

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)	n. numero				21	
Centri di salute Mentale (CSM)	n. équipe	49	46	46	46	-6,1
- Sedi ambulatoriali territoriali	n. numero				53	
- Sedi ambulatoriali periferiche	n. 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 (estinzioni) - CTRP estinzione	n. sedi	30	30	26	0	-100,0
	n. posti	573	507	440	0	-100,0
- Altre strutture	n. sedi	25	17	15	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.

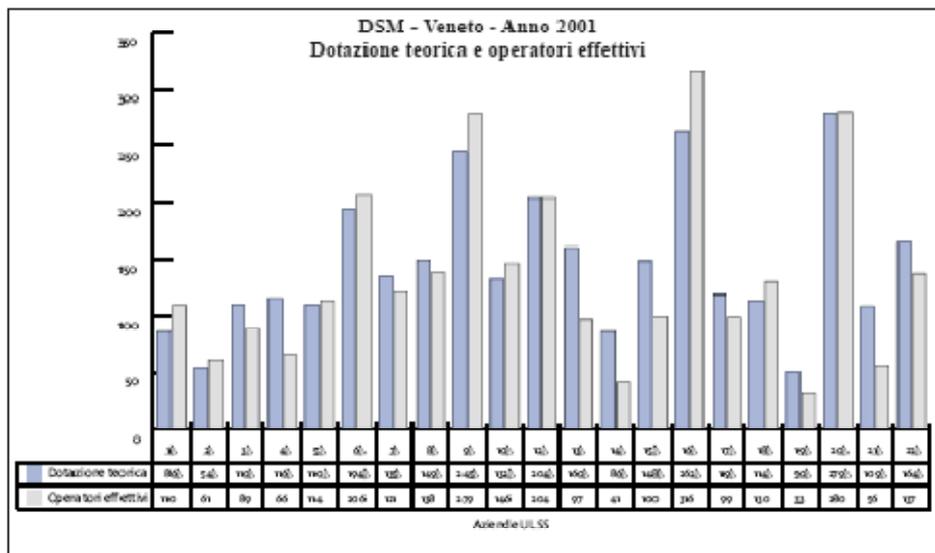
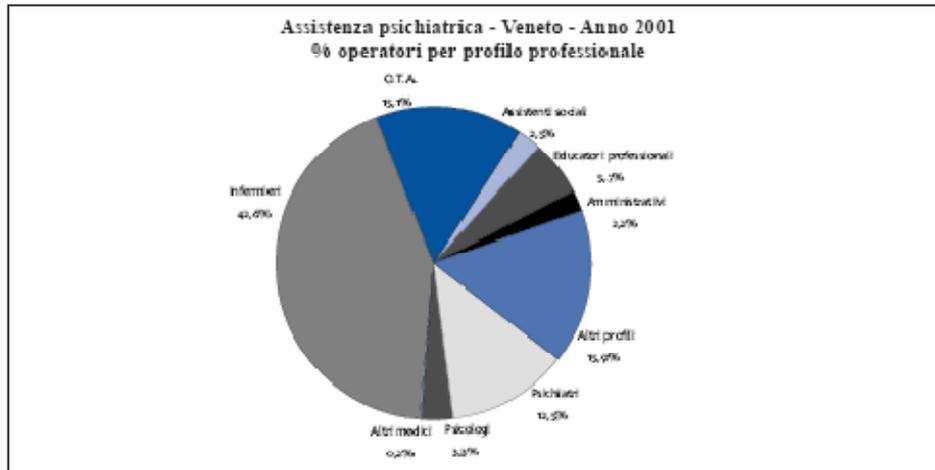
Nell'area di competenza dei DSM sono presenti anche 71 strutture territoriali privato-convenzionate rappresentate fondamentalmente da centri diurni e strutture residenziali; esse rappresentano il 24,3% dell'intero apparato per la salute mentale attivo nel Veneto e di queste quasi la metà (il 46,5%) è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

