



**REGIONE DEL VENETO**

***Segreteria regionale per la Sanità***

***Direzione regionale Attuazione Programmazione Sanitaria***

**Servizio Tutela Salute Mentale**

**In collaborazione con**

**il Dipartimento di Salute Mentale ULSS 5 Arzignano (VI)**



## ***Report ricerca Progres 2010***

**Rilevazione realizzata nelle strutture residenziali  
e semiresidenziali dei Dipartimenti di Salute Mentale  
della Regione Veneto**

*Venezia, Maggio 2012*

# INDICE

INTRODUZIONE: .....	pag. 3
DESCRIZIONE E ANALISI DEI RISULTATI .....	Pag .4
CONFRONTO DATI CON RILEVAZIONE PROGRESS 2006 .....	pag. 10
NOTE TECNICHE DI INTERPRETAZIONE DEI DATI DELLA RICERCA	pag . 11
CRITICITA' RILEVATE E ULTERIORI RIFLESSIONI .....	pag. 12
CONCLUSIONI e INVITO AL CONFRONTO .....	pag. 13

## INTRODUZIONE :

La Regione Veneto, dopo aver realizzato nel 2006 la ricerca sanitaria finalizzata denominata Progress 2006, in cui sono emersi importanti indicazioni sulla rete dei servizi di residenzialità psichiatrica in Veneto, ha realizzato nel corso del 2010 questo aggiornamento delle informazioni raccolte utilizzando una nuova scheda dati inviata ad ogni struttura residenziale e semiresidenziale tramite i Dipartimenti di Salute Mentale sul cui territorio operano queste strutture oggetto della ricerca.

Al gruppo di lavoro Progres 2010, realizzato con il prezioso contributo tecnico del Dipartimento di Salute Mentale dell'ULSS n. 5 Arzignano (VI), sono pervenuti i dati di 248 strutture residenziali e semiresidenziali del Veneto, dati che hanno confermato e meglio definito la fondamentale rete di residenzialità psichiatrica in essere.

Emerge dalla ricerca, come l'alto livello di integrazione tra servizio pubblico e privato sociale nella gestione dei servizi di residenzialità sanitaria e socio-sanitaria, rimanga una peculiare caratteristica del modello Veneto. In particolare è confermato come il modello prevalentemente applicato veda i DSM mantenere il governo clinico dei pazienti e una operativa integrazione tra i loro professionisti della salute con le professionalità sanitarie e socio-sanitarie della cooperazione sociale.

La ricerca ha permesso di indagare anche le disomogeneità nelle metodiche di organizzazione dei servizi territoriali e dei processi di lavoro ivi applicati, la presenza delle quali richiederà una riflessione un concertato sforzo di maggiore allineamento.

Tale intento, che concorre a potenziare omogeneità e la standardizzazione, contribuirà a rispettare i criteri di accreditamento e i Livelli Essenziali di Assistenza, nonché a fornire strumenti per una valutazione comparata dei risultati, verso una concreta - e non auto referenziata - valutazione della efficacia ed efficienza di questi processi di lavoro per la salute.

Ulteriore elemento emerso da tale aggiornamento della ricerca è quanto la residenzialità psichiatrica, nelle sue plurime forme, sia oramai un segmento irrinunciabile dei percorsi di cura, riabilitazione e reinserimento sociale degli assistiti dei Dipartimenti di Salute Mentale.

La parte descrittiva dei risultati è prevalentemente illustrata mediante tabelle e grafici. Nel finale di questo report vengono riportate alcune considerazioni sui limiti e le caratteristiche del lavoro di indagine qui realizzato e una azione comparativa con i dati rilevati con la ricerca Progress 2006, (*Progres 2006 i cui dati di ricerca sono consultabili al sito della Regione Veneto, Salute Mentale , sezione Pubblicazioni,*

[www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Programmazione+Socio+Sanitaria/Salute+Mentale/Pubblicazioni.htm](http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Programmazione+Socio+Sanitaria/Salute+Mentale/Pubblicazioni.htm)).

Si ringrazia della generosa e proficua opera svolta dal personale del DSM dell'ULSS 5 di Arzignano, diretto dal Direttore di Dipartimento dott. Busana, senza la cui competenza tecnica e costanza non avremmo potuto realizzare la progettazione e la realizzazione (compresa la rilevazione e la elaborazione dei dati acquisiti) di questo lavoro. In particolare si ringraziano Claudio Busana, Stefano Zanolini, Linda Torri, Alessandra Belfontali e Ileana Rodofile.

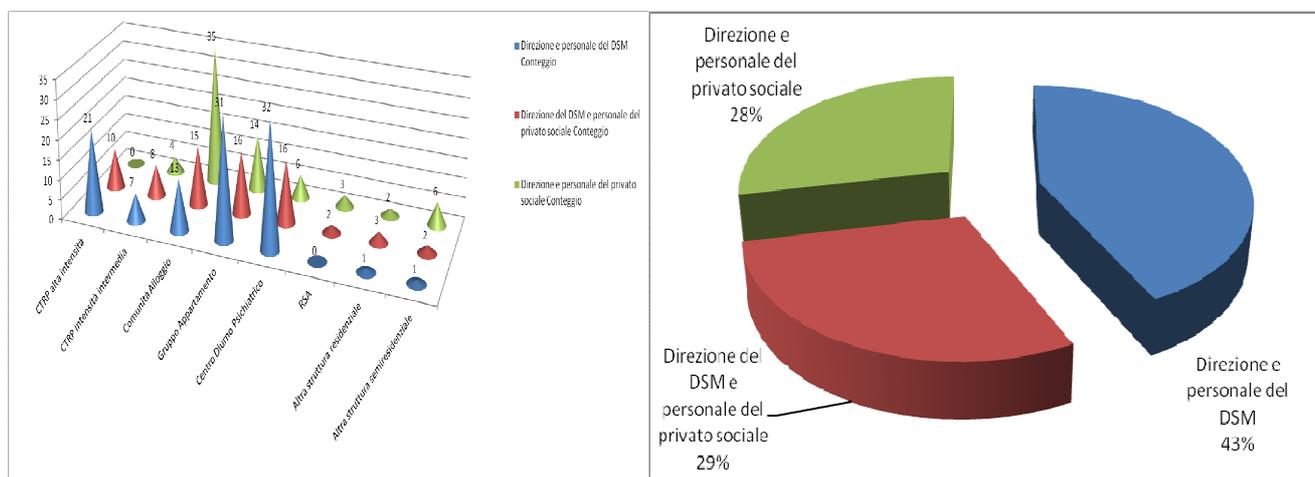
## ANALISI DEI RISULTATI :

