

Bretagna, piuttosto che Germania e Paesi scandinavi.

Per quanto riguarda la produzione di plasma da inviare alla lavorazione farmaceutica e l'autosufficienza di prodotti emoderivati:

- la produzione italiana (oggi pari a 650.000 Kg/anno e in costante crescita) si attesta, in numeri assoluti, al secondo posto a livello europeo, dopo la Germania; in termini di produzione/1.000 ab. persiste un fortissimo divario fra regioni (da oltre 21 Kg/1.000 ab./anno del Friuli Venezia Giulia a 2,4 Kg/1.000 ab./anno della Campania, con una media nazionale 2008 di 10,85); tutte le regioni del centro-sud (Umbria, Abruzzo, Lazio, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna) fanno registrare un livello di produzione inferiore alla media nazionale, con le punte più basse in Lazio e Campania; i più alti indici di produzione sono appannaggio di Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta ed Emilia Romagna;
- il grado di autosufficienza di farmaci emoderivati è variabile a seconda del tipo di farmaco; con riferimento ai due farmaci driver, si registra un livello di autosufficienza di circa il 45% per l'albumina e 70% per le immunoglobuline aspecifiche per via endovenosa. Per quanto concerne l'albumina, tuttavia, occorre evidenziare che esiste certamente un ampio margine di consumo inappropriato, prevalentemente registrato nelle regioni centro-meridionali.

2.7.3 Indicazioni per la programmazione

Le metodologie adottate per la definizione del programma di autosufficienza nazionale 2008 hanno permesso di stimare con ottima approssimazione, confermata dai primi risultati

registrati, le informazioni fondamentali e di formulare le previsioni per una programmazione regionale e nazionale a garanzia dei livelli essenziali di assistenza trasfusionali. L'imminente attivazione del SISTRA2, introducendo ulteriori strumenti ed informazioni di sistema fino ad oggi mai resi disponibili, consentirà, già dal 2009, di affinare ed anticipare i processi di programmazione annuale e di pianificare ancora più adeguatamente le relative azioni di monitoraggio e verifica.

Gli obiettivi del sistema sangue nazionale di breve e medio termine, oltre a presidiare gli elementi basilari per l'autosufficienza regionale e nazionale, dovranno prendere in considerazione:

- l'esigenza di ridurre il gap nord-sud, con riferimento, in particolare, alla evoluzione delle generali capacità assistenziali delle regioni del centro-sud ed insulari; al riguardo occorre rilevare che, oggi, almeno 5 regioni del sud sono autosufficienti per gli emocomponenti labili ad uso trasfusionale in ragione di una significativa mobilità sanitaria verso le regioni del centro-nord, che interessa molte prestazioni ad elevato impegno assistenziale che, di per sé, richiedono un rilevante supporto trasfusionale;
- interventi specifici volti a presidiare i momenti di criticità delle scorte durante la stagione estiva, anche prevedendo l'organizzazione di scorte strategiche "dinamiche" presso 2-3 regioni, da mobilitare prontamente in caso di necessità, con il coordinamento del CNS;
- una analisi approfondita dei fabbisogni appropriati dei principali farmaci emoderivati e degli end point per la programmazione della produzione di plasma da inviare alla lavorazione farmaceutica, oltre ad inter-

venti volti a promuovere diffusamente l'appropriatezza dell'utilizzo clinico di questi farmaci; tali iniziative saranno auspicabilmente intraprese nell'ambito della definizione del DM di cui all'articolo 26, comma 2, del D. Lgs. 261/07;

- l'attivazione del percorso, ai sensi delle disposizioni vigenti, per la ridefinizione dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici minimi dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta, e per la revisione condivisa del sistema ispettivo regionale e nazionale;
- l'evoluzione tecnico-scientifica della medicina trasfusionale, con particolare riferimento alla qualità e sicurezza dei prodotti e delle prestazioni erogate dai servizi trasfusionali, nonché alle attività svolte dagli stessi nell'ambito della raccolta e conservazione delle cellule staminali emopoietiche, ivi incluse le banche di sangue da cordone ombelicale;
- il rafforzamento della promozione della donazione del sangue e dei suoi componenti ed interventi finalizzati alla fidelizzazione dei

donatori ed al progressivo abbattimento delle donazioni occasionali, in collaborazione con le associazioni e federazioni dei donatori operanti sul territorio nazionale.