ORGANIZZAZIONE

DOTAZIONE
STRUTTURALE

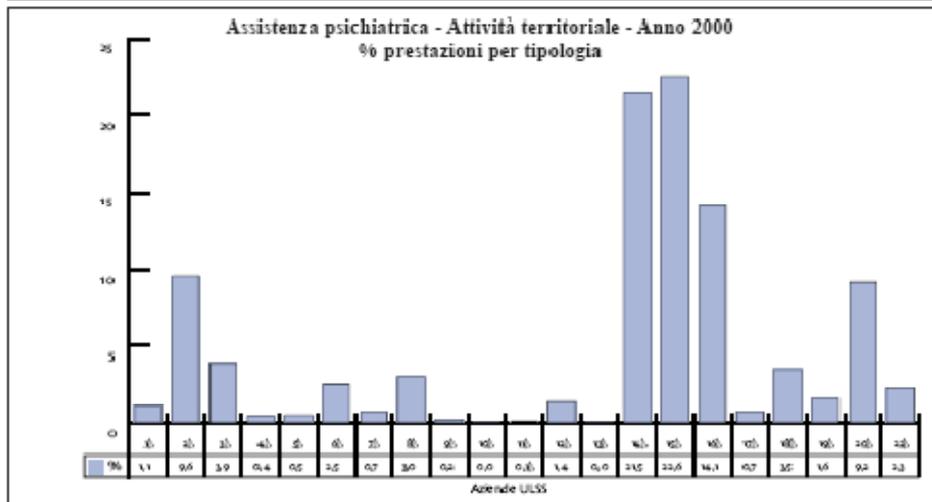
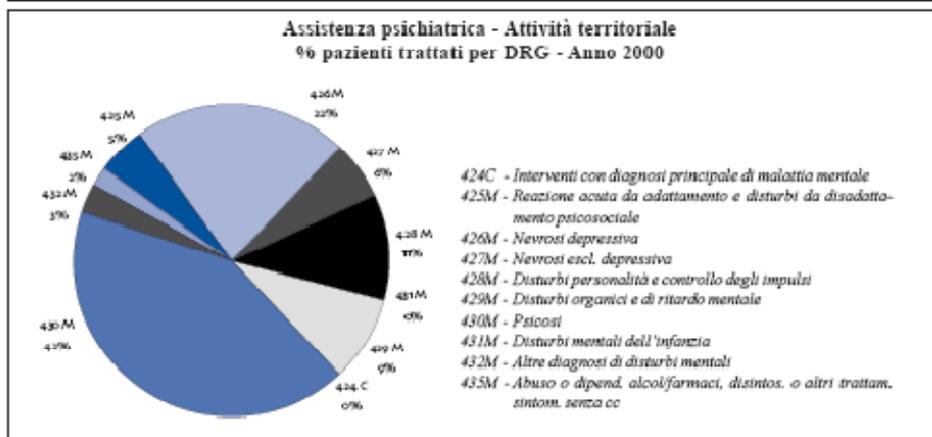
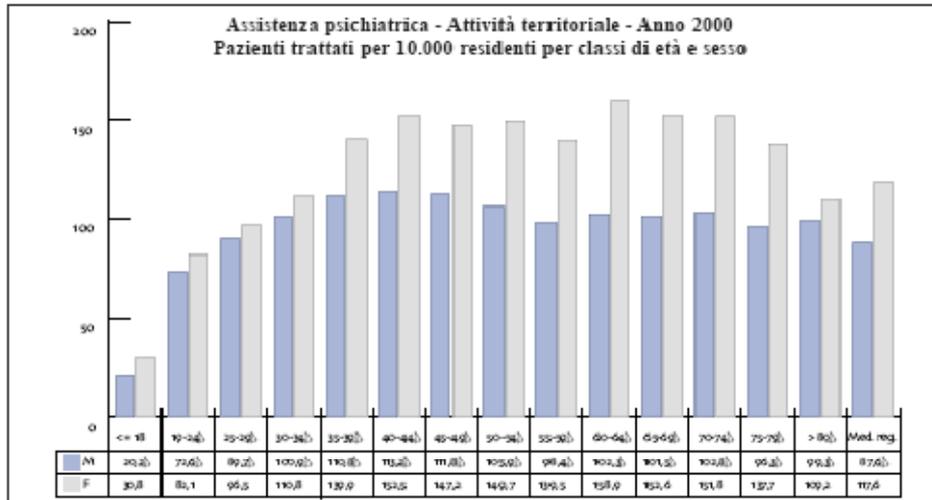
nica dei DSM.

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 inapproprietezza.



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 équipe 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%).