La Tabella 1 e la Fig 1, riassumono la quantità di strutture rilevate nella Regione Veneto, distinte per tipologia di struttura. La modalità di gestione prevalente è quella a direzione e personale del DSM. Relativamente al campione censito, la tendenza è abbastanza uniforme per le diverse tipologie di struttura, fatta eccezione per le comunità alloggio in cui la tendenza è invertita, con una maggiore presenza di comunità a direzione e personale del privato sociale. Stessa cosa si può dire per le RSA, anche se l'esiguo numero di strutture di questa tipologia non consente di generalizzare le considerazioni

TABELLA 1 - DISTRIBUZIONE STRUTTURE PER AZIENDE ULSS E TIPOLOGIA DI STRUTTURA

		Tipologia struttura								
		CTRP alta intensità	CTRP intensità intermedia	Comunità Alloggio	Gruppo Appartamento	Centro Diurno Psichiatrico	RSA	Altra struttura residenziale	Altra struttura semiresidenziale	Totale
		Conteggio	Conteggio	Conteggio	Conteggio	Conteggio	Conteggio	Conteggio	Conteggio	Conteggio
Azienda Ulss di riferimento	1 BELLUNO	2	0	2	0	2	0	0	0	6
	2 FELTRE	1	0	2	0	4	0	0	0	7
	3 BASSANO DEL GRAPPA	0	0	11	8	1	0	0	0	20
	4 ALTO VICENTINO	0	1	3	2	3	0	0	0	9
	5 OVEST VICENTINO	2	0	3	17	3	3	0	0	28
	6 VICENZA	3	1	7	4	2	0	0	0	17
	7 PIEVE DI SOLIGO	0	2	3	2	4	0	0	0	11
	8 ASOLO	2	0	1	4	6	1	0	0	14
	9 TREVISO	3	0	10	6	2	0	0	0	21
	10 VENETO ORIENTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	12 VENEZIANA	2	1	4	8	1	0	0	0	16
	13 MIRANO	1	1	1	1	1	0	0	0	5
	14 CHIOGGIA	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	15 ALTA PADOVANA	1	0	4	0	3	0	2	0	10
	16 PADOVA	7	3	1	3	6	0	0	6	26
	17 ESTE	2	0	2	0	2	1	0	0	7
	18 ROVIGO	1	2	2	1	2	0	0	2	10
	19 ADRIA	0	0	1	0	1	0	0	0	2
	20 VERONA	1	5	6	5	5	0	4	0	26
	21 LEGNAGO	1	0	0	0	3	0	0	1	5
	22 BUSSOLENGO	2	2	0	0	3	0	0	0	7
		<b>Totale</b>	<b>31</b>	<b>19</b>	<b>63</b>	<b>61</b>	<b>54</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>9</b>

Fig..1 - DISTRIBUZIONE STRUTTURE PER TIPOLOGIA E MODALITÀ DI GESTIONE



Le tabelle n. 2 e 3 riassumono la numerosità degli utenti in carico per ULSS e per diverse tipologie di struttura, evidenziando che il numero di persone in carico alla struttura Centro Diurno corrisponde a più della metà della popolazione di utenti psichiatrici censiti dalla rilevazione.

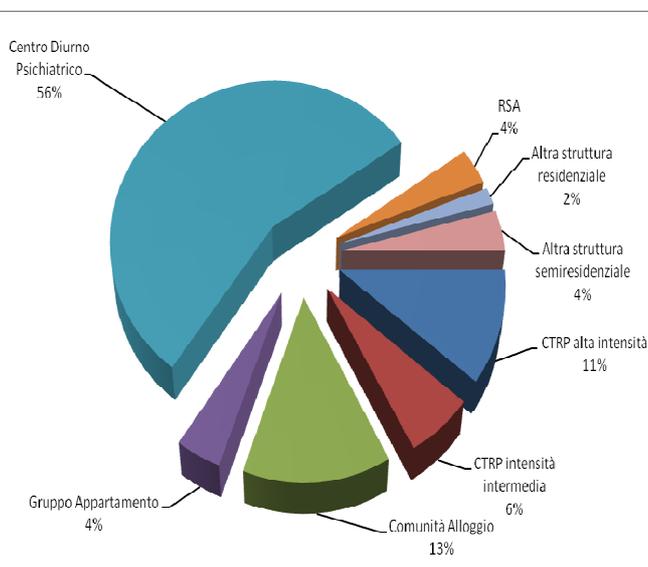
TABELLA 2 – DISTRIBUZIONE UTENTI PER AZIENDA ULSS E TIPOLOGIA DI STRUTTURA

		Tipologia struttura									
		CTRP alta intensità	CTRP intensità intermedia	Comunità Alloggio	Gruppo Appartamento	Centro Diurno Psichiatrico	RSA	Altra struttura residenziale	Altra struttura semiresidenziale	Totale	
		Totale Utenti	Totale Utenti	Totale Utenti	Totale Utenti	Totale Utenti	Totale Utenti	Totale Utenti	Totale Utenti	Totale Utenti	
		Somma	Somma	Somma	Somma	Somma	Somma	Somma	Somma	Somma	
Azienda Ulss di riferimento	1 BELLUNO	27	0	23	0	57	0	0	0	107	
	2 FELTRE	17	0	13	0	29	0	0	0	59	
	3 BASSANO DEL GRAPPA	0	0	129	25	80	0	0	0	234	
	4 ALTO VICENTINO	0	21	25	4	79	0	0	0	129	
	5 OVEST VICENTINO	27	0	24	0	116	86	0	0	253	
	6 VICENZA	47	16	58	29	71	0	0	0	221	
	7 PIEVE DI SOLIGO	0	38	20	15	219	0	0	0	292	
	8 ASOLO	36	0	8	19	135	43	0	0	241	
	9 TREVISO	47	0	108	16	153	0	0	0	324	
	10 VENETO ORIENTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	12 VENEZIANA	15	8	32	20	135	0	0	0	210	
	13 MIRANO	16	0	0	0	61	0	0	0	77	
	14 CHIOGGIA	0	15	0	0	0	0	0	0	15	
	15 ALTA PADOVANA	22	0	20	0	84	0	65	0	191	
	16 PADOVA	103	34	5	13	154	0	0	149	458	
	17 ESTE	19	0	8	0	101	21	0	0	149	
	18 ROVIGO	14	30	27	4	90	0	0	13	178	
	19 ADRIA	0	0	9	0	40	0	0	0	49	
	20 VERONA	12	59	32	22	371	0	6	0	502	
	21 LEGNAGO	14	0	0	0	101	0	0	3	118	
	22 BUSSOLENGO	34	29	0	0	202	0	0	0	265	
		Totale	450	250	541	167	2278	150	71	165	4072