Bibliografia essenziale

Catalano L, Abbonizio F, Giampaolo A, Hassan HJ. Registro nazionale del sangue e del plasma: rapporto 2006. Roma, Istituto Superiore di Sanità 2007 (Rapporti ISTISAN 07/46).

DM 26 aprile 2007. Istituzione del Centro Nazionale Sangue di cui all'articolo 12 della legge 219/05. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 145 del 25 giugno 2007.

Decreto del Ministro della Salute 21 dicembre 2007. Istituzione del sistema informativo dei servizi trasfusionali. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 13 del 16 gennaio 2008.

DM 27 marzo 2008. Modificazioni all'allegato 7 del decreto 3 marzo 2005, in materia di esami obbligatori ad ogni donazione di sangue e controlli periodici. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 117 del 20 maggio 2008.

Decreto del Ministro della Salute 11 aprile 2008. Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi derivati anno 2008, ai sensi dell'articolo 14, comma 2, della Legge 219/05, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 136 del 12 giugno 2008.

2.8 Assistenza agli anziani

2.8.1 Introduzione

L'andamento demografico degli ultimi decenni testimonia inequivocabilmente il crescente invecchiamento della popolazione, in Italia come nel resto d'Europa.

Tale invecchiamento indica, in modo analogamente univoco, il crescere dei bisogni assistenziali di questa popolazione, sia in termini di richiesta di prestazioni che di loro complessità.

L'efficacia delle riposte ad un bisogno complesso si gioca sulla capacità di organizzare servizi e percorsi assistenziali integrati, che tengano in considerazione tanto la dimensione sanitaria quanto quella sociale, tanto gli aspetti di promozione dell'invecchiamento quanto più possibile "in buona salute" quanto quelli volti al contenimento della disabilità e della non autosufficienza e, in ultima analisi, i

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 1 – Dimessi in regime ordinario con età maggiore di 64 anni – Anni 1999, 2003, 2006

	Classe di età 65-74 anni					
	Dimessi			Degenza media		
	1999	2003	2006	1999	2003	2006
Piemonte	120.902	100.543	101.772	11,9	11,8	11,5
Valle d'Aosta	3.242	2.435	2.525	10,3	11,3	9,8
Lombardia	298.141	275.582	276.045	9,8	9,1	9,1
P.A. Bolzano	16.057	14.304	13.391	9,1	9,0	9,1
P.A. Trento	16.265	11.828	11.602	11,3	11,7	12,3
Veneto	139.870	113.292	110.817	10,5	10,3	10,2
Friuli Venezia Giulia	35.368	28.369	29.466	9,7	9,2	9,1
Liguria	54.273	45.256	42.054	10,0	9,7	9,6
Emilia Romagna	133.783	113.557	114.900	9,4	9,6	9,6
Toscana	104.128	88.166	83.512	9,5	9,2	8,9
Umbria	29.124	22.867	20.891	7,9	8,2	8,1
Marche	49.748	38.505	37.461	8,9	8,9	8,9
Lazio	159.147	154.208	155.435	11,1	11,3	10,7
Abruzzo	53.570	52.788	50.588	9,2	7,9	7,4
Molise	12.455	11.968	12.295	9,4	9,2	9,3
Campania	149.301	142.174	140.262	8,5	8,1	7,9
Puglia	134.358	118.630	112.877	7,9	7,9	8,4
Basilicata	19.240	16.038	14.167	7,8	8,4	8,4
Calabria	62.976	55.935	50.705	8,6	8,2	8,6
Sicilia	130.832	141.545	127.728	7,7	7,0	7,3
Sardegna	44.680	45.265	41.087	8,8	8,0	8,2
Italia	1.767.460	1.593.255	1.549.580	9,5	9,2	9,1

FONTE: Sistema Informativo Sanitario.

parametri della “qualità della vita”.