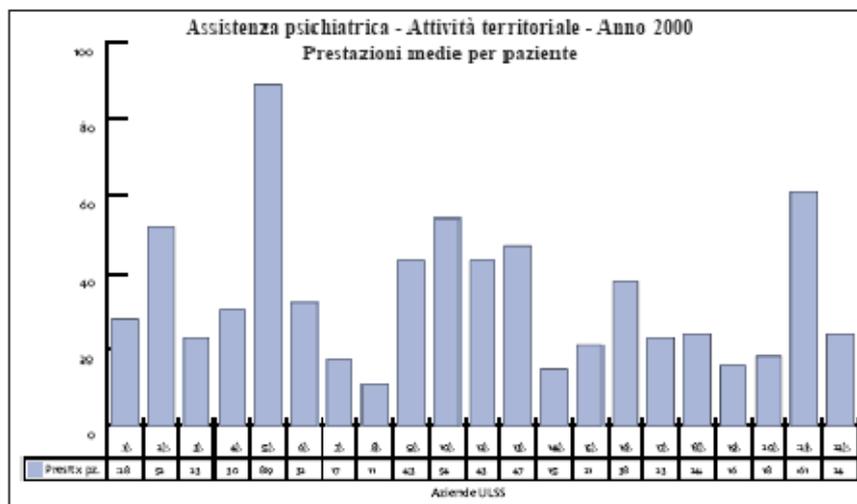
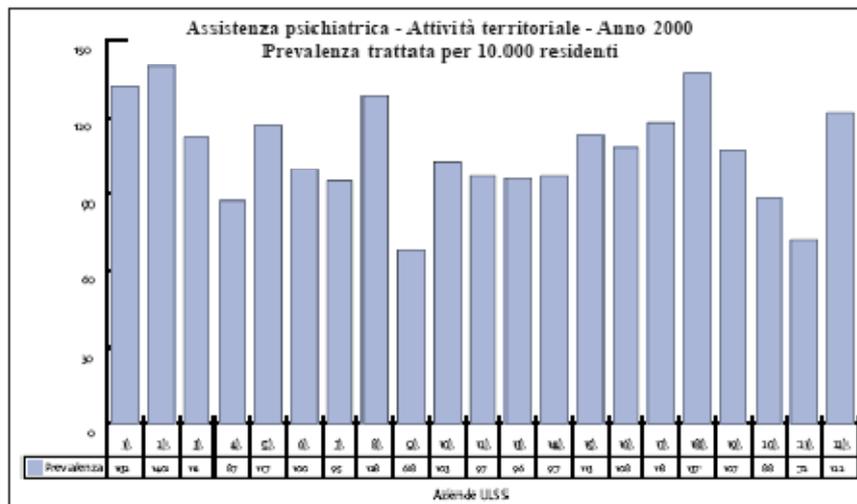
Legenda tipologia di prestazioni:

- 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 collettiva
 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", allorché 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 paranoïdi (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 saranno 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.



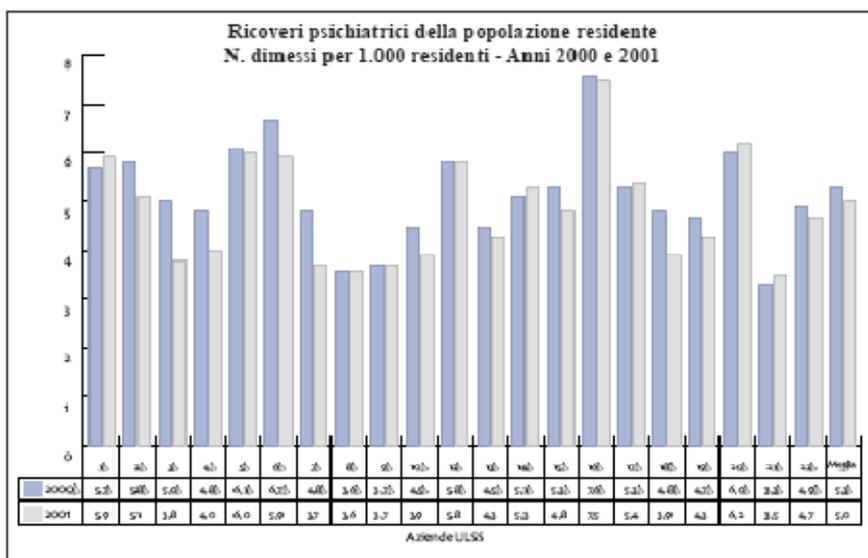
L'analisi territoriale rileva una certa variabilità con una prevalenza di casi trattati superiore a 120 utenti ogni 10.000 residenti nelle Aziende ULSS 1, 2, 8 e 22 e, invece, inferiore a 80 nelle Aziende ULSS 9 e 21. Ugualmente si osserva una certa variabilità nell'erogazione delle prestazioni con una 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	140,196	+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	19,6	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	+62,7