(\*) I dato **Utenti** delle Comunità Alloggio includono i pazienti provenienti anche da altre ULSS, per il dato disaggregato, vedere i dati completi della ricerca Progres 2010 nel Link del sito Regione Veneto Salute Mentale

TABELLA 3 e in Fig. 2 – DISTRIBUZIONE FREQUENZE E PERCENTUALI UTENTI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA

Tipologia struttura	Totale Utenti	
	Somma	%
CTRP alta intensità	450	11,1%
CTRP intensità intermedia	250	6,1%
Comunità Alloggio	541	13,3%
Gruppo Appartamento	167	4,1%
Centro Diurno Psichiatrico	2.278	55,9%
RSA	150	3,7%
Altra struttura residenziale	71	1,7%
Altra struttura semiresidenziale	165	4,1%
Totale	4.072	100,0%



La tabella n. 4 mostra la distribuzione della provenienza degli utenti per azienda Ulss e tipologia di struttura. Si segnala che vi è una discrepanza di totali tra questa rilevazione e la rilevazione del totale degli utenti (4213 vs 4072) a causa di una incompleta compilazione in alcuni casi.

La maggior parte degli utenti inseriti nelle strutture proviene dal territorio di riferimento.

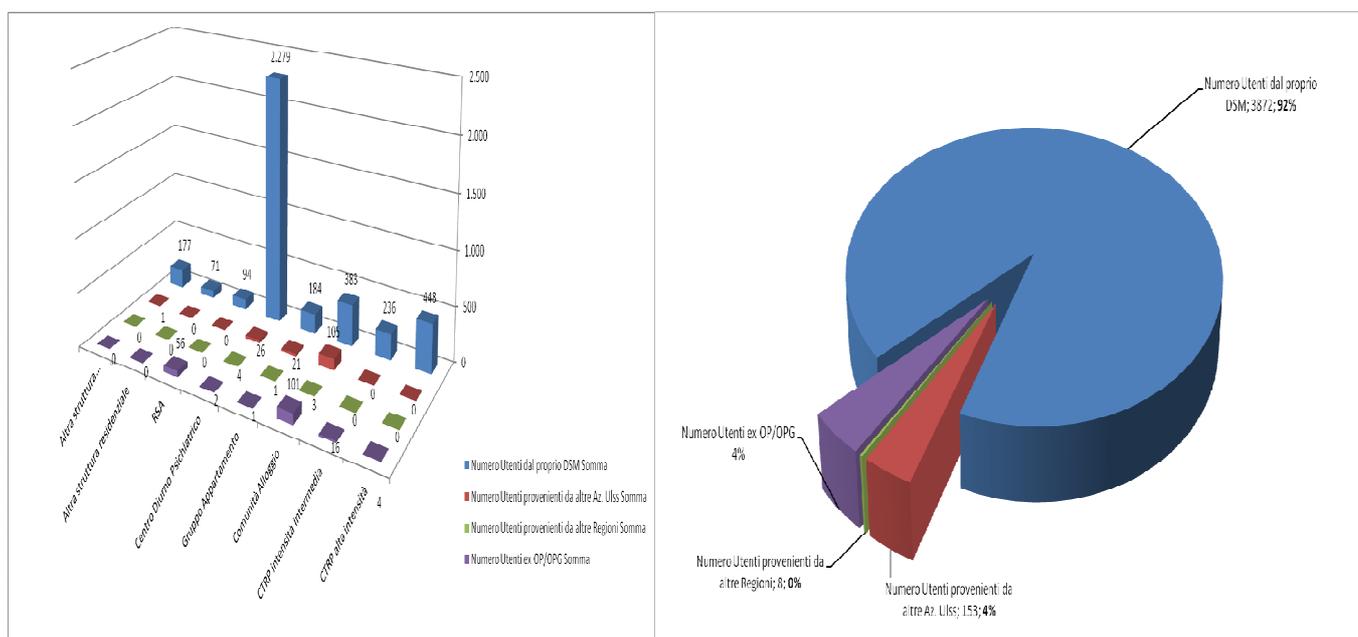
TABELLA 4 – PROVENIENZA UTENTI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA CON PERCENTUALI

Tipologia struttura		Numero Utenti dal proprio DSM		Numero Utenti provenienti da altre Az. Ulss		Numero Utenti provenienti da altre Regioni		Numero Utenti ex OP/OPG		TOTALE
			%		%		%		%	
Tipologia struttura	CTRP alta intensità	448	99%	0	0%	0	0%	4	1%	452
	CTRP intensità intermedia	236	94%	0	0%	0	0%	16	6%	252
	Comunità Alloggio	383	65%	105	18%	3	1%	101	17%	592
	Gruppo Appartamento	184	89%	21	10%	1	0%	1	0%	207
	Centro Diurno Psichiatrico	2279	99%	26	1%	4	0%	2	0%	2311
	RSA	94	63%	0	0%	0	0%	56	37%	150
	Altra struttura residenziale	71	100%	0	0%	0	0%	0	0%	71
	Altra struttura semiresidenziale	177	99%	1	1%	0	0%	0	0%	178
	<b>Totale</b>	<b>3872</b>	<b>92%</b>	<b>153</b>	<b>4%</b>	<b>8</b>	<b>0%</b>	<b>180</b>	<b>4%</b>	<b>4213</b>

Come illustrato nelle Fig. 3 e 4 , il 92% degli utenti delle strutture censite risultano appartenere al territorio di riferimento del DSM. Solamente il 4% risulta proveniente da altre Ulss, il 4% sono rilevati come utenti ex OP/OPG.

Fig. 3 - DISTRIBUZIONE UTENTI STRUTTURE DI PROVENIENZA

Fig. 4 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE UTENTI PER PROVENIENZA



Nelle tabelle 5 e 6 si illustra la distribuzione del personale per ogni Azienda ULSS, differenziato per Profili Professionali e tipo di struttura in cui impiegato.

Per la corretta lettura delle tabelle relative al personale si rimanda alle considerazioni e alle specificazioni fornite nei commenti finali alla ricerca. Per quanto è possibile dedurre dal censimento effettuato si desume che la metà del personale impiegato nelle strutture censite appartiene alla categoria degli operatori sociosanitari, seguiti da infermieri ed educatori.

