizi spazia da attività di prevenzione, assistenza e cura a quella di riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo per le persone dipendenti da sostanze d'abuso e risulta coprire in media 120.000 residenti per ogni SerT, con una disponibilità in Comunità Terapeutiche di 36 posti ogni 100.000 residenti.

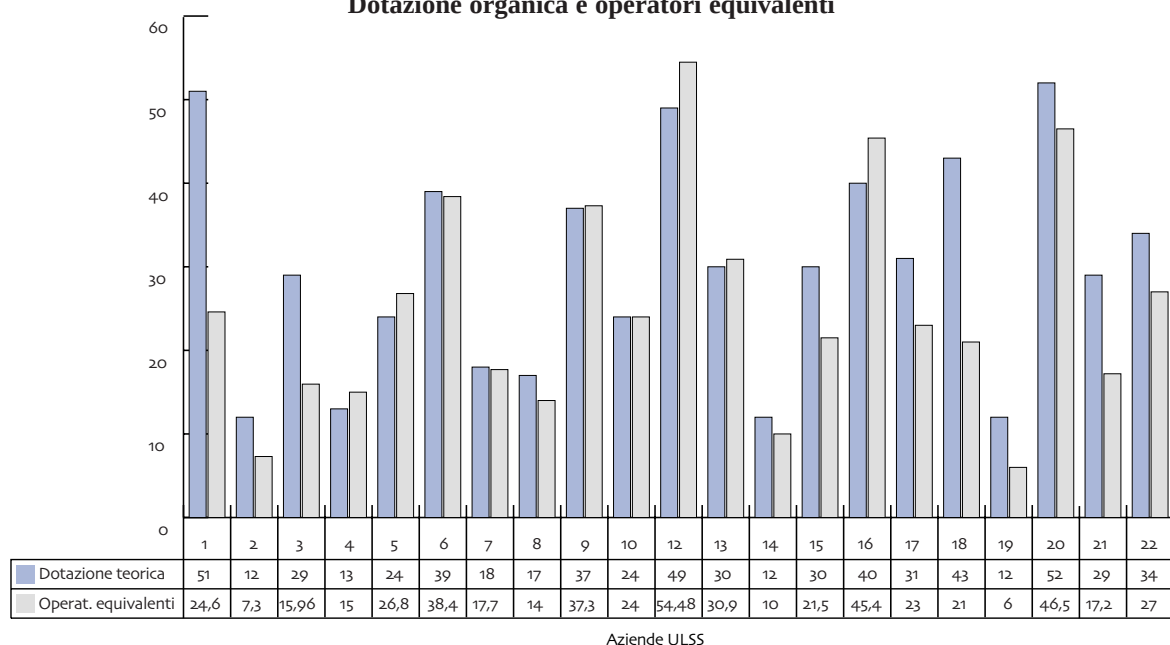
Il personale complessivo dei SerT, in termini di operatori equivalenti, risulta ancora inferiore (-102 unità) alla dotazione teorica di riferimento, fissata dalla Giunta regionale in applicazione del DM n. 444/90 in 626 unità, sebbene alla fine dell'anno 2001, il personale effettivo ammonti a 634 (+8) operatori di cui oltre l'82% con rapporto dipendente.

Ad eccezione degli infermieri (+7,1%), si osserva una sensibile carenza in tutti i profili professionali rispetto agli standard teorici regionali, rispettivamente del 34% per gli psicologi, del 31% per gli assistenti sociali, del 30,5% per gli amministrativi, del 25,5% per i medici e infine del 10,2% per gli educatori professionali.

DOTAZIONE

Quadro regionale

SerT - Veneto - Anno 2001
Dotazione organica e operatori equivalenti

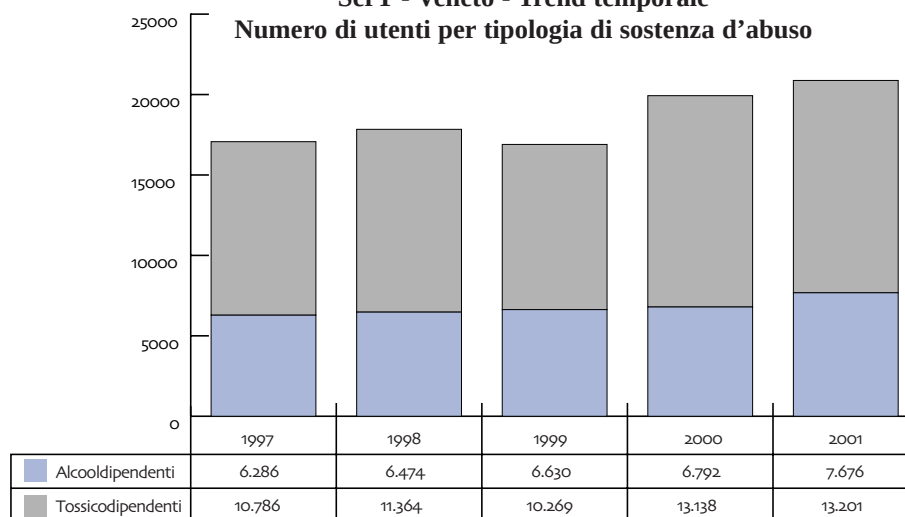


I livelli di adeguamento allo standard di personale risultano molto disomogenei all'interno del territorio regionale con situazioni di particolare criticità nelle Aziende ULSS 1, 3, 18 e 21, mentre situazioni di relativo esubero si osservano per le aziende ULSS 4, 5, 12, 13 e 16. Tale situazione riflette tuttavia situazioni di bisogno, di domanda e di offerta di servizi molto variegata e non sempre riferibili alla popolazione residente.

UTENZA E ATTIVITÀ

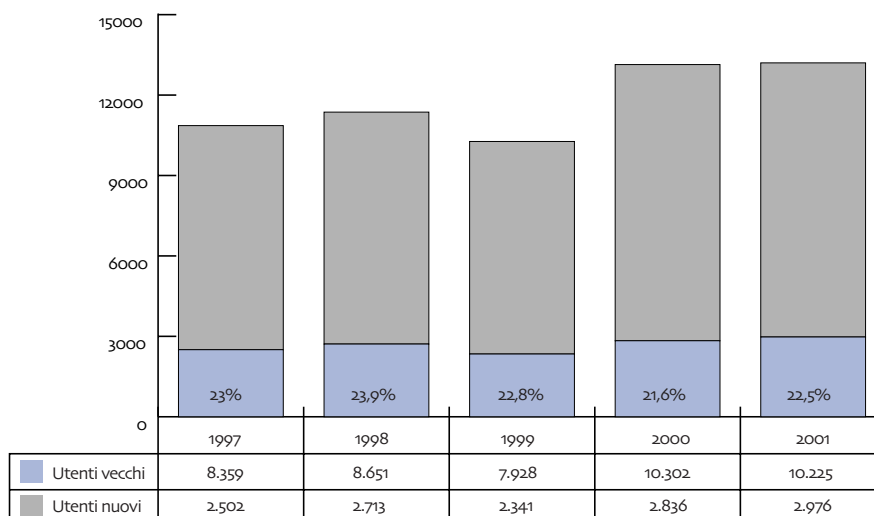
Quadro regionale

SerT - Veneto - Trend temporale
Numero di utenti per tipologia di sostanza d'abuso

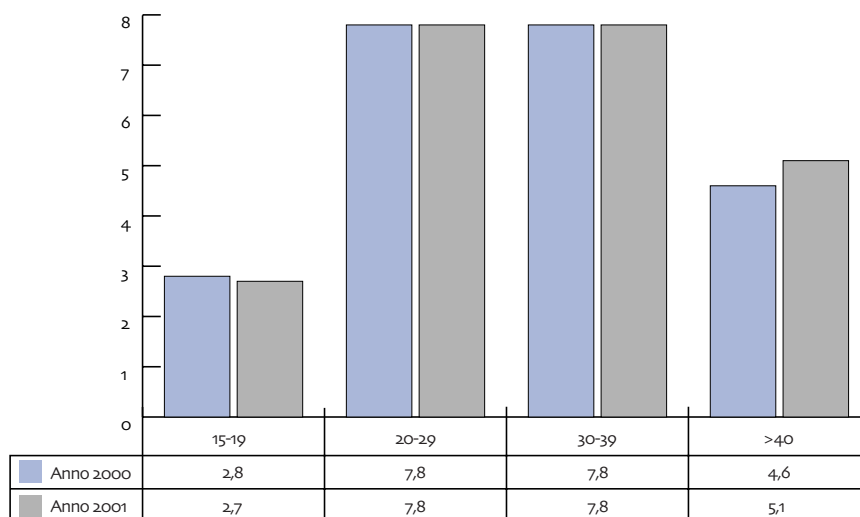


- I dati dell'utenza in carico ai SerT della Regione del Veneto, nel 2001 mostrano complessivamente un lieve aumento rispetto al 2000 (+4,2%) per un totale di oltre 20.877 utenti. Tale aumento è dovuto essenzialmente ad una crescita dell'utenza alcooldipendente che nell'ultimo anno è aumentata del 12%.
- Si conferma che la quota più consistente di utenti presi incarico dai SerT rimane quella dei tossicodipendenti (oltre il 60%)

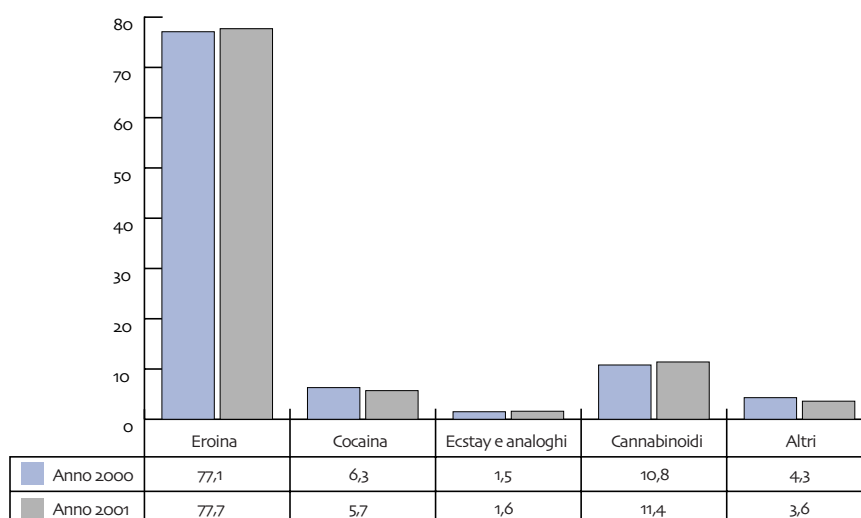
SerT - Veneto - Trend temporale del numero di utenti tossicodipendenti

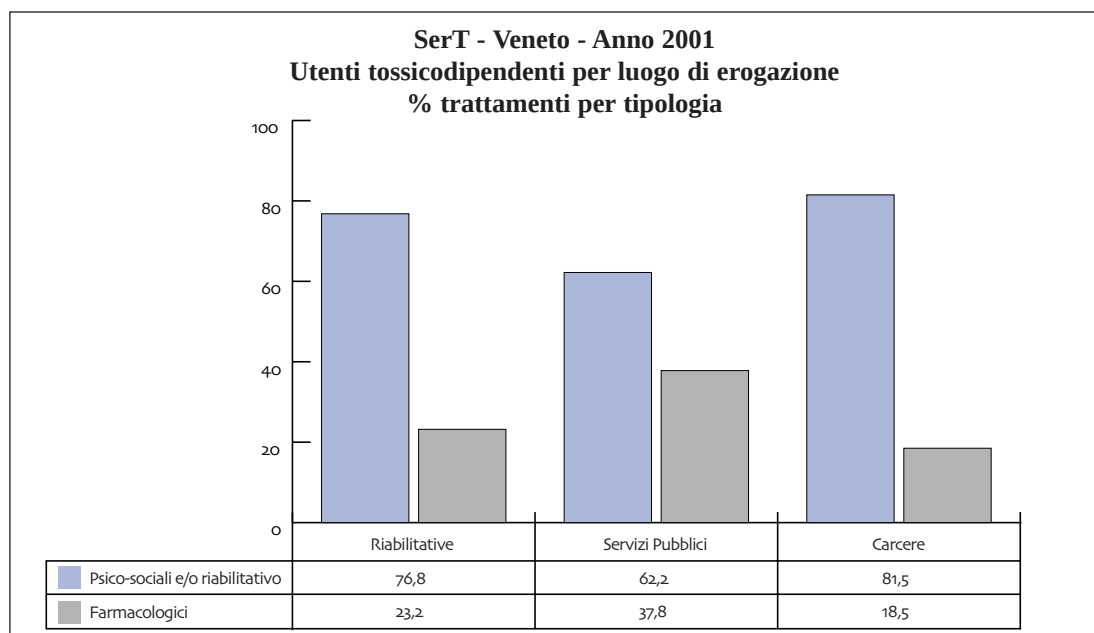


SerT - Veneto - Anni 2000 e 2001 Utenti tossicodipendenti per classi d'età - Tassi per 1.000 residenti