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

Ospedali pubblici servizi psichiatrici al 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

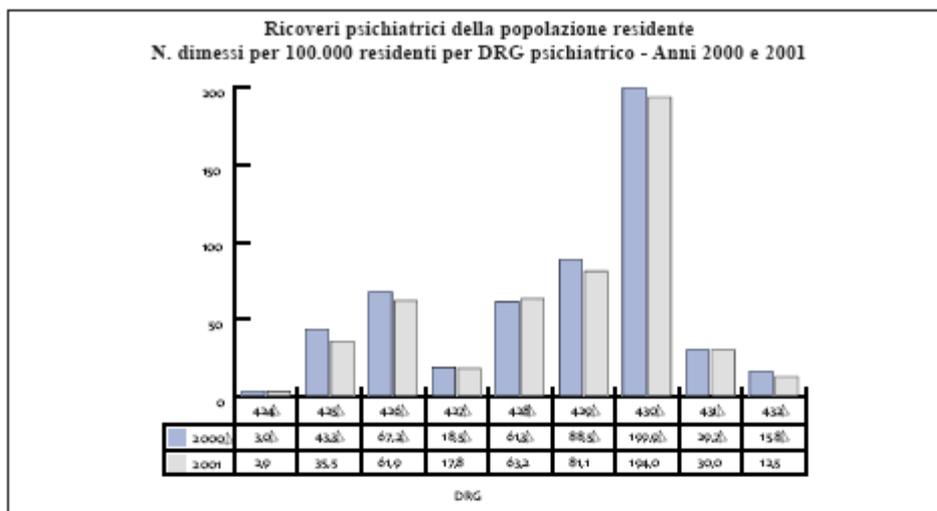


Assistenza psichiatrica - Attività ospedaliera - Regime di ricovero ordinario Dimessi dagli ospedali pubblici e privati del Veneto per DRG

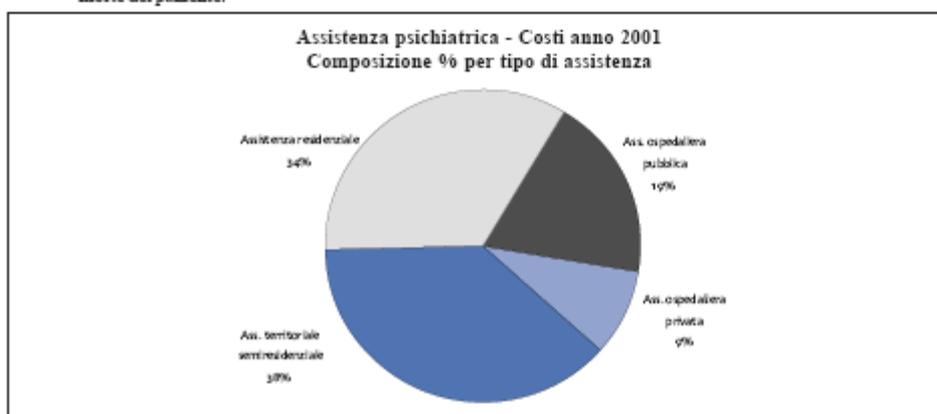
N. progr.	N. DRG	Descrizione	ANNO 2000			ANNO 2001		
			n.	%	% cum.	n.	%	% cum.
1	430	Psicosi	8.292	39,0	39,0	8.344	40,3	40,3
2	429	Disturbi organici e ritardo mentale	3.628	17,1	56,1	3.444	16,6	56,9
3	426	Nervosi depressiva	2.950	13,9	70,0	2.744	13,2	70,1
4	428	Disturbi personalità e controllo degli 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	Nervosi escl. depressiva	802	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

N. progr.	N. DRG	Descrizione	ANNO 2000			ANNO 2001		
			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	Nervosi 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	Nervosi 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	



- 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 inappropriata.
- 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.



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 pluriprofessionali 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 (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