Si può notare come la presenza degli infermieri varia considerevolmente a seconda della tipologia di struttura ed arriva quasi ad eguagliare, nel caso della CTRP, la presenza degli operatori sociosanitari.

TABELLA 5 – PERSONALE EQUIVALENTE (TEMPO PIENO 38 H) PER AZIENDE ULSS E INQUADRAMENTO PROFESSIONALE

	medici	psicologi	infermieri	assistenti sociali	terapisti della riabilitazione	educatori	operatori sociosanitari	amministrativi	operatori di altro genere (ausiliari ecc.)	operatori di altro genere (coordinatori, professionisti ecc.)	totale										
1 BELLUNO	1,7	3%	3,2	6%	10,69	20%	1,2	2%	0	0%	10	18%	25,42	47%	0	0%	0	2	4%	54,21	
2 FELTRE	0,5	1%	0,1	0%	25,58	56%	0	0%	0	0%	3,16	7%	14,1	31%	1	2%	1,5	3%	0	45,94	
3 BASSANO DEL GRAPPA	0	0%	21,55	14%	19,5	12%	0,75	0%	0	0%	12,7	8%	89,78	57%	6,27	4%	7,26	5%	0	157,81	
4 ALTO VICENTINO	0,46	1%	3,98	9%	6,31	14%	1,25	3%	1	2%	10,45	23%	16,82	37%	0,92	2%	2,59	6%	2,05	45,83	
5 OVEST VICENTINO	2,12	2%	5,8	5%	15,9	13%	1,83	1%	1,12	1%	14,93	12%	77,83	63%	0,58	0%	2,2	2%	1,33	123,64	
6 VICENZA	10,51	10%	1,05	1%	36,79	34%	0,36	0%	0	0%	8,15	8%	45,62	42%	0	0%	0	0%	5,98	108,46	
7 PIEVE DI SOLIGO	0,46	1%	7,07	10%	10,58	15%	0	0%	0,84	1%	14,5	21%	30,46	43%	0,88	1%	5,69	8%	0	70,48	
8 ASOLO	0,54	0%	0,585	0%	20,6	17%	0,17	0%	1,5	1%	14,29	12%	75,91	63%	0,56	0%	2	2%	4,37	120,525	
9 TREVISO	0,56	0%	2,39	2%	17,05	12%	0,21	0%	0	0%	11,35	8%	98,9	72%	0	0%	0,25	0%	6,56	137,27	
10 VENETO ORIENTALE																					
12 VENEZIANA	0,11	0%	1	2%	20,6	42%	0	0%	0	0%	3	6%	20,8	42%	0	0%	4	8%	0	49,51	
13 MIRANO	0,5	4%	0	0%	7	59%	0	0%	0	0%	0,42	4%	3,9	33%	0	0%	0	0%	0	11,82	
14 CHIOGGIA	0	0%	0,67	7%	2,33	25%	0	0%	0	0%	1,75	19%	4,67	50%	0	0%	0	0%	0	9,42	
15 ALTA PADOVANA	2,1	4%	2,22	4%	6,5	12%	0	0%	0	0%	8,25	15%	34,38	63%	0,23	0%	0,6	1%	0	54,28	
16 PADOVA	6,41	6%	1,22	1%	39,32	36%	1,54	1%	13,8	13%	28,65	27%	4	4%	7,47	7%	3,46	3%	1,9	107,77	
17 ESTE	0,438	1%	0,208	0%	20	33%	0,428	1%	0,42	1%	11,26	19%	25	41%	1	2%	2	3%	0	60,754	
18 ROVIGO	0,5757	1%	1,0993	2%	37	53%	0,1394	0%	0	0%	7	10%	17,333	25%	0	0%	6,6944	10%	0	69,8418	
19 ADRIA	0,42	3%	1	8%	2	16%	0,25	2%	0	0%	2	16%	7	55%	0	0%	0	0%	0	12,67	
20 VERONA	3,79	3%	4,37	4%	25,01	21%	2,465	2%	2,1	2%	12,02	10%	62,26	53%	2	2%	1,5	1%	2,08	117,595	
21 LEGNAGO	0,7	2%	1	3%	3,7	10%	0	0%	0	0%	12,66	35%	18	50%	0	0%	0	0%	0	36,06	
22 BUSOLENGO	2,88	4%	2,34	3%	11,39	17%	1,11	2%	2,17	3%	4,5	7%	42	61%	0	0%	2,5	4%	0	68,89	
Totale	34,7737	2%	60,8523	4%	337,85	23%	11,7024	1%	22,95	2%	191,04	13%	714,183	49%	20,91	1%	42,2444	3%	26,27	2%	1462,776

TABELLA 6 – PERSONALE EQUIVALENTE (TEMPO PIENO 38 ore) PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA

	medici	psicologi	infermieri	assistenti sociali	terapisti della riabilitazione	educatori	operatori sociosanitari	amministrativi	operatori di altro genere (ausiliari ecc.)	operatori di altro genere (coordinatori, professionisti ecc.)	totale										
CTRP alta intensità	11,32	3%	4,86	1%	151,85	40%	3,338	1%	0	0%	24,53	6%	170,12	45%	1,05	0%	8,36	2%	4,45	1%	379,878
CTRP intensità intermedia	4,4115	3%	4,74	3%	50,83	30%	1,7057	1%	1	1%	13,4	8%	79,42	47%	0,1	0%	10,1944	6%	2,65	2%	168,4516
Comunità Alloggio	7,4279	2%	20,77	6%	40,64	11%	1,8307	0%	0,78	0%	37,15	10%	234,793	63%	7,86	2%	10,94	3%	8,81	2%	371,0016
Gruppo Appartamento	0,59	1%	9,9065	15%	8,18	12%	0,76	1%	0,24	0%	13,47	20%	31,51	46%	0,87	1%	0,94	1%	1,8	3%	68,2665
Centro Diurno Psichiatrico	9,338	3%	18,1758	6%	67,1	22%	2,993	1%	4,87	2%	73,57	24%	108,09	36%	5,56	2%	8,11	3%	4,65	2%	302,4568
RSA	1,51	1%	1,09	1%	16,9	17%	0,95	1%	2,26	2%	3,52	3%	68,59	68%	1,25	1%	3,2	3%	1,88	2%	101,15
Altra struttura residenziale	0,03	0%	0,06	0%	0,06	0%	0,125	1%	0	0%	2,5	15%	13,66	79%	0,13	1%	0,5	3%	0,13	1%	17,195
Altra struttura semiresidenziale	0,1463	0%	1,25	2%	2,29	4%	0	0%	13,8	25%	22,9	42%	8	15%	4,09	8%	0	0%	1,9	3%	54,3763
Totale	34,7737	2%	60,8523	4%	337,85	23%	11,7024	1%	22,95	2%	191,04	13%	714,183	49%	20,91	1%	42,2444	3%	26,27	2%	1462,776