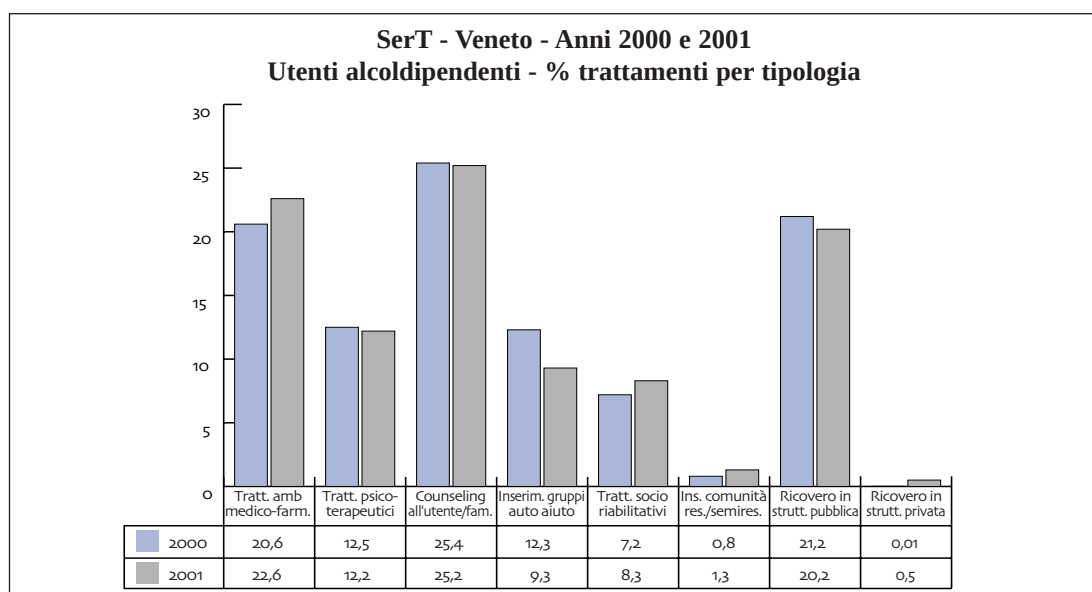


SerT - Veneto - Anno 2001 % utenti tossicodipendenti per sostanza d'abuso primaria

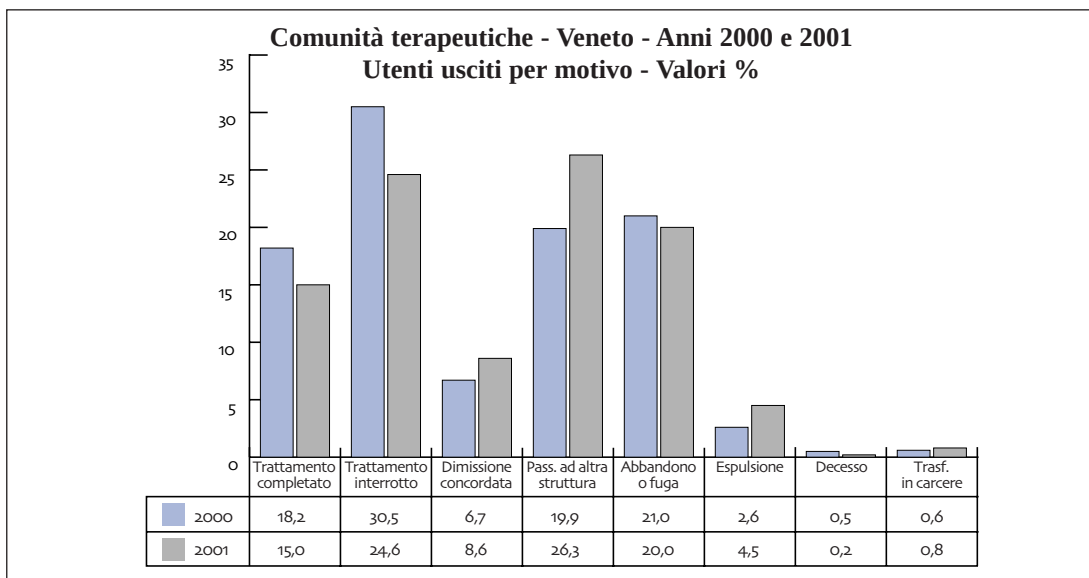
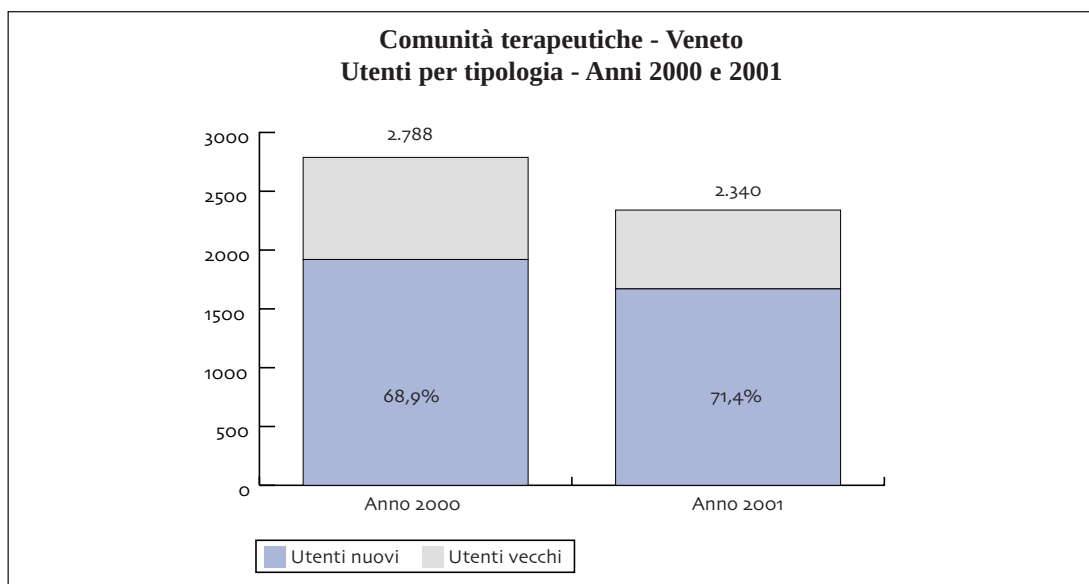




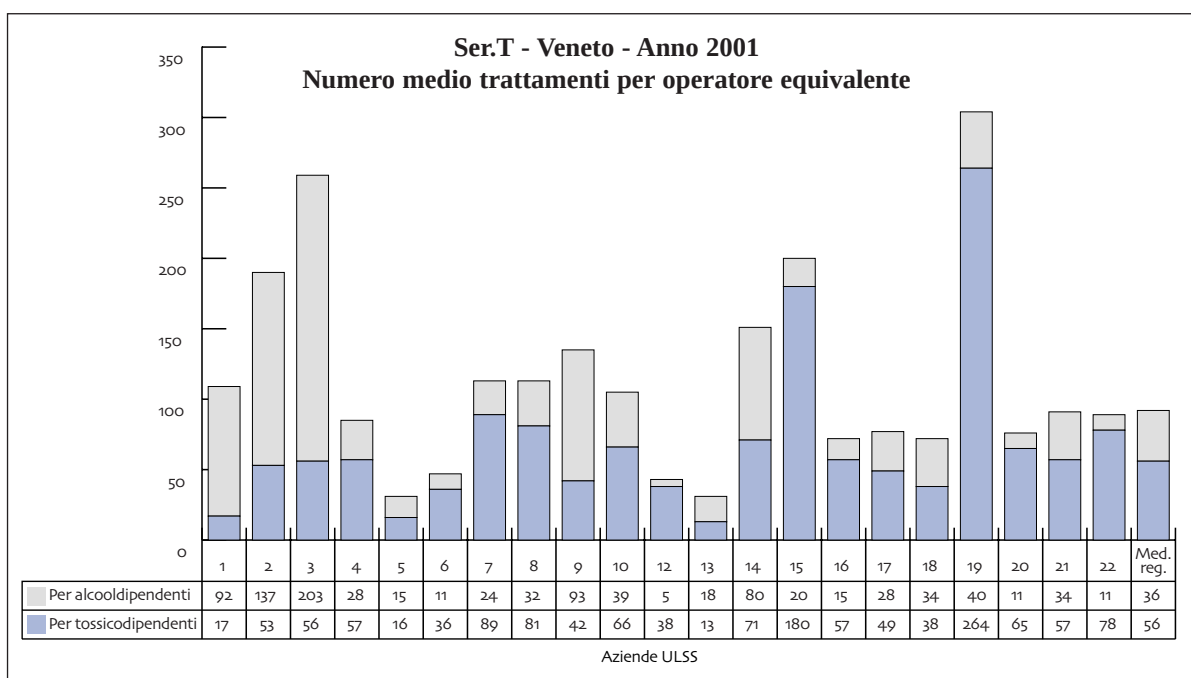
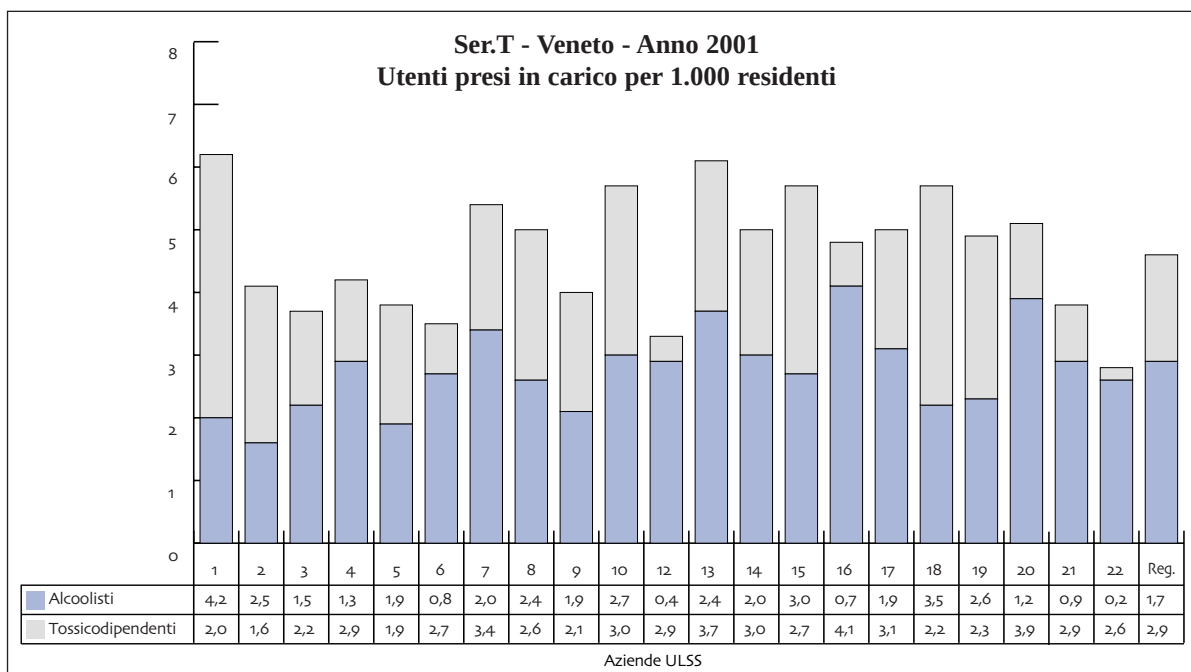
- L'indice di ricambio dell'utenza tossicodipendente, ovvero la percentuale di nuovi utenti presi in carico dai SerT, nel 2001 rimane pressoché stabile nel tempo.
- L'analisi dell'utenza tossicodipendente per sesso mostra una prevalenza di utenti maschi (quasi 85% e un tasso per 1.000 residenti maschi in età 15-44 anni pari al 11,2) anche se si rileva un leggero aumento dell'utenza tossicodipendente femminile (+ 4,4% nell'ultimo anno).
- Si osserva un certo invecchiamento degli utenti tossicodipendenti, in quanto ben il 12,8% in carico nell'anno 2001 è rappresentato da soggetti di età superiore ai 40 anni, con un tasso sulla popolazione residente nel Veneto in età 40-44 anni pari al 5 per 1.000. Non si deve tuttavia mancare di sottolineare che i soggetti di età al di sotto dei 19 anni rappresentano il 4,3% dell'utenza totale (2,7 per 1.000 residenti in età 15-19).
- I dati sull'utenza dei SerT per tipologia di sostanza d'abuso, mostrano come la sostanza d'abuso primaria rimanga l'eroina, confermando i SerT come servizi specializzati nel trattamento dell'abuso di questa sostanza psicoattiva. Si rileva però che l'11,4% dei soggetti indicano come sostanza d'abuso primaria i cannabinoidi, mentre la quota di utenti che dichiarano un consumo di ecstasy e altre sostanze analoghe, rimane bassa, stemperando così l'allarmismo sociale suscitato qualche anno fa.
- I trattamenti erogati a tossicodipendenti sono prevalentemente effettuati all'interno dei servizi pubblici (76,6%) e in modo più ridotto in strutture di tipo riabilitativo, per lo più private (14,8%) e in carcere (8,6%). Complessivamente nel 2001 sono stati effettuati dagli operatori dei SerT del Veneto 29.458 trattamenti a tossicodipendenti.
- In generale, i trattamenti psico-sociali e/o riabilitativi rappresentano la quota maggiore (66%), rispetto a quelli farmacologici, con percentuali ancora più elevate se il luogo di erogazione è una struttura di tipo riabilitativo (Comunità terapeutiche o carcere).



- Tra gli interventi psico-sociali e riabilitativi le voci più significative sono rappresentate dall'intervento di servizio sociale (22,4%) e dal sostegno psicologico (21,7%) seguiti dalla psicoterapia (12,2%) a conferma della complessità multiprofessionale degli interventi richiesti nell'area delle dipendenze; tra i trattamenti farmacologici risulta consistente la somministrazione di metadone (64,7%).
- Per quanto riguarda l'utenza alcolica in carico ai SerT che nel 2001 è stata di 7.648 unità (1,7 per 1.000 residenti, il 36,8% dell'utenza complessiva), essa è prevalentemente di sesso maschile (77,7%), di età compresa fra 40 e 60 anni (quasi il 52,5%), con problemi correlati soprattutto all'abuso di vino (69,3%) e solo in minima parte con problemi droga-correlati (4,8%); si tratta quindi di una popolazione significativamente diversa da quella tossicodipendente.
- La percentuale di nuovi utenti (38,5%) diminuisce rispetto al 2000 (43,7%), rimanendo però piuttosto elevata.
- Quasi la metà dei trattamenti erogati dai SerT del Veneto nei confronti dei pazienti alcolisti è di tipo medico e formata da trattamenti ambulatoriali medico-farmacologici (22,6%) e da ricoveri ospedalieri (20,7%).