La caratterizzazione della risposta assistenziale è fortemente influenzata dai modelli e dai percorsi messi in atto nelle singole Regioni, e per questo presenta un certo grado di variabilità.

Tuttavia le fonti di dati disponibili a livello nazionale, e precisamente quelle del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche sociali, ci consentono di descrivere l'assistenza secondo gli assi principali identificati dal sistema dei Livelli Essenziali di Assistenza, articolabili in Ospedalizzazione, Assistenza domiciliare integrata e Assistenza residenziale, come di seguito specificato.

2.8.2 Ospedalizzazione

Nel 2006, anno a cui si riferiscono i più recenti dati disponibili (Tabella 1), si sono registrati complessivamente 3 milioni e 600 mila ricoveri ordinari per anziani, valore in lieve diminuzione rispetto al 1999; al contrario, la percentuale dei ricoveri degli ultrasessantacinquenni sul totale dei ricoveri è cresciuta nel tempo passando dal 36,9% del 1999 all'attuale 40,4%. La degenza media è pari a 9,1 e 10,7 giornate rispettivamente per le due classi 65-74 e ≥ 75 anni, nettamente superiore quindi al valore riscontrato per il totale dei ricoveri (7,5).

Da una analisi delle modalità di dimissione è possibile rilevare che

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue Tabella 1 – Dimessi in regime ordinario con età maggiore di 64 anni – Anni 1999, 2003, 2006

	Classe di età 75 anni e più					
	Dimessi			Degenza media		
	1999	2003	2006	1999	2003	2006
Piemonte	140.536	130.861	136.294	14,1	13,7	13,8
Valle d'Aosta	3.341	3.400	3.675	15,8	14,3	12,7
Lombardia	311.033	311.257	317.846	10,9	10,6	11,0
P.A. Bolzano	20.307	21.439	20.999	12,5	11,2	11,5
P.A. Trento	21.238	19.996	19.313	13,1	13,6	14,2
Veneto	176.685	168.121	167.546	11,7	11,7	11,8
Friuli Venezia Giulia	54.099	49.056	48.829	10,9	10,7	10,5
Liguria	72.251	70.427	69.476	10,7	10,4	10,5
Emilia Romagna	190.040	185.321	189.031	11,1	11,6	11,8
Toscana	149.829	144.038	138.825	10,4	10,0	9,7
Umbria	34.219	32.771	32.872	8,2	8,5	8,4
Marche	65.043	61.881	61.887	9,9	10,1	10,4
Lazio	174.177	191.590	196.554	12,8	13,6	13,1
Abruzzo	58.437	67.697	67.731	9,7	8,7	8,3
Molise	13.132	15.600	15.715	9,9	9,8	10,5
Campania	119.776	140.156	148.066	9,3	9,2	9,0
Puglia	126.201	132.714	136.930	8,5	8,6	9,5
Basilicata	17.928	18.700	18.709	8,2	9,0	9,3
Calabria	63.720	65.142	63.645	8,7	8,5	8,9
Sicilia	121.203	154.753	152.376	8,0	7,7	8,0
Sardegna	47.986	56.028	51.713	9,5	8,9	9,2
Italia	1.981.181	2.040.948	2.058.032	10,7	10,6	10,7

Fonte: Sistema Informativo Sanitario.

per la gran parte si tratta di dimissioni ordinarie a domicilio del paziente (85,3%) o di decessi (5,1%). Percentuali considerevolmente più basse si osservano nel caso di trasferimenti verso istituti per acuti (2,2%), verso altri regimi di ricovero dello stesso istituto (1,5%) o verso istituti di riabilitazione (1,5%). Va sottolineato che le dimissioni ordinarie presso istituti di lungodegenza o RSA (1,2%), le dimissioni protette a domicilio (0,2%) e le dimissioni con attivazione di ADI (0,3%), rappresentano una quota minimale del totale.