Nella Tab. 7 viene riportato il turn-over di utilizzo dei posti letto nelle diverse strutture residenziali e semiresidenziali dei DSM. La qualità del dato rilevato è risultato condizionato da alcuni *bias* di comprensione della domanda. Alcune strutture hanno inserito i dati dei pazienti in carico al servizio nell'anno di riferimento e non i nuovi utenti inseriti nella struttura nell'anno di riferimento, pertanto i dati in questione sono soggetti a una ulteriore verifica e danno solo indicativamente un trend incrementale.

TABELLA 7 – TURN OVER PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA

Tipologia struttura		Numero di pazienti inseriti nel 2008	Numero di pazienti dimessi nel 2008	incremento pazienti	Numero di pazienti inseriti nel 2009	Numero di pazienti dimessi nel 2009	incremento pazienti
Tipologia struttura	CTRP alta intensità	205	175	30	197	178	19
	CTRP intensità intermedia	122	113	9	154	141	13
	Comunità Alloggio	137	104	33	183	151	32
	Gruppo Appartamento	37	46	-9	80	51	29
	Centro Diurno Psichiatrico	576	369	207	702	416	286
	RSA	19	15	4	34	27	7
	Altra struttura residenziale	39	32	7	19	28	-9
	Altra struttura semiresidenziale	61	55	6	62	53	9
	<b>Totale</b>	<b>1196</b>	<b>909</b>	<b>287</b>	<b>1431</b>	<b>1045</b>	<b>386</b>

Nella Tab 8 e nella Fig 5 e Fig. 6, sono riportate la tipologia di dimissione per tipologia di struttura. Si evidenzia come la maggior parte delle dimissioni avvengano verso il domicilio/la famiglia (61%). Dal punto di vista dell'attivazione di un'altra struttura verso cui l'utente transita, più spesso (19%) si tratta di una struttura a maggiore o pari intensità assistenziale. Meno frequentemente (11%) l'utente viene inserito in una struttura a minore intensità assistenziale.

TABELLA 8 – TIPOLOGIA DIMISSIONE PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA

Tipologia struttura	Dimissioni a domicilio/famiglia	Dimissioni verso altra Struttura a maggiore o pari intensità assistenziale	Dimissioni verso altra Struttura a minore intensità assistenziale	Drop Out
CTRP alta intensità	194	71	46	22
CTRP intensità intermedia	128	52	47	13
Comunità Alloggio	106	81	44	8
Gruppo Appartamento	59	23	5	5
Centro Diurno Psichiatrico	621	113	44	101
RSA	0	16	16	0
Altra struttura residenziale	25	10	6	18
Altra struttura semiresidenziale	85	6	8	15
<b>Totale</b>	<b>1218</b>	<b>372</b>	<b>216</b>	<b>182</b>

Fig. 5 - TIPOLOGIA DI DIMISSIONE PERCENTUALE

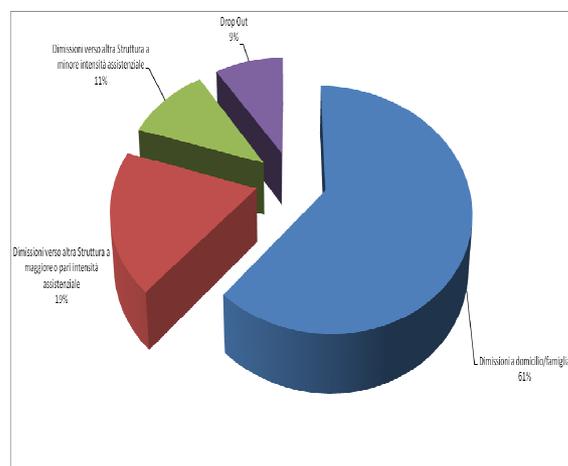
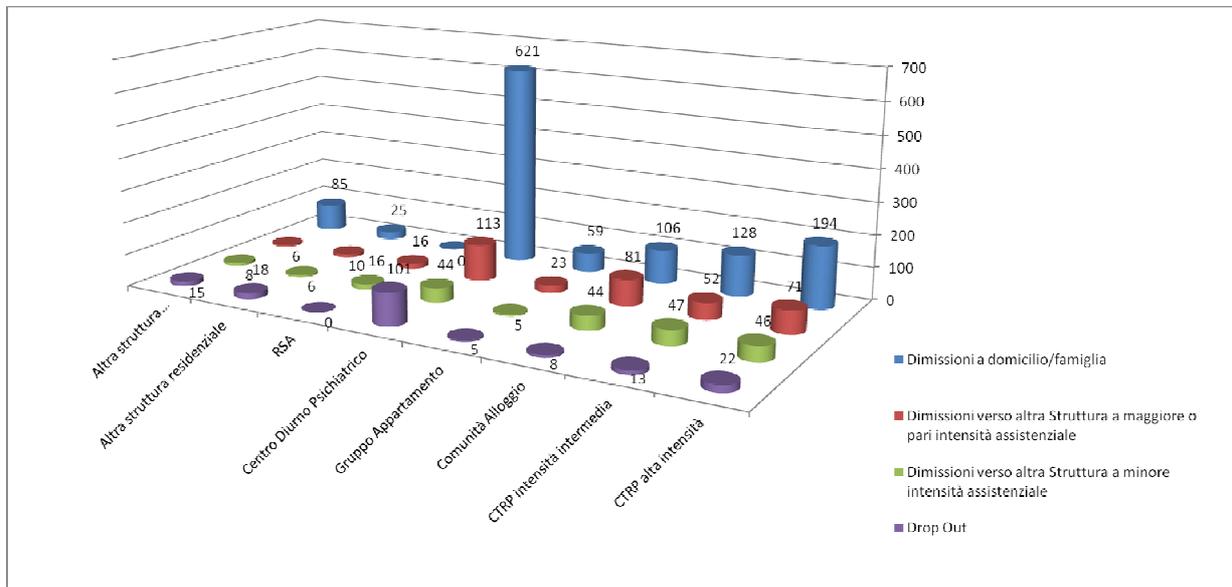
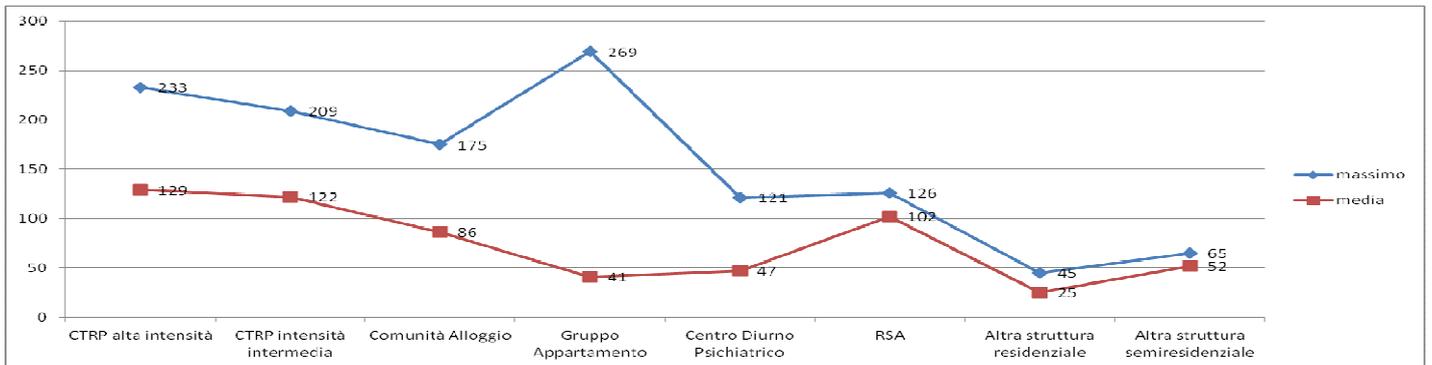