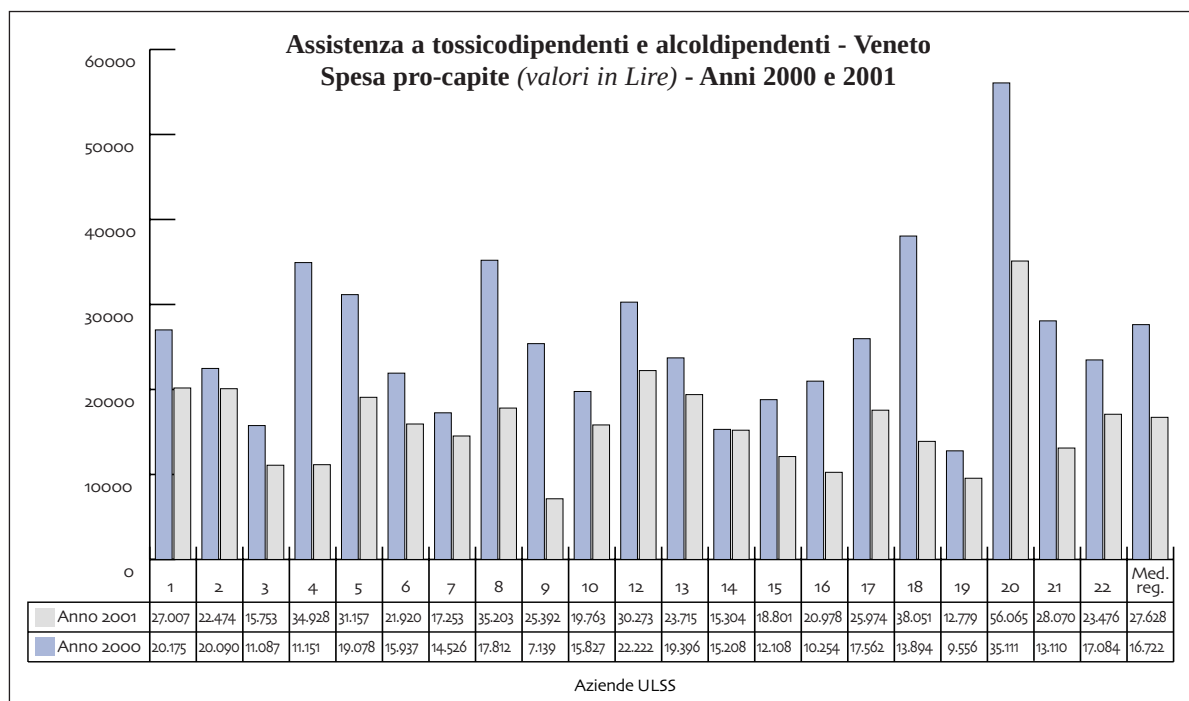


- Per quanto riguarda il livello di intervento delle Comunità Terapeutiche (di cui solo il 18% sono pubbliche), nel corso dell'anno 2001 si assiste in Veneto ad una diminuzione dell'utenza complessiva presa in carico dalle strutture venete e la percentuale di utenza tossicodipendente in regime convenzionato ammonta al 70% di quella complessivamente trattata nell'anno.
- L'indice di nuovi utenti registra però un aumento attestandosi nel 2001 oltre il 71% dell'utenza complessiva, rimanendo altresì elevata (58,7%) la percentuale di utenti con una permanenza inferiore ai sei mesi.
- Circa un quarto dell'utenza uscita nel corso del 2001 dalle CT ha interrotto il trattamento (perlopiù entro i primi sei mesi) e un altro quarto è stato trasferito ad altra struttura; inducono ad una riflessione le percentuali (in aumento nel 2001) di espulsione (nel 84,6% dei casi entro i primi sei mesi di permanenza) e di trasferimento in carcere.



- Complessivamente l'utenza è distribuita in misura piuttosto disomogenea sul territorio regionale, con la massima frequenza rilevata nelle Aziende ULSS 16 e 20 ma con tassi elevati, superiori al 5,5 per 1.000 residenti, nelle aziende ULSS 1 (6,2 per 1.000 residenti), 10, 13, 15, e 18, mentre il tasso più basso si osserva per l'Azienda ULSS 22, dove è più facile un ricorso a strutture fuori regione.
- A livello territoriale emerge una distribuzione estremamente diversificata tra le Aziende ULSS, con un numero particolarmente elevato (superiore ai 600 pazienti) di alcolisti in carico presso i SerT delle Aziende ULSS 9, 15 e 18, e un numero assolutamente esiguo (inferiore ai 150 pazienti) di alcolisti seguiti dai SerT delle Aziende ULSS 12, 21 e 22. Il tasso per 1.000 residenti indica un'elevata incidenza di alcolodipendenti anche nell'Azienda ULSS 1.
- A fronte di un carico medio regionale, complessivamente aumentato rispetto al 2000, di 40 utenti e un numero medio di 56 trattamenti per operatore equivalente, si osserva una situazione di particolare "efficienza" con un numero medio di utenti per operatore equivalente superiore a 50, nelle Aziende ULSS 7, 8, 14, 15 e 19 e un numero medio di trattamenti effettuati molto elevato anche nelle aziende ULSS 1, 2, 3 e 9. Viceversa, per le ULSS 5 e 12 il numero medio di utenti risulta inferiore a 25 e il numero medio di trattamenti per operatore equivalente inferiore a 50. Si deve, tuttavia, considerare che l'indicatore proposto prende in considerazione operatori che svolgono anche e soprattutto attività di prevenzione, attività non rilevata dalle attuali schede di rilevazione dati che si limitano invece a raccogliere informazioni sull'utenza e sui trattamenti effettuati a persone già consapevoli della gravità della propria dipendenza da sostanze.

e che si sono rivolte ai SerT. Sono, pertanto, escluse tutte quelle prestazioni progettate ed erogate dal Sistema dei servizi aziendali per le dipendenze, volte a prevenire e ad evitare l'abuso e la dipendenza.



I costi attribuiti dalle aziende ULSS del Veneto all'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale a tossicodipendenti e alcolodipendenti ammontano in media all'1% dei costi aziendali, con variazioni da un minimo di 0,4% ad un massimo di 2,1%.

Il costo medio regionale attribuito ad un residente per l'assistenza a tossicodipendenti e alcolodipendenti viene calcolata in Lire 27.628 (pari a Euro 14,27) comprensivo delle spese dei servizi generali ma non dell'assistenza ospedaliera per ricoveri per patologie alcolcorrelate o tossicodipendenti.

L'aumento che si osserva per il 2001 rispetto al 2000 è da attribuire in gran parte alla diversa contabilizzazione dei costi effettuata nella rilevazione dei dati.

Elementi di riflessione per il governo regionale

L'uso di sostanze psicoattive collegato al mercato illecito e allo sfruttamento di fasce sociali o giovanili sta assumendo proporzioni sempre più ampie e preoccupanti, soprattutto se si considera la forte diffusione che negli ultimi anni vi è stata di nuove sostanze con rituali di consumo socialmente più accettati e, assai di frequente associati ad alcol e psicofarmaci. Resta grande, inoltre, la percentuale di persone che presenta tossicodipendenza da eroina e che, ad un'analisi tecnica approfondita, appare tutt'altro che ridotta od in via di contenimento. Ad oggi, quindi, risulta molto aumentata la quota totale di persone che fa ricorso a sostanze psicoattive, con modalità di utilizzo nel tempo spesso sequenziale oltre che caratterizzate dall'uso contemporaneo di varie sostanze. Queste situazioni portano, sovente, all'instaurarsi di vere e proprie forme di dipendenza, con una lunga serie di gravi conseguenze fisiche, psichiche e sociali. Il fenomeno assume confini sempre meno delimitati. Basti pensare al notevole incremento di uso di sostanze alcoliche tra le fasce giovanili (spesso accompagnate dall'assunzione di droghe amfetaminosimili), all'aumento dell'uso non terapeutico di farmaci sedativi ed ipnotici, all'ampliamento del range dell'età di primo utilizzo e contemporaneo investimento di soggetti che iniziano ad utilizzare tali sostanze ad un'età compresa tra i 35 e i 40 anni.

Per combattere in modo efficace le nuove dipendenze e garantire livelli uniformi ed essenziali di assistenza socio-sanitaria a tutte le persone tossicodipendenti e alcolodipendenti che risiedono nel territorio regionale, la Regione del Veneto ha avviato fin dal 1997 un Sistema Integrato Preventivo Assistenziale nell'ambito delle dipendenze da sostanze d'abuso. L'organizzazione territoriale della rete di servizi pubblici e privati accreditati, è affidata al Dipartimento per le dipendenze istituito nel 1999 presso ciascuna azienda ULSS del Veneto con lo scopo di garantire una linea di continuità assistenziale che va dal primo contatto sulla strada, a prestazioni di natura preventiva, terapeutico-ambulatoriale, fino a programmi terapeutico-riabilitativi residenziali e semi-residenziali e di reinserimento sociale e lavorativo, nonché di prevenzione delle ricadute. Un'altra iniziativa per combattere le dipendenze è rappresentata dal modello avviato dalla Regione Veneto per gestire le risorse del

Fondo nazionale di intervento per la Lotta alla Droga (L. n.45/99). Ciascuna Azienda ULSS ha elaborato un “Piano triennale di intervento nell'area dipendenze”, articolato in progetti rivolti alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze stupefacenti e psicotrope, incluse quelle legali. Infine sono state potenziate le attività regionali nel settore della prevenzione con la revisione del protocollo Scuola_Regione, per quanto riguarda la prevenzione delle tossicodipendenze e la promozione della salute e l'istituzione di un gruppo tecnico consultivo sugli aspetti etici e legali delle tossicodipendenze.

I risultati raggiunti vanno ora consolidati attraverso l'implementazione integrata e coordinata:

- della Piattaforma Multifunzionale per la gestione delle unità operative del Dipartimento delle dipendenze (MFP) quale sistema di verifica e revisione della qualità, prerequisito per l'accreditamento;
- del Sistema epidemiologico regionale per l'osservazione del fenomeno delle dipendenze da sostanze d'abuso;
- del Sistema di analisi dei costi e di monitoraggio di tutte le prestazioni sociosanitarie erogate dalla rete locale dei servizi pubblici e privati accreditati per garantire i livelli uniformi di assistenza;
- del Sistema di valutazione dell'outcome dei programmi terapeutico-riabilitativi e degli interventi di prevenzione primaria realizzati dalla rete locale dei servizi pubblici e privati accreditati.

In particolare rimangono questioni aperte per lo sviluppo degli interventi di prevenzione delle dipendenze:

- l'elaborazione di Linee guida regionali in materia di prevenzione delle dipendenze e in particolare di reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti;
- l'istituzione delle Unità funzionali per la prevenzione primaria all'interno dei Dipartimenti per le dipendenze e in particolare di una specifica unità per il reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti;
- una più precisa definizione e contabilizzazione delle risorse finanziarie e professionali a disposizione in materia di prevenzione delle dipendenze;
- la formazione e aggiornamento degli operatori del pubblico e del privato sociale che operano in materia di prevenzione delle dipendenze, con un'attenzione anche all'obiettivo di reinserimento lavorativo e sociale dei tossicodipendenti;
- l'individuazione delle azioni preventive efficaci sulla base dell'evidenza scientifica, anche attraverso la letteratura di settore e la costruzione degli strumenti di valutazione dell'output (prodotto) e dell'outcome (risultato) delle azioni preventive;
- l'integrazione degli interventi di prevenzione delle dipendenze nel contesto più ampio delle azioni di promozione della salute a livello di comunità locale.

Con riferimento specifico al problema dell'alcoldipendenza, la Regione del Veneto con il progetto “Alcologia Veneto” ha individuato precocemente, inizialmente in via sperimentale, e portato successivamente a regime, un modello organizzativo integrato basato sulla “rete alcologica” delle strutture e dei servizi sia pubblici che privati (profit e non profit). Nonostante la rete alcologica che ne è scaturita sia indubbiamente tra le più interessanti a livello sia nazionale che europeo, rimangono diverse questioni aperte per lo sviluppo della Rete alcologica veneta:

- assicurazione di livelli uniformi di assistenza per le persone e le famiglie con problemi alcolcorrelati su tutto il territorio regionale;
- sviluppo di un sistema di rilevazione epidemiologica su base regionale e locale (di ULSS) dei consumi e delle forme di abuso di alcol;
- miglioramento del grado di captazione dei servizi nei confronti delle modalità di abuso di alcol emergenti soprattutto tra i giovani, che si rifanno ad uno stile “nordico” di assunzione di alcol;
- sviluppo di un sistema integrato regionale di servizi e programmi sia pubblici e privati, attraverso una specifica programmazione regionale di settore;
- sviluppo della rete locale (a livello di ULSS), con particolare riferimento al coinvolgimento dei medici di medicina generale e ai reparti ospedalieri alcologici (ove esistenti), mediante la funzione di coordinamento del Dipartimento (funzionale) per le dipendenze;
- specificazione delle risorse sia finanziarie che professionali dedicate al settore alcologico, attraverso l'individuazione di specifiche risorse, sia a livello di trasferimenti ordinari alle ULSS, sia a livello di utilizzo del Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga.

Normativa

Normativa
nazionale

- DPR n. 309 del 9.10.1990 - Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.
- DM n. 444 del 30.11.1990 - L'organizzazione e il funzionamento dei Ser.T.
- 3.8.1993 - Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoolodipendenza.