Sempre nel 2006, il tasso di ospedalizzazione per acuti nelle due classi di età considerate (65-74 e ≥ 75 anni) è pari, rispettivamente, a 361 e a 462

ricoveri ogni 1.000 abitanti, mentre nella popolazione generale si registrano circa 217 ricoveri per acuti ogni 1.000 residenti (Figura 1), a testimonianza di quanto cresca il ricorso all'ospedalizzazione con il crescere dell'età.

Sul versante dell'offerta di servizi in regime ospedaliero, si rileva che i posti letto classificati come appartenenti alla disciplina "geriatria" (distribuiti in 175 strutture pubbliche e 33 strutture private accreditate) sono, nel 2007, pari a 5.343; in media 4,5 posti letto ogni 10.000 anziani.

Una valutazione dei tassi di occupazione dei posti letto da parte della popolazione anziana può essere effettuata tenendo in considerazione il

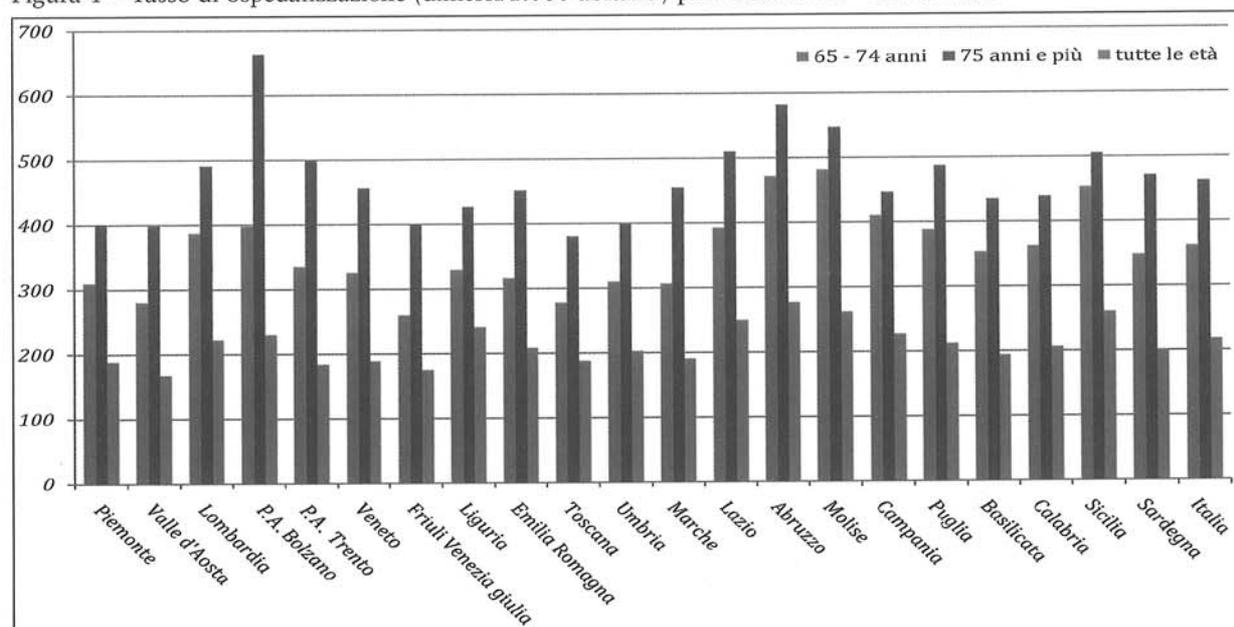
XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue Tabella 1 – Dimessi in regime ordinario con età maggiore di 64 anni – Anni 1999, 2003, 2006