Fig. 6 - TIPOLOGIA DI DIMISSIONE PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA



Nella Fig. 7 e nella Tab 9 sono riportati i dati relativi alle rette per tipologia di struttura. Come riportato nelle considerazioni inserite nel commento finale alla ricerca, la lettura delle rette è da ritenersi solamente indicativa in quanto, come si può evincere dalla seconda tabella, il numero di casi in cui la compilazione è stata effettuata, anche parzialmente, è di poco superiore ai casi in cui la compilazione non è stata inviata. In alcuni casi mancanti è stato possibile, per mezzo della formula di calcolo specificata nell'introduzione, arrivare a una ipotetica retta, ma occorre tenere conto dell'approssimazione a cui è soggetto tale calcolo.

Fig. 7 - RETTE EURO/DIE MASSIMI E MEDIE PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA



Tab. 9 - RETTE euro/die (MASSIMI E MEDIE PER TIPOLOGIE DI STRUTTURA)

	Tipologia struttura															
	CTRP alta intensità		CTRP intensità intermedia		Comunità Alloggio		Gruppo Appartamento		Centro Diurno Psichiatrico		RSA		Altro struttura residenziale		Altro struttura semiresidenziale	
	Massimo	Media	Massimo	Media	Massimo	Media	Massimo	Media	Massimo	Media	Massimo	Media	Massimo	Media	Massimo	Media
retta totale (sanitario+ sociale)	233	129	209	122	175	86	269	41	121	47	126	102	45	25	65	52

• **CONFRONTO DATI tra RILEVAZIONE PROGRES 2006 e PROGRES 2010**

La rilevazione Progres Veneto 2009-2010 ha fornito un quadro aggiornato sullo stato dell'arte delle strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali. La partecipazione dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali è stata alta. In riferimento alle comparazioni che si possono fare con Progres 2006, è bene premettere alcune considerazioni sulla significatività dei confronti. La rilevazione Progress 2006 ha coinvolto un numero e una tipologia di strutture diversi.

In particolare mentre nella Progres 2006 l'analisi riguardava esclusivamente le strutture residenziali, nel 2009-2010 la rilevazione ha coinvolto anche le strutture semiresidenziali. Di conseguenza, mentre i primi dati sono relativi all'insieme delle strutture residenziali, e in particolare al sottoinsieme CTRP, CA e GAPP (escludendo quindi le RSA) e soltanto quelle, l'analisi del 2009-2010 ha ricompreso tutte le strutture residenziale ed inoltre anche le strutture semiresidenziali.

L'analisi del 2006 teneva conto anche di strutture fuori regione, invece l'analisi del 2009-2010 tiene conto soltanto delle strutture che insistono sul territorio regionale

		Tipologia struttura								Totale
		CTRP alta intensità	CTRP intensità intermedia	Comunità Alloggio	Gruppo Appartamento	Centro Diurno Psichiatrico	RSA	Altra struttura residenziale	Altra struttura semiresidenziale	
		Conteggio	Conteggio	Conteggio	Conteggio	Conteggio	Conteggio	Conteggio	Conteggio	
Hanno compilato la parte della retta?	si	12	12	32	39	24	5	2	6	132
	no	19	7	31	22	30	0	4	3	116
	Totale	31	19	63	61	54	5	6	9	248

<b>RILEVAZIONE 2009-2010</b>	<b>RILEVAZIONE 2006</b>
<b>Nel Veneto è stata creata in questi ultimi anni una rete di strutture destinate alla cura e alla riabilitazione dei pazienti psichiatrici. La gestione delle strutture è pubblica per il 43%, privata per il 28% oppure a direzione tecnica del DSM con personale assistenziale del privato sociale nel 29% dei casi. Gli utenti sono accolti per il 42,7% in strutture pubbliche, per il 28,2% in strutture private e per il 29% in strutture a direzione tecnica del DSM con personale del privato sociale.</b>	<i>Nella rilevazione del 2006 la gestione delle SR era pubblica per il 27%, privata per il 40% oppure a direzione tecnica del DSM con personale assistenziale del privato sociale nel 22% dei casi. Gli utenti erano accolti per il 40% in SR pubbliche, per il 27% in strutture private e per il 29% in strutture a direzione tecnica del DSM.</i>
<b>Nel 2009-2010-2010 sul totale di 4072 utenti censiti, risulta che 450 (11,1%) sono inseriti nelle CTRP ad alta intensità, 250 (6,1%) sono inseriti nelle CTRP a intensità intermedia, 541 (13,3%) nelle comunità alloggio, 167 (4,1%) nei gruppi appartamenti, 2278 (55,9%) nei centri diurni, 150 (3,7%) nelle RSA, 71 (1,7%) nelle strutture residenziali di altro genere, 165 (4,1%) nelle strutture semiresidenziali di altro genere).</b>	<i>Nella rilevazione del 2006 sul totale di 1379 utenti risultava che 590 (43%) erano nelle CTRP, 456 (33%) nelle CA, 202 (15%) negli APP, 131 (9%) nelle RSA. Di questi 57 (4%) erano in SR fuori regione.</i>
<b>Le strutture censite sono 248 di cui 31 CTRP ad alta intensità, 19 CTRP a intensità intermedia, 63 CA, 61 Gruppi APP, 54 CD, 5 RSA, 6 strutture residenziali di altro genere, 9 strutture semiresidenziali di altro genere.</b>	<i>Nella rilevazione del 2006 erano state censite 262 strutture, di cui 64 CTRP, 90 CA, 74 APP e 34 RSA (28 SR fuori regione). Le strutture semiresidenziali sono state mappate soltanto nella rilevazione del 2009-2010.</i>