- Accordo Stato-Regione del 21.1.1999 – Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti.
- L n. 45 del 18.2.1999 - Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze.
- Accordo Stato-Regioni del 5.8.1999 – “Determinazione dei requisiti minimi standard per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d’abuso”.
- DPCM del 10.9.1999 - Atto di indirizzo e coordinamento recante criteri generali per la valutazione e il finanziamento di progetti, ai sensi dell’art. 27 del DPR 309/90, come sostituito dall’art. 1, c. 2 della L. 45/99.
- L n. 328 del 8.11.2000 - Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
- L n. 125 del 30.3.2001, - Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati.
- DPR 3 maggio 2001 - Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali.
- DM 14 giugno 2001 - Disposizioni di principio sull’organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle AULS - Sert, di cui al D.M. 444/90.
- Accordo tra Stato-Regioni del 8.8.2001 in materia sanitaria.
- DPCM 29 11.2001 - Definizione dei livelli essenziali di assistenza.
- LR n. 5/96 - Piano Socio Sanitario per il triennio 1996/1998.
- LR n. 22 del 16.8.2002 - Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali.
- DGR n. 3877 del 27.10.98 “Dichiarazione etica della Regione Veneto contro l’uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive: principi, obiettivi strategici ed indicazioni di programmazione”.
- DGR n. 2217 del 22.06.99 “P.S.S.R. 1996/1998 (LR n. 5/96): Il Dipartimento per le dipendenze: indicazioni e linee tecniche per l’istituzione”.
- DGR n. 2896 del 3.8.99 “Gestione della quota assegnata alla Regione Veneto del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (esercizi statali 1997-8-9) Legge 18/02/1999 n.45”.
- DGR n. 3651 del 30.12.99 “Variazione agli importi delle rette giornaliere per le comunità terapeutiche per tossicodipendenti, stabiliti con provvedimento di Giunta Regionale n.1093 del 26.03.1996”.
- DGR n. 5014 del 28.12.99 “Fondo Nazionale lotta alla droga - esercizi finanziari statali 1997-1998-1999. Approvazione e finanziamento Piani e Progetti 2000-2002 (art.127 DPR 9 ottobre 1990 e D.G.R. n.2896 del 03.08.1999)”.
- DGR n. 1588 del 11.4.2000 “Linee Guida per la prevenzione e il trattamento dell’overdose da eroina e degli effetti acuti dell’ecstasy”.
- DGR n. 3701 del 24.11.2000 “Approvazione del documento per la terza conferenza nazionale sulle tossicodipendenze di Genova (28-30 novembre 2000)”.
- DGR n. 2974 del 9.11.01 “Attuazione della DGR n.3701 del 24.11.2000”.

fonti

- Regione Veneto:
 - Direzione Servizi Sociali – Servizio Prevenzione delle Devianze:
 - Rilevazione attività servizi pubblici per le tossicodipendenze - Schede del Ministero della Salute.
 - Rilevazione attività nel settore dell’alcoldipendenza - Schede del Ministero della Salute.
 - Rilevazione strutture riabilitative per le tossicodipendenze - Schede del Ministero della Salute.
 - Rilevazioni d’ufficio.
 - Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria – Padova: Rilevazioni periodiche sulla popolazione carceraria.
 - Ministero dell’Interno – Osservatorio permanente su fenomeno droga: Pubblicazioni periodiche.

tavole in allegato

- TAVOLA 4.9.1, TAVOLA 4.9.2, TAVOLA 4.9.3, TAVOLA 4.9.4, TAVOLA 4.9.5, TAVOLA 4.9.7, TAVOLA 4.9.8, TAVOLA 4.9.9, TAVOLA 4.9.10, TAVOLA 4.9.11, TAVOLA 4.9.12, TAVOLA 4.9.13, TAVOLA 4.9.14, TAVOLA 4.9.15, TAVOLA 4.9.16, TAVOLA 4.9.17, TAVOLA 4.9.18, TAVOLA 4.9.19, TAVOLA 4.9.20, TAVOLA 4.9.21

FONTI

TAVOLE

Fenomeni di maggior rilevanza / interesse

Il progetto Obiettivo Salute Mentale formalizzato con DGR 4080/2000 si conferma asse portante dell'organizzazione regionale per la promozione della salute mentale della popolazione della Regione del Veneto.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), unico di Azienda ULSS o interaziendale per la copresenza di Aziende Ospedaliere, si configura come insieme di équipe psichiatriche pluriprofessionali con competenza territoriale definita e con apicalità conferita a dirigente medico psichiatra. Il dimensionamento strutturale del DSM si fonda sulle équipe psichiatriche, arricchite altresì da una cornice funzionale e flessibile costituita da tutti gli altri soggetti che nell'ambito di competenza dell'Azienda ULSS abbiano interesse esplicito alla salute mentale, come definito nella deliberazione costitutiva del DSM aziendale.

Si conferma che il centro strategico di attività delle équipe psichiatriche è il CSM, struttura organizzativa che trova la sua naturale collocazione nell'ambito dell'area distrettuale, ma si garantisce anche la dimensione della cura ospedaliera mediante gli SPDC e la funzione di raccordo delle équipe e del DSM con le altre branche specialistiche in ospedale generale e all'esterno in particolare con i MMG e con le altre strutture territoriali semiresidenziali e residenziali specifiche (CTRP, CA, APP).

In ordine agli adempimenti previsti dal punto di vista organizzativo dalla DGRV 4080/00, alla data del 31.12.2001 il 95% dei DSM aveva attivato il sistema informativo, la carta dei servizi per la salute mentale e il piano annuale di formazione ed aggiornamento, mentre percentuali minore sono state rilevate per la realizzazione del nucleo di valutazione e miglioramento della qualità (52%) e delle linee guida di procedura e consenso professionale (66%).

		ANNI				VARIAZIONI %
		1997	1998	1999	2001	2001 vs 1997
Dipartimenti di salute Mentale (DSM)	numero				21	
Centri di salute Mentale (CSM)	n. équipe	49	46	46	46	-6,1
- Sedi ambulatoriali territoriali	numero				53	
- Sedi ambulatoriali periferiche	numero	121	114	129	81	-33,1
- Centri diurni - CD	n. sedi	46	43	45	48	4,3
- Day Hospital Territoriali - DHT	n. sedi	19	18	20	30	57,9
- Comunità Alloggio e Appartamenti (CA e APP)	n. sedi	43	46	44	53	23,3
	n. posti	324	295	290	271	-16,4
- Comunità Terapeutiche Residenziali Protette (attive) - CTRP attive	n. sedi	26	27	29	44	69,2
	n. posti	216	300	307	580	168,5
- Comunità Terapeutiche Residenziali Protette (estinzione) - CTRP estinzione	n. sedi	30	30	26	0	-100,0
	n. posti	573	507	440	0	-100,0
- Altre strutture	n. sedi	25	*37	**50	0	-100,0
Strutture per l'attività ospedaliera						
RICOVERO ORDINARIO						
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - SPDC	n. strutture	38	37	37	36	-5,3
	n. posti letto	489	494	490	474	-3,1
RICOVERO IN DAY HOSPITAL						
- Day Hospital Ospedalieri - DHO	n. strutture	30	32	33	26	-13,3
	n. posti letto	136	108	94	62	-54,4

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

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

Per quanto riguarda la dotazione di strutture, al 31.12.2001 nel Veneto sono attivi 21 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) con 46 équipe psichiatriche presenti sul territorio che hanno servito ognuna un bacino di utenza medio di oltre 98.000 residenti, secondo questo quanto atteso e previsto dalla programmazione regionale.

Mediamente risultano soddisfatte le dotazioni previste di CSM, Centri Diurni e posti residenziali con assistenza nelle 24 ore (CTRP), mentre rimangono carenti rispetto alla programmazione le dotazioni di DHT, CA e APP. Ogni 10.000 residenti sono disponibili 2,4 posti semiresidenziali e 1,8 posti residenziali. Tuttavia a livello di singolo DSM sono rilevabili alcune disomogeneità.

Nell'area di competenza dei DSM sono presenti anche 71 strutture territoriali privato-convenzionate rappresentate fondamentalmente da centri diurni e strutture residenziali; esse rappresentano il 24,3% dell'intero apparato per la salute mentale attivo nel Veneto e di queste quasi la metà (il 46,5%) è a direzione tec-

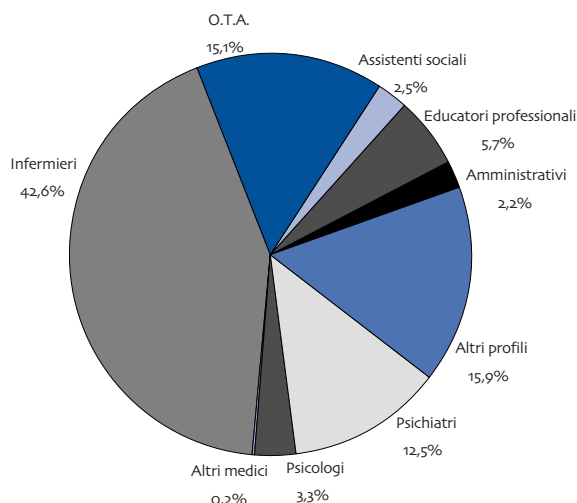
ORGANIZZAZIONE

DOTAZIONE
STRUTTURALE

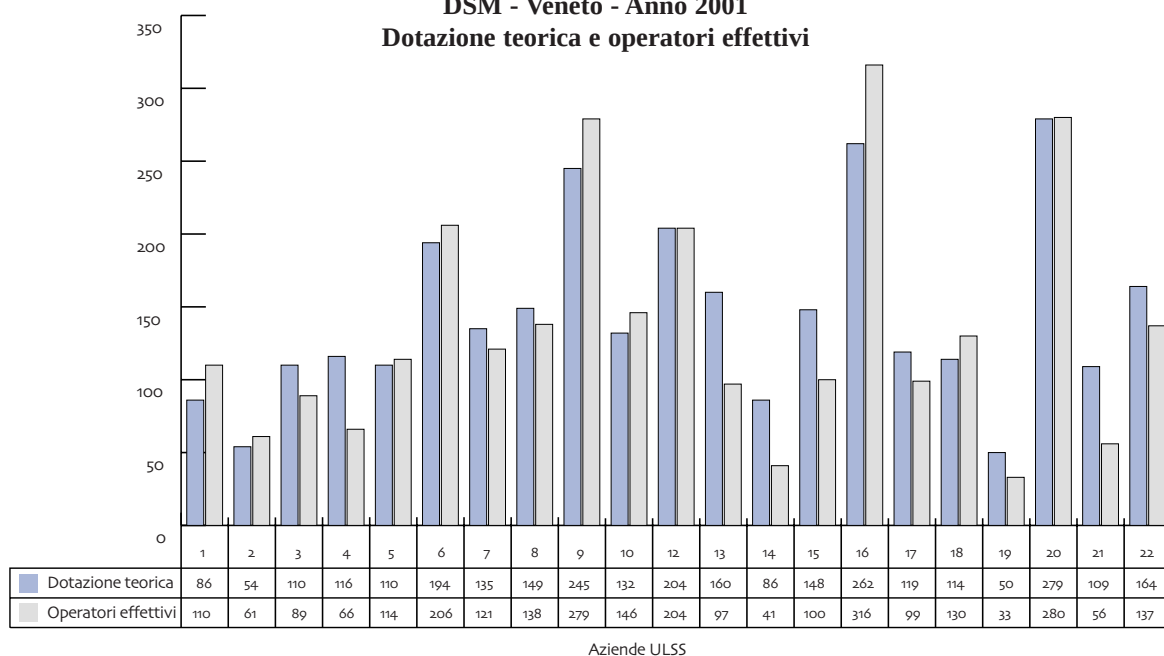
nica dei DSM.

La dotazione di strutture ospedaliere dei DSM e dei relativi posti letto risulta in diminuzione e pare esprimere sia una progressiva territorializzazione che un tentativo di riduzione della spesa fissa legata ai posti letto ospedalieri. Tuttavia la presenza di 5 case di cura private con il 45,3% di posti letto per degenza ordinaria squilibra il sistema poiché se i DSM pubblici cercano di contenere il ricorso al ricovero, non altrettanto si rileva fanno le case di cura private che, insieme alle aziende ospedaliere di Padova e Verona sono i primi produttori del DRG 426 altamente a rischio di inappropriatezza.