	Tutte le classi di età						Ricoveri età 65 anni e più		
	dimessi			degenza media			per 100 ricoveri totali		
	1999	2003	2006	1999	2003	2006	1999	2003	2006
Piemonte	653.680	539.950	537.690	9,5	9,5	9,5	40,0	42,9	44,3
Valle d'Aosta	17.409	14.949	14.925	8,6	8,5	8,1	37,8	39,0	41,5
Lombardia	1.665.484	1.516.953	1.508.171	7,7	7,3	7,4	36,6	38,7	39,4
P.A. Bolzano	103.075	91.441	85.539	7,4	7,3	7,5	35,3	39,1	40,2
P.A. Trento	91.316	68.968	66.984	8,6	9,4	9,7	41,1	46,1	46,2
Veneto	781.608	665.970	644.847	8,6	8,5	8,5	40,5	42,3	43,2
Friuli Venezia Giulia	196.571	165.072	164.000	8,0	7,8	7,6	45,5	46,9	47,7
Liguria	296.721	248.906	232.339	8,1	8,1	8,1	42,6	46,5	48,0
Emilia Romagna	744.785	664.124	676.681	7,8	8,1	8,2	43,5	45,0	44,9
Toscana	576.979	508.055	476.864	7,8	7,7	7,6	44,0	45,7	46,6
Umbria	151.494	128.059	121.105	6,4	6,6	6,5	41,8	43,4	44,4
Marche	265.590	220.948	220.188	7,4	7,5	7,5	43,2	45,4	45,1
Lazio	952.873	901.509	912.197	8,6	9,0	8,6	35,0	38,4	38,6
Abruzzo	277.585	276.751	272.140	7,4	6,7	6,3	40,4	43,5	43,5
Molise	65.371	61.482	62.724	7,5	7,6	7,8	39,1	44,8	44,7
Campania	943.373	898.105	890.524	6,3	6,2	6,1	28,5	31,4	32,4
Puglia	832.486	710.685	675.293	6,1	6,2	6,6	31,3	35,4	37,0
Basilicata	98.770	79.539	73.347	6,3	6,9	6,9	37,6	43,7	44,8
Calabria	366.429	315.696	294.384	6,7	6,6	6,9	34,6	38,4	38,8
Sicilia	814.964	827.178	756.170	6,1	5,8	6,1	30,9	35,8	37,0
Sardegna	268.621	266.471	245.891	7,1	6,8	6,8	34,5	38,0	37,7
Italia	10.165.184	9.170.811	8.932.003	7,5	7,4	7,5	36,9	39,6	40,4

FONTE: Sistema Informativo Sanitario.

Figura 1 – Tasso di ospedalizzazione (dimessi/1.000 abitanti) per classe di età – Anno 2006



FONTE: Sistema Informativo Sanitario.

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 2 – Assistenza domiciliare integrata per anziani - Anno 2007

Regione	Casi trattati anziani		Casi di anziani per 1.000 residenti anziani	Ore di assistenza erogata per caso trattato			
	Casi	%		Totale	Terapisti della riabilitazione	Infermieri professionali	Altri operatori
Piemonte	17.436	71,8	17,7	19,7	1,4	10,5	7,9
Valle d'Aosta	78	53,1	3,1	176,8	6,2	23,7	146,9
Lombardia	68.874	84,8	36,6	16,3	3,5	10,8	2,0
P.A. Bolzano	452	66,2	5,5	- 0	- 0	- 0	- 0
P.A. Trento	976	56,0	10,2	21,2	- 0	21,2	- 0
Veneto	59.495	81,0	64,2	9,1	0,7	7,3	1,2
Friuli Venezia Giulia	20.241	81,1	73,0	7,3	1,1	6,2	0,1
Liguria	13.863	93,5	32,3	20,9	4,7	13,8	2,5
Emilia Romagna	54.956	85,0	57,2	21,1	0,1	18,8	2,1
Toscana	18.011	81,4	21,2	22,5	1,5	13,4	7,6
Umbria	8.818	81,5	43,2	35,5	1,5	19,5	14,5
Marche	13.484	84,9	38,9	26,5	5,8	18,7	2,1
Lazio	41.363	79,7	38,8	17,9	5,7	11,0	1,3
Abruzzo	10.247	80,7	36,6	20,8	7,3	13,2	0,3
Molise	2.627	45,4	37,2	19,3	4,6	13,4	1,2
Campania	14.674	82,9	16,3	43,9	7,4	27,3	9,2
Puglia	11.564	83,3	16,2	48,1	15,8	31,3	1,1
Basilicata	5.118	75,6	43,2	41,6	13,9	24,5	3,1
Calabria	10.176	77,9	27,6	14,0	3,1	10,2	0,6
Sicilia	9.250	72,4	10,2	29,2	9,6	17,3	2,4
Sardegna	3.575	68,4	12,0	67,7	12,1	54,5	1,1
Italia	385.278	81,2	32,7	20,2	3,5	13,9	2,7