<p><b>Solo poche AULss hanno sviluppato la tipologia residenziale Gruppo Appartamento; in particolare nelle AULss 5, AULss 12, AULss 3 sono presenti rispettivamente 17, 8, 8 Appartamenti.</b></p>	<p><i>Nella rilevazione del 2006 si registrava un trend positivo di diffusione degli appartamenti, ma anche in questo caso le evidenze erano molto diverse. Alcune AULss ne erano sprovviste, la maggioranza ne aveva molto pochi.</i></p>
<p><b>La rete residenziale è gestita sia dal pubblico che dal privato con differenze rilevanti nella quota di gestione pubblico/privato da una Az. Ulss all'altra.</b></p>	<p><i>Questa rilevazione è in linea con la rilevazione Progres 2006.</i></p>
<p><b>Gli esiti delle dimissioni rilevati nel 2009-2010 sono nel 61% dei casi rientro a domicilio o in famiglia, nel 19% avviene una dimissione verso un'altra struttura a maggiore o pari intensità assistenziale, e nell'11% verso un'altra struttura a minore intensità assistenziale; nel 9% dei casi si registra drop out.</b></p>	<p><i>Gli Esiti delle dimissioni rilevati nel 2006 erano: rientro a domicilio nel 47% dei casi, accoglienza in un'altra SR (21%), appartamento (13%), struttura di lungo assistenza (13%) mentre nel 5% dei casi si interrompe il programma.</i></p>
<p><b>Nelle strutture censite lavorano complessivamente 1436,5 operatori indicati come personale equivalente a tempo pieno (38h settimanali). Il personale è così distribuito: medici (2%), psicologi (4%), infermieri (23%), assistenti sociali (1%), terapeuti della riabilitazione (2%), educatori (13%), operatori sociosanitari (49%), amministrativi (1%), operatori di altro genere (ausiliari, etc.) (3%), operatori di altro genere (coordinatori, professionisti etc.) (2%).</b></p>	<p><i>Nella rilevazione del 2006 si evidenziava che Nelle SR venete lavoravano complessivamente 1008 operatori dei quali 505 in CTRP e 503 in CA, di questi ben il 18% sono inquadrati in posizione funzionale diversa dal proprio diploma. L'équipe multiprofessionale è composta da: medici (1,2%), psicologi (5,4%), educatori (14,2%), infermieri (21%), O.S.S (53,3%). Sono discordanti le qualifiche professionali e i titoli di studio degli operatori. Il turnover degli operatori è mediamente del 13% in uscita e del 16% in entrata dal 2000 al 2005.</i></p>

### Note tecniche di interpretazione dei dati della ricerca

Si è evidenziata una specificità di trattamento dei dati per Az. Ulss 1 e 2 in cui la compilazione non ha chiarito la ripartizione del medesimo personale in più strutture. E' stata assegnata una percentuale arbitraria di occupazione del personale stesso (60% comunità alloggio e 40% centro diurno), e verrà fatta una verifica telefonica su tali informazioni.

Data la numerosità dei dati mancanti e delle compilazioni parziali realizzate dai DSM, soprattutto rispetto al personale impiegato nelle strutture e la parte relativa alle rette, è stato necessario mettere a punto delle strategie di estrapolazione dei dati. In particolare laddove non fossero indicate le rette si è proceduto alla quantificazione del costo retta per mezzo della seguente regola: ad ogni operatore è stato assegnato un costo. Il totale del costo del personale è stato diviso per i posti letto della struttura. Laddove non fossero indicati i posti letto, si è indicato il numero di utenti accolti.

Inoltre, laddove non fossero compilati i campi relativi agli operatori equivalenti, si è utilizzato il dato relativo agli operatori complessivi, ipotizzando che non vi fosse discrepanza tra i due e che il dato valesse anche come dato equivalente. Il dato sulle rette è stato determinato in 100% quota sanitaria, salvo diversa indicazione della struttura stessa.

Per correttezza si specifica che è stato fatto un test di controllo sull'affidabilità del calcolo delle rette sulla base del costo personale, applicando la formula anche ai casi con retta dichiarata. Lo scostamento dal valore non è correggibile con l'applicazione di una costante a causa della diversità di organizzazione e personale nelle diverse aziende, rispetto agli standard previsti per le diverse tipologie di strutture dalla Legge Regionale 1616/2008. Di questo occorre tener conto nell'analisi delle evidenze emerse. Il calcolo delle rette include i costi aggiuntivi, tra i quali si evidenziano costi rilevanti quali ad esempio il pagamento di affitti (alcuni in quota sanitaria e quota sociale congiuntamente). Generalmente, per il calcolo del costo retta/die, nei casi in cui era stato dichiarato il costo complessivo annuo, il calcolo è stato fatto utilizzando le giornate di apertura standard (365 per strutture residenziali e 252 per strutture semiresidenziali), salvo per l'Az. Ulss 16 che ha indicato in maniera specifica costi del personale e giornate di apertura.

Nelle tabelle dei pazienti le caselle vuote sono indicative (per la maggior parte dei casi) dello ZERO. La visualizzazione è da perfezionare perché ci sono alcuni dati mancanti.

Inoltre, nelle tabelle dei pazienti, sono state rilevate delle discrepanze tra i totali calcolati automaticamente e quelli prodotti dai compilatori (ci sono stati casi in cui sono stati indicati dei totali incongruenti con gli elementi sommati). Le discrepanze che si possono talora riscontrare sono dovute a questo e possono essere corrette.