Assistenza psichiatrica - Veneto - Anno 2001
% operatori per profilo professionale



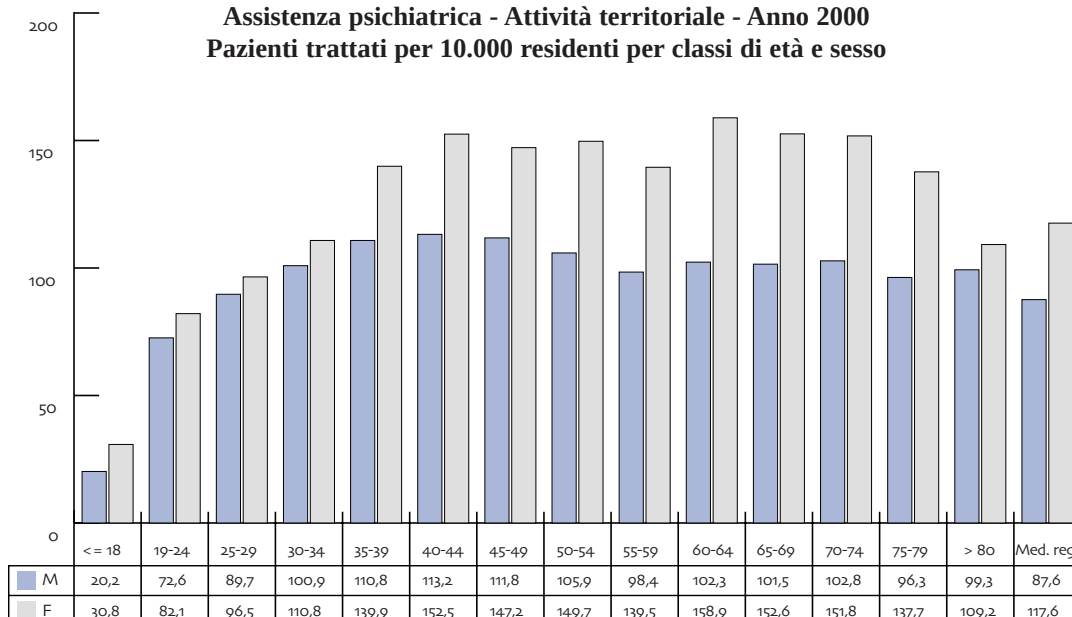
DSM - Veneto - Anno 2001
Dotazione teorica e operatori effettivi



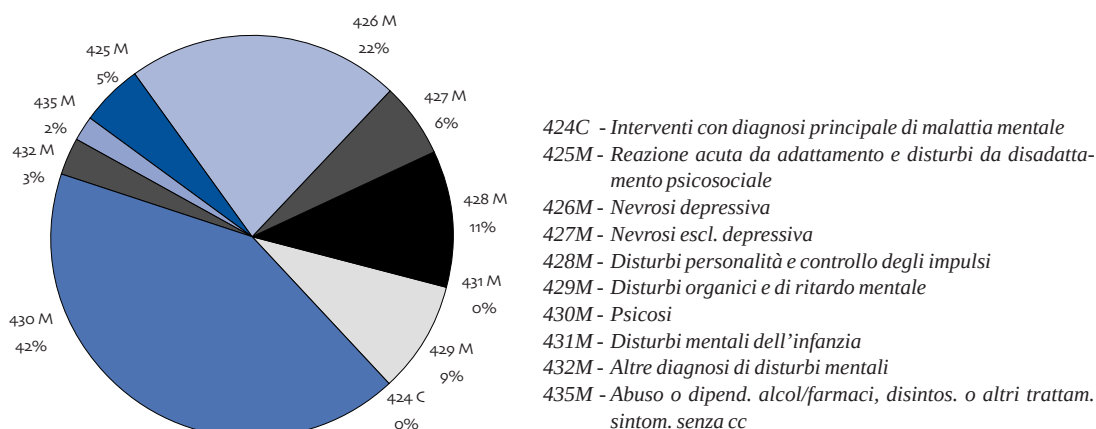
Al 31.12.2001 il personale complessivo assegnato ai DSM ammonta a 2.823 unità di cui l'85% è dipendente delle Aziende ULSS. Rispetto al personale teorico previsto in un operatore ogni 1.500 abitanti rimane ancora una carenza pari a -6,7%, sebbene si assista ad una tendenza al miglioramento rispetto agli anni 1998 e 1999.

Le équipes dei DSM risultano costituite da una pluralità di professionalità, tra cui spiccano gli infermieri e gli Operatori Tecnici addetti all'Assistenza (OTA). In 11 DSM su 21 permane una carenza di personale, più significativa nei DSM delle Aziende ULSS 14 (-52%), 21 (-48%) e 4 (-43%).

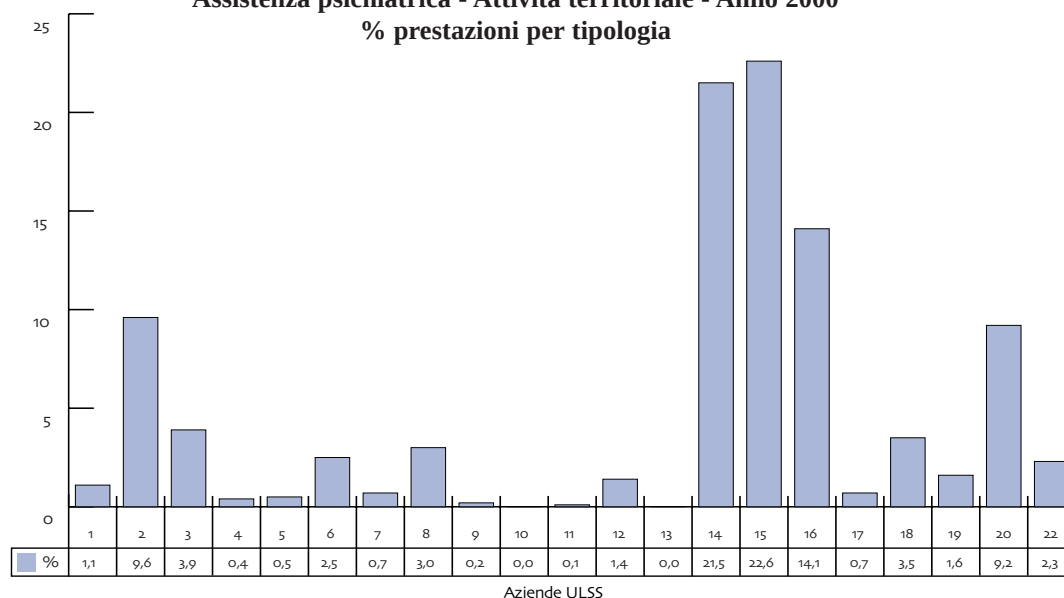
Assistenza psichiatrica - Attività territoriale - Anno 2000
Pazienti trattati per 10.000 residenti per classi di età e sesso



Assistenza psichiatrica - Attività territoriale
% pazienti trattati per DRG - Anno 2000



Assistenza psichiatrica - Attività territoriale - Anno 2000
% prestazioni per tipologia



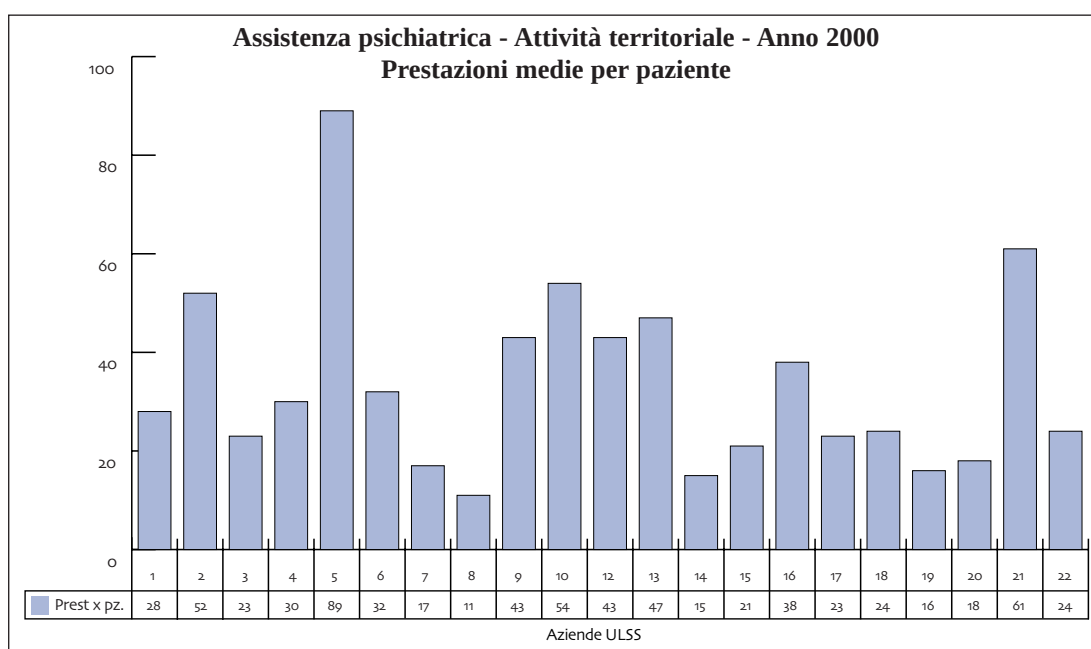
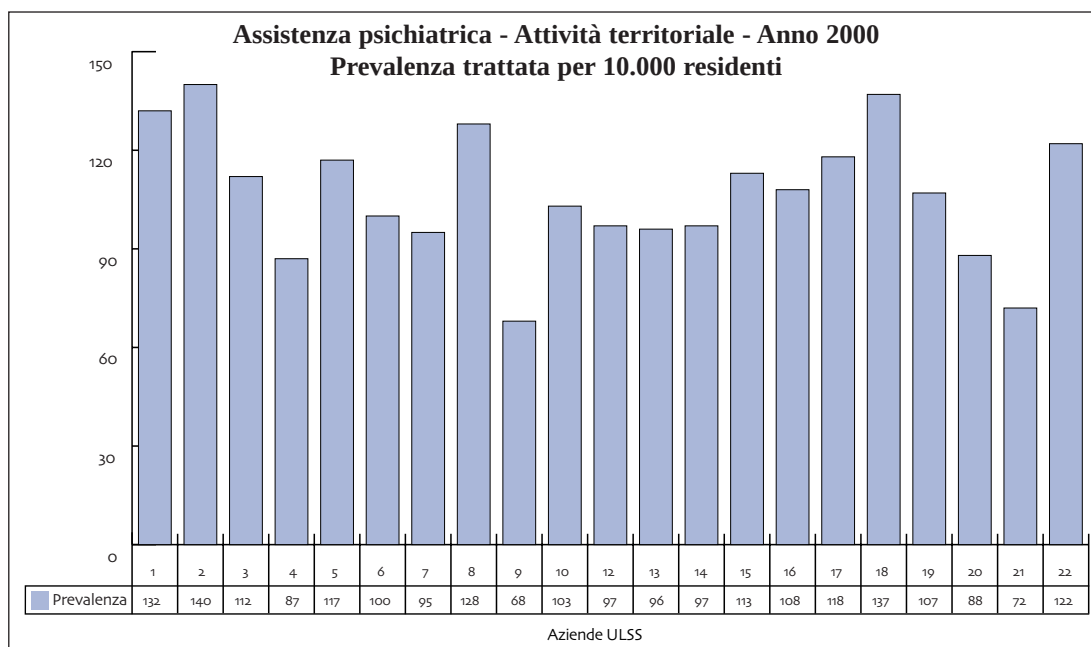
Legenda tipologia di prestazioni:

- 1 - Prima visita
- 2 - Visita di controllo
- 3 - Colloquio
- 4 - Relazione clinica
- 5 - Consulenza specialistica
- 6 - Psicoterapia individuale
- 7 - Psicoterapia familiare / coppia

- 8 - Psicoterapia di gruppo
- 9 - Ipnoterapia
- 10 - Anamnesi e valutazione breve
- 11 - Esame testistico
- 12 - Incontri operatori multiprofessionali
- 13 - Visita collegiale
- 14 - Colloquio di informazione / sostegno

- 15 - Intervento terapeutico riab. strutturato
- 16 - Somatoterapia psichiatrica
- 17 - Attività strutturata di prevenzione
- 18 - Riunione di équipe
- 19 - Segretariato sociale
- 20 - Attività educativo - occupazionale
- 22 - Altro

- Sono stati 46.678 i cittadini che si sono rivolti ai DSM nel 2000 e la prevalenza trattata è risultata di 103 ogni 10.000 residenti (117/10.000 femmine e 87/10.000 maschi). L'età media dell'utenza si assesta attorno ai 50 anni, con una prevalenza maggiore per le femmine tra i 60 e i 74 anni e per i maschi tra i 35 e i 50 anni. Le diverse fasce di età aggregano le femmine con una distribuzione sostanzialmente regolare dai 19 anni agli 80 e oltre (intorno al 5-8% per fascia), mentre i maschi rileverebbero un periodo di particolare difficoltà nella quarta decade di vita (il 21% dei maschi trattati è ricompreso nei 30-39 anni e la percentuale di presenza per fascia di età è in decremento regolare con l'avanzare dell'età). Ovvero, le femmine chiederebbero assistenza per la salute mentale in modalità apparentemente regolare nelle diverse fasi della vita, mentre i maschi se lo fanno è "nel mezzo di cammin di nostra vita", allorquando il progetto esistenziale individuale o si conferma e consolida o impatta e si disgrega nel confronto con la realtà.
- Nell'anno 2000 si osserva che, rispetto al 1999, si evidenziano a livello regionale complessivo in calo i pazienti affetti da reazione acuta di adattamento (DRG 425 dal 12% al 4,5%) e in aumento i disturbi psicotici (DRG 430 dal 39,3% al 42%). La maggior presenza di disturbi psicotici si è rilevata nella fascia di età 35-44 anni con 70 casi ogni 10.000 abitanti, più frequentemente maschi.
- I primi rilievi disponibili sulla terminabilità dei trattamenti (4.052 processi di cura conclusi nel 2000) riportano che per dimettere dal trattamento delle psicosi schizofreniche (ICD9-CM 295) e paranoici (297) sono stati impiegati venti anni; otto anni invece per le psicosi affettive (296) e i disturbi di personalità (301) e 2-3 anni per le nevrosi (300) e le reazioni di adattamento allo stress (308-309). Il peso assistenziale delle psicosi schizofreniche è preponderante, assorbendo le stesse sostanzialmente la metà delle prestazioni e degli interventi riabilitativi erogati per concludere dei trattamenti. La psicoterapia di gruppo nei percorsi di cura conclusi è stata erogata primariamente per trattare la schizofrenia (assorbendo il 72% delle sedute) e secondariamente per trattare le nevrosi (11% delle sedute), mentre l'inverso è accaduto per la psicoterapia individuale che è stata usata primariamente per trattare le nevrosi (assorbendo il 59% delle sedute, contro il 4,8% della schizofrenia).
- Sono disponibili anche i profili di cura per i trattamenti in corso (42.728 processi di cura attivi nel 2000), nei quali si conferma la tendenza che per trattare le psicosi è preferita la psicoterapia di gruppo, mentre la psicoterapia individuale è più utilizzata per trattare le nevrosi. In generale, calcolando l'indice di priorità (IP: numero totale di contatti ambulatoriali per paziente per anno per gruppo diagnostico, espresso come rapporto tra il valore del gruppo diagnostico considerato ed il totale dei pazienti con tutte le diagnosi), al livello del regime di erogazione ambulatoriale di CSM, in ordine alle visite/colloqui e psicoterapie per tipo di patologia, emerge che le psicosi assumono la priorità sia nell'assorbimento delle visite/colloqui che delle psicoterapie. Non emergono differenze di sesso.
- L'analisi degli indicatori di qualità dei percorsi di cura, conclusi o in corso nell'anno 2000 e intrapresi dai DSM per cittadini trattati, nella dimensione regionale rileva che generalmente i DSM saturano primariamente il bisogno di salute mentale locale, rispetto a quello esterno in mobilità attiva, anche se con notevoli difformità (indicatori C3A e C3B).
- Le visite/colloqui per paziente e per anno sono state 5,5 (indicatore C5B), 6,8 sono state le sedute di psicoterapia individuale (indicatore C5D), 4,6 le sedute di psicoterapia della famiglia e di coppia (indicatore C5E) con un rilievo di sostanziale omogeneità tra i diversi DSM. Le sedute di psicoterapia di gruppo invece (indicatore C5F), mediamente sono state 21,3 per persona per anno, ma i DSM hanno riportato un uso disomogeneo di questa forma di terapia (valore C5F massimo 59, minimo 7). Tuttavia, in generale, nei DSM del Veneto per trattare la patologia mentale la psicoterapia individuale è più usata delle visite/colloqui (indicatore C5G) e la psicoterapia di gruppo lo è di più della psicoterapia individuale (indicatore C5H). Ciò pare esprimere che il modello di attività di cura espresso e garantito promuove la presa di coscienza di sé, anziché limitarsi al contenimento e controllo dei sintomi mediante forme di trattamento a più scarso insight.
- Infine, poiché nel 2000 l'indice di priorità (IP: numero totale di contatti ambulatoriali per paziente per anno per gruppo diagnostico, espresso come rapporto tra il valore del gruppo diagnostico considerato ed il totale dei pazienti con tutte le diagnosi) per visite e psicoterapia erogate dal CSM è maggiore per il problema di salute definito dalle psicosi (IP 1,2 per visite e IP 1,1 per psicoterapia), ne deriva che a tendenza confermata si costringeranno i servizi pubblici specialistici a trattare solo la patologia più grave. Ciò può essere formalmente in linea con gli attuali LEA da garantire tramite il DSM. In ogni caso è doveroso richiamare l'attenzione sul fatto che le Direzioni Generali delle Aziende ULSS dovranno comunque garantire una risposta efficace all'ulteriore bisogno di salute mentale tramite i servizi di assistenza primaria di base (come i MMG, i Consultori Familiari e altri servizi distrettuali), in stretta collaborazione con il DSM.



L'analisi territoriale rileva una certa variabilità con una prevalenza di casi trattati superiore a 120 utenti ogni 10.000 residenti nelle Aziende ULSS 1, 2, 8 e 22 e, invece, inferiore a 80 nelle Aziende ULSS 9 e 21. Ugualmente si osserva una certa variabilità nell'erogazione delle prestazioni con una media regionale di oltre 32 prestazioni per caso trattato e un range molto ampio tra le Aziende: da un minimo di 15 prestazioni per caso trattato nell'Azienda ULSS 14 ad un massimo di 89 nell'ULSS 5.

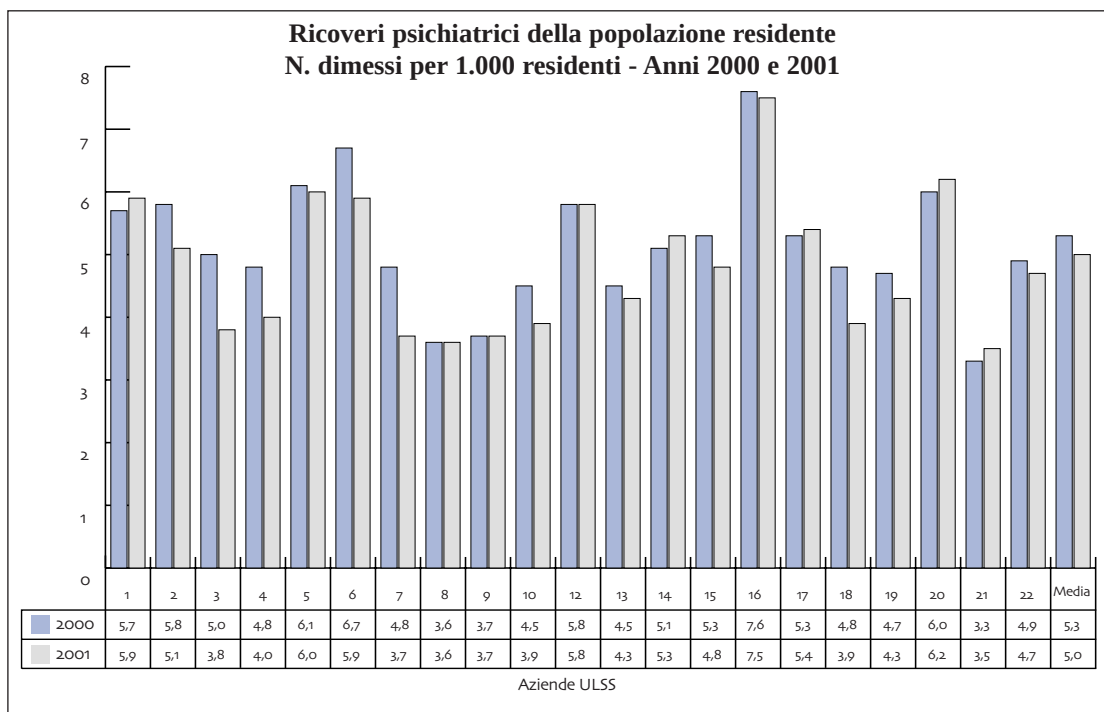
Assistenza psichiatrica - Strutture ospedaliere psichiatriche: attività di ricovero ordinario - Quadro sintetico

	ANNI					VARIAZIONI %	
	1997	1998	1999	2000	2001	2001 vs 1997	2001 vs 2000
Ospedali pubblici servizi psichiatrici di diagnosi e cura							
N. dimissioni	10.909	10.950	10.889	9.979	10.009	-8,3	0,3
N. dimissioni per 1.000 residenti	2,4	2,4	2,4	2,2	2,2	-8,3	0,0
N. gg degenza	151.342	155.269	157.457	145.498	149.196	-1,4	2,5
Degenza media (DM)	13,9	14,2	14,5	14,6	14,9	7,2	2,1
Tasso di Occupazione (TO)	86,2	86,1	88,4	83,4	87,2	1,2	4,6
% dimissioni outlier	2,8	2,6	3,0	2,9	3,6	28,6	24,1
% gg di degenza outlier	19,8	21,2	23,3	21,0	21,2	7,1	1,0
Casi di cura private e specialistiche							
N. dimissioni	5.353	5.028	5.468	4.702	4.681	-12,6	-0,4
N. dimissioni per 1.000 residenti	1,2	1,1	1,2	1,0	1,0	-13,9	-0,8
N. gg degenza	144.636	133.917	145.488	143.150	130.475	-9,8	-8,9
Degenza media (DM)	28,1	26,6	26,6	30,4	27,9	-0,8	-8,4
Tasso di Occupazione (TO)	95,2	80,1	84,4	100,0	91,2	-4,2	-8,9
% dimissioni outlier	5,5	7,7	3,3	4,3	3,6	-34,0	-14,6
% gg di degenza outlier	19,814	17,5	6,2	13,5	7,7	-100,0	-42,7

Assistenza psichiatrica - Strutture ospedaliere psichiatriche: attività di ricovero diurno

Quadro sintetico

Ospedali pubblici servizi psichiatrici di diagnosi e cura	ANNI					VARIAZIONI %	
	1997	1998	1999	2000	2001	2001 vs 1997	2001 vs 2000
N. cicli / dimissioni	2.625	3.170	2.305	1.703	1.645	-37,3	-3,4
N. cicli / dimissioni per 1.000 residenti	0,6	0,7	0,5	0,4	0,4	-39,6	-3,7
N. accessi / gg degenza	38.786	41.750	33.213	21.125	19.777	-49,0	-6,4
Degenza media (DM)	14,8	13,2	14,4	12,4	12,0	-18,9	-3,2



Assistenza psichiatrica - Attività ospedaliera - Regime di ricovero ordinario

Dimessi dagli ospedali pubblici e privati del Veneto per DRG

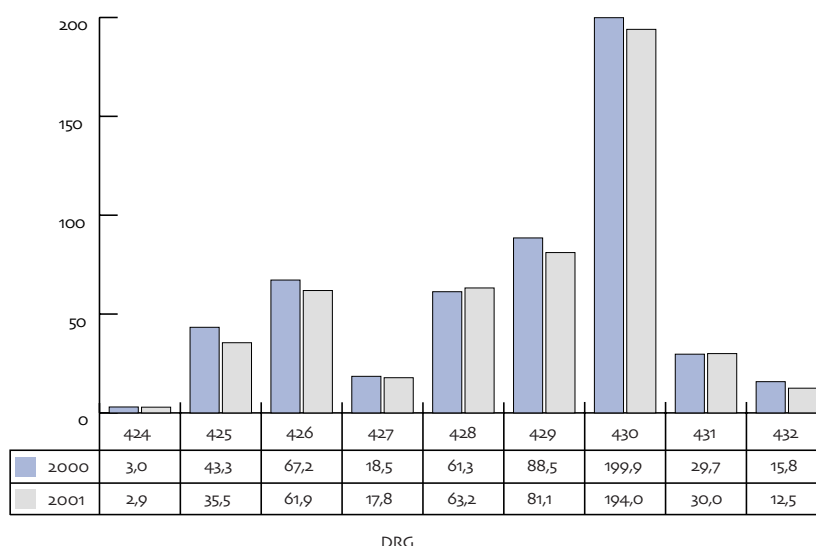
DRG			ANNO 2000			ANNO 2001		
N. progr.	N. DRG	Descrizione	n.	%	% cum.	n.	%	% cum.
1	430	Psicosi	8.292	39,0	39,0	8.344	40,3	40,3
2	429	Disturbi organici e ritardo mentale	3.628	17,1	56,1	3.444	16,6	56,9
3	426	Nevrosi depressiva	2.959	13,9	70,0	2.744	13,2	70,1
4	428	Disturbi personalità e controllo degli impulsi	2.776	13,1	83,1	3.003	14,5	84,6
5	425	Reazione acuta da adattamento e disturbi da disadattamento psicosociale	1.858	8,7	91,9	1.611	7,8	92,4
6	427	Nevrosi escl. depressiva	807	3,8	95,7	792	3,8	96,2
7	432	Altre diagnosi di disturbi mentali	508	2,4	98,1	412	2,0	98,2
8	431	Disturbi mentali dell'infanzia	277	1,3	99,4	252	1,2	99,4
9	424	Interventi con diagnosi principale di malattia mentale	136	0,3	100,0	127	0,6	100,0
TOTALE			21.241	100,0		20.729	100,0	
di cui da reparti di psichiatria			12.390	58,3		12.418	59,9	

Assistenza psichiatrica - Attività ospedaliera - Regime di ricovero diurno

Dimessi dagli ospedali pubblici e privati del Veneto per DRG

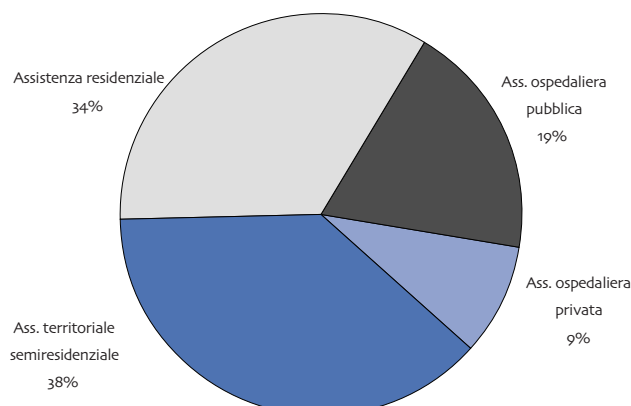
DRG			ANNO 2000			ANNO 2001		
N. progr.	N. DRG	Descrizione	n.	%	% cum.	n.	%	% cum.
1	430	Psicosi	1.185	31,5	31,5	1.279	34,4	34,4
2	431	Disturbi mentali dell'infanzia	1.108	29,5	61,0	1.027	27,6	62,0
3	429	Disturbi organici e ritardo mentale	381	10,1	71,2	360	9,7	71,6
4	428	Disturbi personalità e controllo degli impulsi	372	9,9	81,1	356	9,6	81,2
5	426	Nevrosi depressiva	271	7,2	88,3	273	7,3	88,5
6	425	Reazione acuta da adattamento e disturbi da disadattamento psicosociale	212	5,6	93,9	231	6,2	94,7
7	432	Altre diagnosi di disturbi mentali	154	4,1	98,0	110	3,0	97,7
8	427	Nevrosi escl. depressiva	69	1,8	99,9	74	2,0	99,7
9	424	Interventi con diagnosi principale di malattia mentale	5	0,1	100,0	12	0,3	100,0
TOTALE			3.757	100,0		3.722	100,0	
di cui da reparti di psichiatria			1.705	45,4		1.629	43,8	

Ricoveri psichiatrici della popolazione residente
N. dimessi per 100.000 residenti per DRG psichiatrico - Anni 2000 e 2001