### Criticità rilevate con QUESTA RICERCA PROGRES VENETO 2010:

- La varietà delle strutture soprattutto del Privato Sociale con denominazioni, modalità di gestione e di funzionamento anche molto diverse ha determinato delle difficoltà nel corretto inquadramento delle Strutture.
- La distribuzione delle SR è disomogenea, “a macchia di leopardo”. In alcune zone vi è carenza di posti sia di CTRP che di CA, mentre nelle AULss precedentemente sede di ex O.P. è presente una dotazione più elevata, in particolare di CTRP.
- Il numero di posti nei Centri Diurni è ancora probabilmente insufficiente in molte AULss.
- Il censimento delle RSA non è stato accurato a causa della insufficienza delle risposte e della grande variabilità delle situazioni riscontrate. In generale le RSA sono a gestione autonoma del privato sociale, solo alcuni DSM ne hanno mantenuto la direzione tecnica, subentrando il Distretto Socio Sanitario in tutti gli altri casi. Si rileva che per lo più non sono state realizzate SR di lungo-assistenza a valenza socio-sanitaria per i pazienti psichiatrici. Si segnala altresì da un lato la permanenza impropria di pazienti nelle CTRP attive e dall’altro il solo utilizzo alternativo delle Case di Riposo.
- L’indagine sugli esiti è stata solo quantitativa e non qualitativa, ha per il momento verificato soltanto la collocazione ambientale dei pazienti dopo la dimissione e non l’esito dei singoli Percorsi di Cura.
- La risorsa residenziale rappresentata dagli appartamenti a grado variabile di protezione che è una tappa evolutiva importante dei percorsi residenziali è ancora sottoutilizzata in ambito regionale. Non sono stati definiti l’organizzazione, la gestione e il rapporto con gli Enti Locali e le Agenzie territoriali e non è ben chiarito il loro ruolo all’interno della rete dei Servizi del DSM.

### ULTERIORI RIFLESSIONI

Si rende evidente, a giudizio dei ricercatori, come la ricerca possa dare un contributo di riflessione sulla scelta delle future azione migliorative. In merito a ciò offrono una serie di note:

- Miglioramento dell’integrazione fra DSM e Privato Sociale all’interno della rete dei Servizi Psichiatrici Territoriali con definizione delle modalità di collaborazione e ripartizione delle competenze e delle funzioni.
- Maggiore coinvolgimento delle rete dei Servizi distrettuali, degli Enti Locali, del Volontariato al fine di favorire l’integrazione sociale delle SR e di combattere lo stigma.
- Creazione di una rete di SR, sia CTRP che soprattutto CA, diffusa in tutto il territorio regionale che tenga conto delle effettive necessità terapeutico-riabilitative degli utenti. Questa iniziativa potrà consentire il rientro nel proprio contesto sociale degli utenti che attualmente si trovano in SR lontane e fuori regione.
- Programmazione periodica del fabbisogno di Posti Letto nelle Comunità Terapeutiche con riferimento alla evoluzione della clinica (incidenza e nuove patologie).
- Previsione dei tempi ottimali di permanenza nelle diverse tipologie di SR con l’obiettivo di migliorare il quadro clinico, contrastare la cronicità e favorire l’autonomia dei pazienti. Definizione dei programmi di verifica e di turnover.
- Diffusione dei Centri Diurni in tutto il territorio regionale per favorire: la realizzazione dei processi terapeutico-riabilitativi in collegamento con le Comunità Terapeutiche, la riduzione del fenomeno della “delocalizzazione” e la dimissione con il rientro nella famiglia e nel contesto sociale di appartenenza. Il CD dovrebbe diventare il fulcro della riabilitazione del DSM e il Centro di riferimento dei progetti di autonomizzazione.
- Potenziamento nel territorio delle SR a minor grado di protezione e in particolar modo degli Appartamenti, in collaborazione con Enti Locali, Aziende Territoriali di Edilizia Residenziale e Cooperative del Privato Sociale, definendone caratteristiche, ruolo e rapporti con il DSM.
- Attenta riflessione sul difficile tema della lungo assistenza e della risposta alla co-morbilità tra patologia psichiatrica e malattie organiche.

- Individuazione di un modello di gestione delle Comunità Terapeutiche e dei processi terapeutico-riabilitativi condiviso e integrato tra pubblico e privato (linee guida) che privilegi lo sviluppo di progetti terapeutici individualizzati nei percorsi di cura.
- Sviluppo di autonomie del paziente psichiatrico che, oltre a rappresentare un importante risultato per l'utente, costituisce anche una riduzione dei costi di assistenza nel medio-lungo periodo. La stabilizzazione clinica e la Recovery consentono un contenimento della spesa dei ricoveri in SPDC e permettono una riduzione dei costi indiretti secondari all'invalidità e al disadattamento socio-lavorativo.
- Verifica degli Esiti dei Percorsi di Cura in SR. Si propone di effettuare un'indagine qualitativa volta a esaminare il miglioramento o la stabilizzazione clinica, il recupero delle autonomie, le cause dei drop-out, con valutazioni sulla sintomatologia residua, sulla qualità di vita e sull'indice del funzionamento globale.
- Investimento sulla qualificazione del personale e sulla sua formazione al fine di creare prassi e metodologie di lavoro condivise e un modello comune, frutto del confronto fra le diverse esperienze. Utile strumento di integrazione fra pubblico e privato e per l'apprendimento di conoscenze e tecniche di trattamento e di riabilitazione.
- Supervisione dei casi clinici come prassi consolidata necessaria al lavoro integrato della équipe terapeutica multi-professionale.

#### CONCLUSIONI E INVITO AL CONFRONTO:

A continuità di quanto compiuto, si auspica che tale lavoro rappresenti una opportunità e una occasione di dialogo aperto tra tutti, saremo lieti di ricevere Vostri contributi con osservazioni, commenti, idee e proposte,

scrivendo a:

e-mail: [salutementale@regione.veneto.it](mailto:salutementale@regione.veneto.it)

web: [www.regione.veneto.it/salutementale](http://www.regione.veneto.it/salutementale)

Per ulteriori contatti:

P.zzo Molin – S. Polo, 2514

30125 Venezia

Tel. +39 0412793490

Fax +39 041 2793425

*In Copertina: Mariano Bettega (LOBO)\*, La Casa, 1992*

*(\*) Esponente della "BRUT-ART" degli anni'80, padre di un'utente del centro diurno Arcobaleno di Arzignano.*