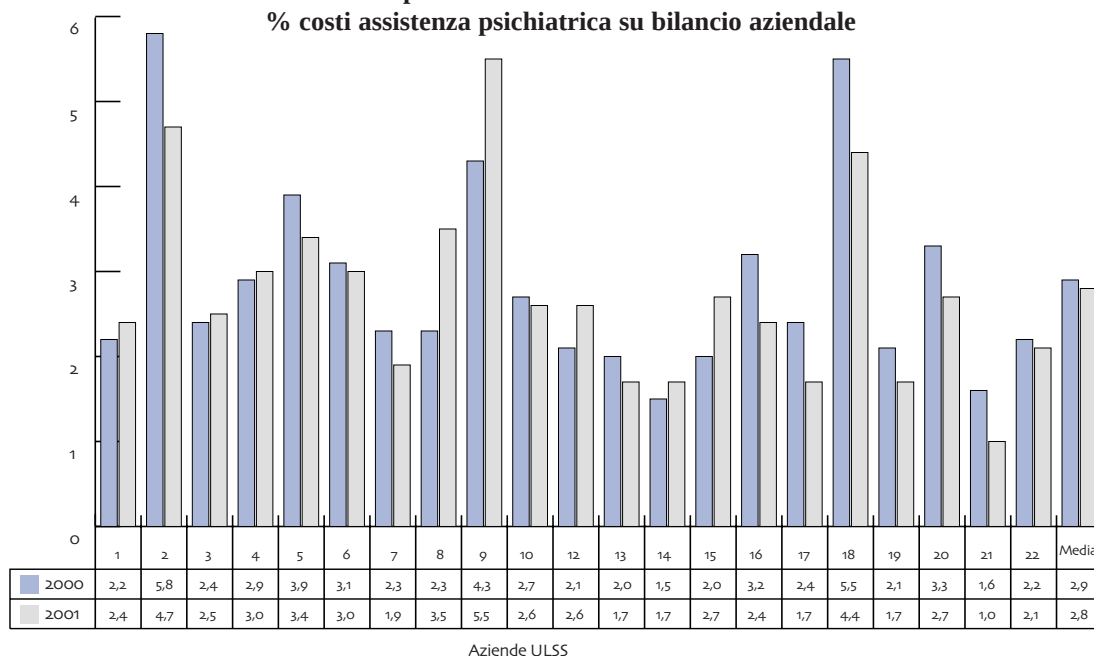
- Negli anni 2000 e 2001 il 90% dei ricoveri in degenza ordinaria per patologia psichiatrica (MDC 19 / DRG 424-342) è stato erogato dai reparti ospedalieri pubblici e privati a residenti nel Veneto. Il tasso di ricovero per patologia mentale per 1.000 residenti è leggermente diminuito nel 2001 rispetto al 2000 (-5,6%).
- Nel biennio considerato il ricovero è stato erogato soprattutto per persone tra i 25 e 44 anni (32% del totale) e in esse il problema più frequente è stato nell'ordine la psicosi (DRG 430) e il disturbo di personalità (DRG 428). Nella precedente fascia di età (15-24 anni) la frequenza delle due patologie è invertita. Dai 45 anni sino ai 74 il problema preponderante che determina un ricovero rimane la psicosi, ma al secondo posto troviamo la nevrosi depressiva (DRG 426). Dai 75 ai 100 anni il problema principale intercettato con lo strumento del ricovero diviene la sofferenza mentale su base organica (DRG 429), mentre al secondo posto si conferma la nevrosi depressiva. Idealmente parrebbe delinearsi un possibile ipotetico percorso di aggravamento della sofferenza mentale nell'arco della vita che partendo da un disturbo di personalità in età giovanile si consolida in una psicosi e degrada in un disturbo con anche componente organica nell'età senile. Un sottofondo depressivo parrebbe comunque determinare molte esistenze.
- E' interessante notare come un'importante quota di ricoveri per patologia mentale venga effettuata da reparti non di psichiatria bensì, primariamente nell'ordine, in medicina generale, neurologia e geriatria. Il 57% dei ricoveri effettuati negli SPDC genera DRG 430 (psicosi) patologia che invece ingaggia la neurologia per il 31-34% e molto meno medicina generale e geriatria; mentre per rispondere a problemi di nevrosi depressiva (DRG 426) gli SPDC sono ingaggiati con il 10% dei ricoveri, la neurologia con il 11-15%, la geriatria con il 16-19% e la medicina generale con il 29%. Sembra quindi che la nevrosi depressiva, più che le psicosi, trovi tendenza di ricovero al di fuori delle branche di psichiatria e neurologia. È questo un settore e una modalità di intervento ad alto rischio di inappropriately.
- Per trattare la patologia mentale più acuta e grave esiste il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) che nel 1999 è stato la modalità di inizio di ricovero in SPDC nel 2,9% dei ricoveri, mentre nel 2000 si è attestato al 3,6%.
- Nell'anno 2000 il tasso regionale per 100.000 abitanti di ricoveri per tentato suicidio-autolesione è stato di 12,33. Solo il 31,2% dei 558 ricoveri così censiti si è concluso con un DRG psichiatrico e solo il 5,2% con la morte del paziente.

Assistenza psichiatrica - Costi anno 2001
Composizione % per tipo di assistenza



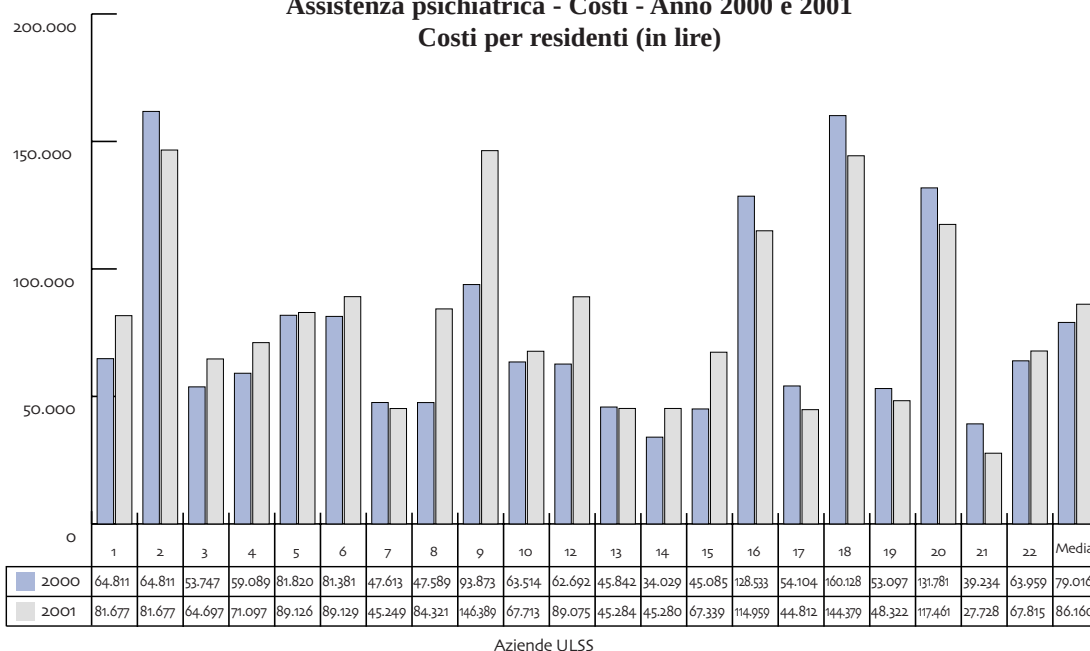
COSTI

Assistenza psichiatrica - Costi - Anno 2000 e 2001
% costi assistenza psichiatrica su bilancio aziendale



(i dati relativi alle Aziende ULSS 16 e 20 includono i dati relativi alle corrispondenti AO)

Assistenza psichiatrica - Costi - Anno 2000 e 2001
Costi per residenti (in lire)



(i dati relativi alle Aziende ULSS 16 e 20 includono i dati relativi alle corrispondenti AO)

- Nel 2001 i costi per l'assistenza psichiatrica rappresentano in media il 2,8% (circa 391 miliardi di lire pari a 202 milioni di Euro) dei costi effettivi sostenuti dalle Aziende ULSS del Veneto;
- La composizione percentuale vede una certa uniformità di distribuzione tra assistenza erogata in regime ambulatoriale e semiresidenziale, residenziale e ospedaliera.
- Le differenze di spesa riscontrate nei diversi DSM sono certamente da ricondurre a disomogenei tassi di prevalenza trattata, ma in parte presumibilmente derivano da diversi assetti operativi assunti dagli erogatori, con le risorse disponibili.
- Considerando la genesi dei costi diretti dell'assistenza psichiatrica, si intravede l'opportunità che domanda e offerta si incontrino maggiormente sia a livello territoriale e semiresidenziale che ospedaliero con una più specifica attribuzione dei costi per i residenti, se i costi sociali indiretti restano tollerabili.

Elementi di riflessione per il governo regionale

- Per i sistemi sanitari la salute mentale della popolazione va considerata alla pari della salute fisica poiché i disturbi mentali costituiscono un importante problema di sanità pubblica in quanto presentano una elevata frequenza nella popolazione generale, sono associati a significativi livelli di menomazione del funzionamento psicosociale e sono all'origine di elevati costi sia sociali che economici per le persone colpite e per le loro famiglie, e per la comunità di appartenenza.
- Le conseguenze dei disturbi mentali sono potenzialmente gravi poiché dal World Health Report del 2001 dell'OMS emerge con chiarezza che la disabilità in termini di DALY's (ovvero mortalità + disabilità x gravità e durata = peso per la società di una determinata malattia), provocata dalle malattie mentali e i costi legati a questa disabilità sono circa il doppio della disabilità e dei costi dovuti a tutte le forme di cancro e sono comunque maggiori della disabilità e costi delle malattie cardiovascolari. La depressione è al quarto posto tra tutte le malattie per disabilità e costi e provoca una disabilità più lunga (in termini di giorni di lavoro persi) e più grave di quella indotta da malattie croniche come l'ipertensione, l'artrite e il diabete.
- Dalla letteratura disponibile accreditata emerge che il 20-25% della popolazione in età superiore ai 18 anni, nel corso di un anno, soffre di almeno un disturbo mentale clinicamente significativo. Parimenti, se si considera l'intero arco della vita emerge che il 41% degli uomini e il 30 % delle donne soffre almeno una volta di un disturbo mentale o da abuso di sostanze o di alcool. Queste percentuali vanno integrate con circa il 10% della popolazione adulta che soffre di un disturbo di personalità che insorge in età giovanile, è radicato nella modalità di relazione e di comportamento della persona ed è quasi sempre all'origine di significative difficoltà nella vita familiare e sociale.
- Per tali motivi si intende potenziare il modello veneto per la salute mentale che si sostanzia e trova il suo cardine nella qualità dell'assistenza, nella continuità e completezza del ciclo prevenzione/terapia/riabilitazione garantito, tra le dimensioni distrettuale e ospedaliera, da équipe psichiatriche pluri-professionali stanziali. Si ribadiscono, pertanto, gli obiettivi del progetto regionale di salute mentale:
 - Promuovere la salute mentale e garantirla, contrastando l'insorgere di patologia mentale nelle diverse fasi dell'esistenza e nei contesti socio-culturali della vita umana.
 - Prevenire i disturbi psichici delle persone che si occupano in famiglia di un malato grave.
 - Promuovere la salute emozionale degli adolescenti e degli anziani.
 - Ridurre i disturbi della condotta e i comportamenti antisociali nell'età evolutiva e nei giovani adulti.
 - Ridurre i tentativi di suicidio e i suicidi.
 - Ridurre la disabilità generata dalle malattie mentali.

Si elencano le principali azioni individuate come prioritarie:

- Trattare la patologia con tecniche di provata efficacia (EBM) privilegiando l'azione a livello di CSM e di Distretto, utilizzando altresì la degenza ordinaria in SPDC o la Liaison in ospedale e sul territorio.
- Garantire gli standard di strutture e personale ad ogni équipe dei DSM come definiti nella DGR 4080/00.
- Contrastare lo stigma legato alla malattia mentale migliorando la comunicazione con i cittadini in ordine alla comprensibilità della sofferenza mentale, alle cure possibili ed efficaci rendendo anche visibili ed accoglienti i luoghi ove vengono erogate.
- Garantire una migliore accessibilità ai trattamenti efficaci e potenziare l'accesso alla psicoterapia nel sistema pubblico, anche per fare prevenzione.
- Applicare le evidenze emergenti dalle ricerche-intervento per le malattie mentali promosse dalla Regione ("progress strutture residenziali", "progress acuti" e "un nuovo sistema di finanziamento per i DSM : prestazioni e funzioni assistenziali").
- Perseguire la integrazione socio-sanitaria per trattare il paziente in stato di fragilità sociale indipendentemente dalla patologia di base, operando per ottenere precisi outcome funzionali e di qualità di vita.
- Sinergia di azione tra il DSM e la NPI, prevedendo integrazioni professionali specialmente per l'età adolescenziale (14-18 anni).
- Adeguare il sistema informativo dei DSM in vigore nel Veneto con quello nazionale approvato in Conferenza Stato-Regioni e costruire un "cruscotto di guida" dei DSM con il set di indicatori approvati con DGR 4080/00, per le opportune verifiche.

Normativa

- DPR del 23.7.1998 "Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000".
- DPR del 10.11.99 Approvazione del progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000".
- DPCM del 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
- DGR n. 320/98 di approvazione della nuova Scheda di Psichiatria Territoriale – SPT.
- DGR n. 4080 del 22.12.2000 "Progetto Obiettivo per la tutela salute mentale. Aggiornamento (l.r. n. 5/1996 art. 18, commi 1 e 2)".

FONTI

fonti

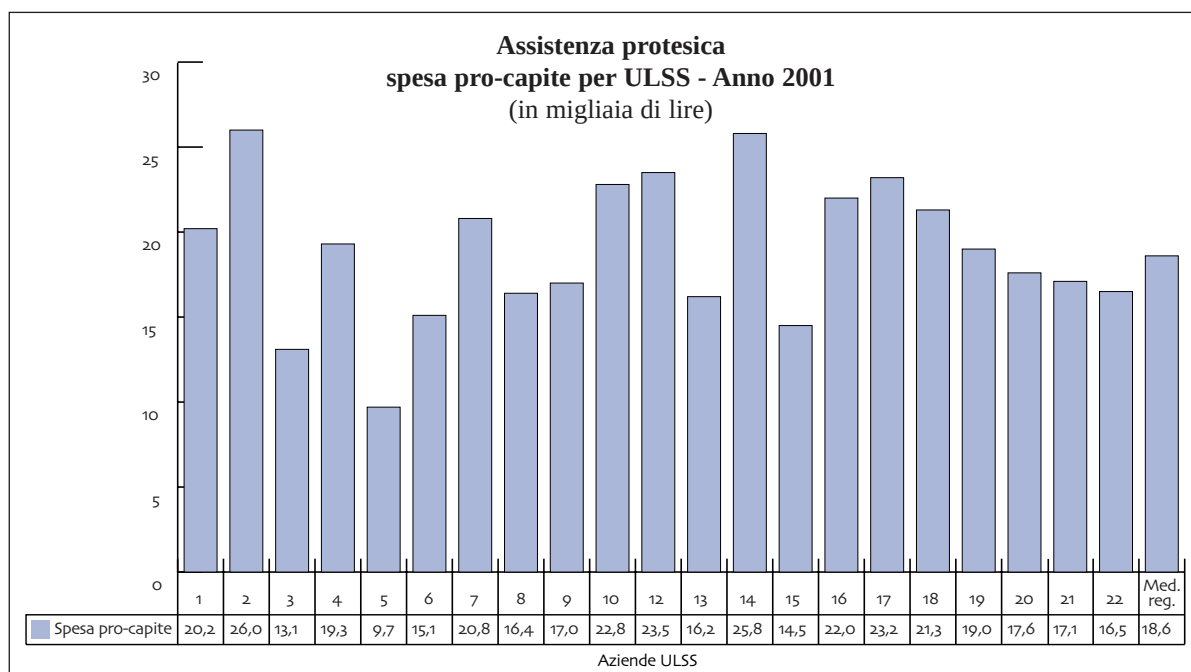
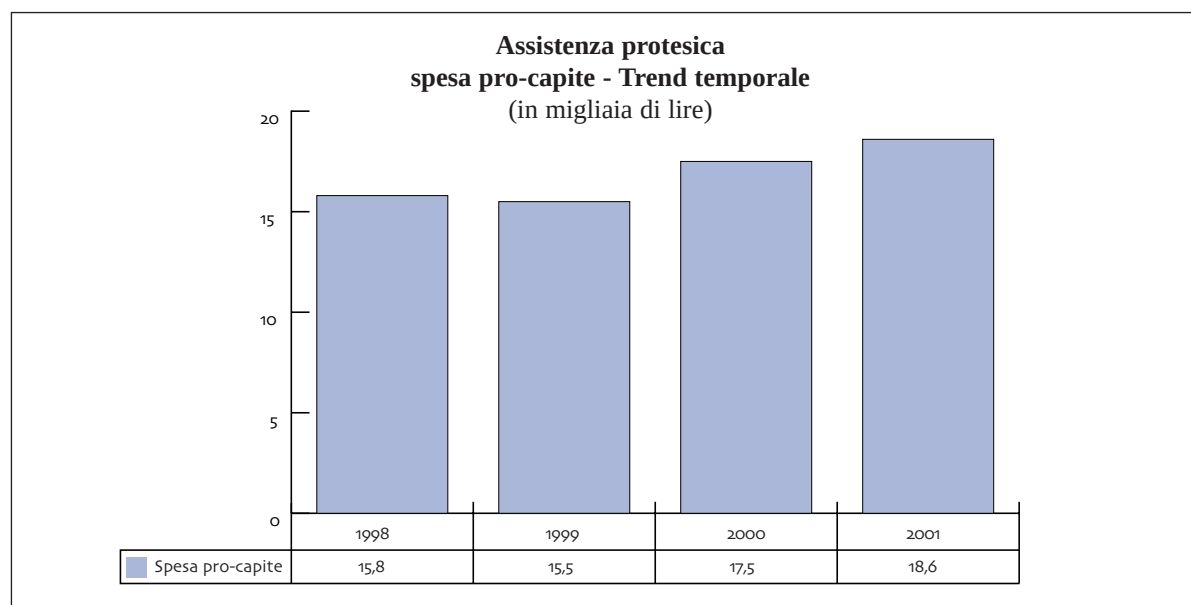
- Regione Veneto:
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria – Servizio per le Attività distrettuali - Rilevazione presso le Aziende ULSS (Dotazione di Strutture e di Personale)
 - Direzione Risorse Socio-Sanitarie – Servizio Sistema Informativo Socio Sanitario e Tecnologie Informatiche:
 - Flussi informativi del Ministero della Sanità – Modelli STS.11, HSP.12, HSP.13 (Dotazione di strutture territoriali e ospedaliere)
 - Schede di Dimissione Ospedaliera – SDO
 - Scheda di Psichiatria Territoriale (SPT) – Dati elaborati da Azienda ULSS 6 – Vicenza
 - Direzione Risorse Socio-Sanitarie – Servizio Programmazione e Controllo Socio Sanitario:
 - Flussi informativi del Ministero della Sanità – Modelli CE/2000 e LA/2001

TAVOLE

tavole in allegato

- TAVOLA 4.10.1, TAVOLA 4.10.2, TAVOLA 4.10.3, TAVOLA 4.10.4, TAVOLA 4.10.5, TAVOLA 4.10.6, TAVOLA 4.10.7; TAVOLA 4.10.8, TAVOLA 4.10.9, TAVOLA 4.10.11, TAVOLA 4.10.12, TAVOLA 4.10.13, TAVOLA 4.10.14, TAVOLA 4.10.15, TAVOLA 4.10.16, TAVOLA 4.10.17, TAVOLA 4.10.18, TAVOLA 4.10.19, TAVOLA 4.10.20, TAVOLA 4.10.21

Fenomeni di maggior rilevanza / interesse



- I costi sostenuti dal SSR per garantire l'assistenza protesica, tenuto conto della sua specificità, risultano relativamente consistenti raggiungendo nel 2001 poco meno di 85 miliardi di lire (circa 44 milioni di Euro).
- Nell'ultimo biennio considerato sensibile la spesa pro-capite aumenta a tassi di crescita dell'ordine del 13% e del 6%.
- A livello territoriale si registrano valori di spesa pro-capite anomali rispetto al valore medio regionale che richiedono un intervento mirato di monitoraggio; in particolare vanno segnalati, da una parte, il valore eccessivamente basso dell'ULSS 5, e dall'altra, i valori eccessivamente elevati delle ULSS 2 e 14.

Normativa

- Decreto del Ministero della Sanità 28.12.1992 - "Approvazione del Nomenclatore-tariffario delle protesi dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, dipendenti da qualunque causa, revisionato ai sensi dell'art. 34 della legge 5 febbraio 1992, n. 104".

FONTI

fonti

- Regione Veneto - Direzione Risorse Socio-Sanitarie - Servizio Programmazione e Controllo Socio-Sanitario - Bilancio di esercizio delle Aziende ULSS, Conto economico.

TAVOLE

tavole in allegato

- TAVOLA 4.11.1

Elementi di riflessione per il governo regionale

- Dall'analisi dei dati di mortalità e di ricovero ospedaliero relativi alla popolazione di cittadinanza straniera e presentati nel capitolo relativo allo stato di salute, si possono individuare le seguenti aree prioritarie di intervento in materia di immigrazione irregolare:
 - sfera della maternità
 - interruzioni volontarie della gravidanza
 - invecchiamento
 - fenomeno degli incidenti stradali, che esige un approccio integrato di varie competenze.
- Tra le azioni da intraprendere si segnalano:
 - aggiornamento del personale socio-sanitario
 - approccio al bambino immigrato e alla sua rete parentale
 - sistema di controllo e intervento delle patologie dermatologiche e sessualmente trasmesse
 - predisposizione di un protocollo per la circoncisione dei soggetti immigrati
 - raccolta di dati socio-anagrafici ed epidemiologici attraverso le schede STP
 - sviluppo e sostenimento di iniziative di inserimento della popolazione immigrata nel sistema della assistenza domiciliare integrata
 - sviluppo e sostenimento di iniziative di intervento mirate nell'area della prostituzione.

Normativa

- L. n. 40/98 e relativo Testo Unico n. 286/98 "Testo Unico delle disposizioni contenenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero". In particolare l'art. 35 dedicato all'"Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario nazionale" al terzo punto testualmente recita "Ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.". Sono in particolare garantiti:
 - la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane
 - la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20.11.1989
 - le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettive autorizzati dalle Regioni
 - gli interventi di profilassi internazionale
 - la profilassi la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.
 Tali prestazioni sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. Agli oneri recati dalle suddette prestazioni, nei confronti degli stranieri privi di risorse economiche sufficienti, si provvede nell'ambito della disponibilità del fondo sanitario nazionale, mentre per le rimanenti prestazioni ospedaliere urgenti, i relativi oneri vanno addebitati al Ministero dell'Interno tramite le Prefetture.
- DGR n. 3264/96 "Progetto Sanitario in materia di assistenza agli immigrati ed agli emarginati" - Recepimento della decretazione d'urgenza dello Stato in materia di assistenza sanitaria agli extracomunitari irregolari.

Si garantiscono agli extracomunitari irregolari presenti nel territorio regionale i livelli assistenziali sommariamente indicati dalla normativa statale di decretazione d'urgenza, con la particolarità che tali livelli in sede regionale vengono accompagnati dal rilascio di una tessera sanitaria regionale a validità annuale (cosiddetta "tessera leggera"); a questa viene ricondotta la fruibilità di determinate prestazioni rientranti in un protocollo sanitario preventivo comprensivo dei farmaci essenziali. In sintesi il protocollo operativo contemplato dal progetto regionale comprende:

 - interventi di prevenzione non di sola pertinenza infettivologica
 - accesso ai Consultori Familiari per la tutela della maternità responsabile e per la prevenzione della IVG
 - accesso agli esami di laboratorio limitatamente ai due livelli sopra descritti
 - fornitura farmaci essenziali, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per il trattamento ambulatoriale delle malattie infettive e diffuse.
 Tali prestazioni (specialistiche ed ospedaliere), richieste su ricettario regionale, sono fruibili esclusiva-

Normativa
nazionale

Normativa
regionale

mente all'interno dei servizi pubblici e vengono garantite in regime di gratuità fatte salve le quote di partecipazione alla spesa previste dalla normativa vigente e per le IVG se filtrate dai Consulenti Familiari.

La normativa della Regione Veneto anticipa, quindi, la successiva normativa nazionale descritta precedentemente.

- n. 5105/98 “Iniziative sanitarie in materia di immigrazione” - Proponendosi la nuova fase del progetto regionale l'obiettivo di costituirsi quale punto di riferimento e di coordinamento per tutte le iniziative regionali relative al fenomeno migratorio, si sono intesi approvare i seguenti interventi:
 - Prosecuzione del progetto regionale di cui alla DGR n. 3624/96, attraverso:
 - a) la continuazione della emissione in ambito regionale della tessera leggera,
 - b) la continuazione della rilevazione numerica in ambito regionale del flusso/tessere emesse,
 - Previsione di una serie di interventi di specifico interesse per la programmazione socio-sanitaria regionale che vanno dalla formazione e aggiornamento del personale socio-sanitario che opera a contatto con gli immigrati, al sostegno e sviluppo di progetti specifici su temi emergenti da realizzarsi a cura di alcune Aziende U.L.S.S. della nostra Regione, quali:
 - a) prostituzione straniera: rilevazioni epidemiologiche e reinserimento sociale
 - b) tossicodipendenza e alcoolodipendenza dei soggetti extracomunitari
 - c) approccio epidemiologico al bambino immigrato
 - d) attività di analisi comparata di dati ospedalieri fra ricoveri relativi alla popolazione autoctona e alla popolazione immigrata.
- DGR n. 2748/99 “Finanziamento regionale su iniziative sanitarie in materia di immigrazione” - Seguendo il percorso già tracciato con l'intervento precedente si sono approvate le seguenti iniziative
 - la continuazione della emissione in ambito regionale della tessera leggera,
 - la continuazione della rilevazione numerica in ambito regionale del flusso/tessere emesse,
 - la continuazione dei corsi di formazione per il personale sanitario e socio-sanitario che opera quotidianamente con persone appartenenti a culture diverse
 - il sostegno e lo sviluppo dei seguenti progetti di ricerca :
 - a) approccio al bambino immigrato ed alla sua rete parentale (relativamente a comunità diverse oggetto della precedente analisi)
 - b) sistema di controllo e intervento delle patologie dermatologiche sessualmente trasmesse
 - c) raccolta dati e predisposizione di un protocollo per la circoncisione dei soggetti immigrati al fine di evitare malattie infettive, ricorsi a pratiche assolutamente vietate o viaggi nei paesi di origine per l'espletamento di tale pratica
 - d) raccolta dati socio-anagrafici attraverso la elaborazione della scheda di rilascio della tessera sanitaria leggera (come definita nell'Allegato A della DGR n. 3264/1996) per perseguire con informazioni tempestive e qualificate, una ottimizzazione nell'uso delle risorse nel settore socio-sanitario.
 - il sostegno e lo sviluppo dell'inserimento della popolazione immigrata all'interno del sistema della Assistenza Domiciliare Integrata.

FONTI

fonti

- Regione Veneto:
 - Direzione Programmazione Socio-Sanitaria - Progetti vari relativi ad iniziative sanitarie in materia di immigrazione
 - Direzione Risorse Socio-Sanitarie - Servizio Sistema Informativo Socio-Sanitario e tecnologie informatiche - Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)