FONTE: Sistema Informativo Sanitario.

fatto che tali pazienti sono ordinariamente trattati anche in tutti gli altri reparti ospedalieri; i dati del 2006 ci permettono di stimare la percentuale di posti letto ospedalieri complessivamente occupati dagli anziani usando anche la percentuale delle giornate di degenza erogate per i ricoveri totali a favore di tale popolazione, percentuale che si attesta al 53,4%.

2.8.3 Assistenza domiciliare integrata

Nel corso degli ultimi anni si è andato sempre più consolidando l'approccio ad una tipologia di intervento che privilegia, per la popolazione anziana, una presa in carico globale

ed il mantenimento, il più a lungo possibile, nel proprio ambiente di vita.

L'ADI è la formula assistenziale che meglio consente di rispondere ad entrambe queste esigenze, con l'obiettivo anche di migliorare la qualità di vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento. A conferma che tale approccio è sempre più seguito dalle Aziende sanitarie italiane, i dati indicano che nel periodo 1999-2007 la quota di popolazione ultrasessantacinquenne trattata in assistenza domiciliare, rispetto al totale della popolazione appartenente alla stessa fascia d'età, è aumentata dall'1,8% al 3,3% (385.278 su un totale di 11.792.751 ultrasessantacinquenni residenti nel 2007).

Analizzando più nel dettaglio la distribuzione territoriale dei dati, si osservano in generale valori tendenzialmente più bassi nelle regioni del Sud e delle Isole, con l'eccezione della sola Basilicata, e valori più elevati nell'Italia Nord orientale (casi Anziani per 1.000 residenti Anziani pari a 64,2 in Veneto e 73,0 nel Friuli Venezia Giulia).

Sul totale della popolazione italiana, per ogni caso trattato in ADI sono state erogate, nel 2007, 20,2 ore di assistenza, con una grande variabilità fra le diverse Regioni. Le figure più presenti ed operative sono gli infermieri (13,9 ore pari al 69,0% del totale di ore erogato) e i terapisti della riabilitazione (3,5 ore pari al 17,5%) (Tabella 2).

2.8.4 Assistenza residenziale e semiresidenziale

Come più volte ricordato, l'invecchiamento della popolazione, l'indebolimento delle reti di sostegno familiare, le politiche di contenimento dei ricoveri ospedalieri impropri hanno portato, a partire dagli anni novanta, ad una crescita considerevole del numero dei presidi residenziali rivolti agli anziani, sia di tipo sanitario che socio-assistenziale.

Il ricovero in queste strutture ha interessato principalmente le fasce di età superiori ai 75 anni e le persone non autosufficienti.

Nel 2005 gli ospiti non autosufficienti nelle strutture socio-assistenziali hanno raggiunto il 70,3% degli anziani assistiti nei servizi residenziali, a fronte del 68,7% nel 2003, del 66,1% nel 2001 e del 45% agli inizi degli anni '90. Al 31 dicembre del 2005 le persone anziane nei presidi residenziali sono 229.628. Le donne sono le principali fruitrici delle strutture, poiché costituiscono il 76,4% degli ospiti anziani, confermando la

maggiore esposizione del genere femminile al rischio di istituzionalizzazione in età avanzata. La distribuzione territoriale dei dati presenta differenze considerevoli: l'80,5% degli anziani assistiti, infatti, si trova nei presidi residenziali del Nord Italia, ma il più marcato invecchiamento demografico di queste regioni non è sufficiente da solo a spiegare tali differenze territoriali.

Il citato potenziamento dei servizi territoriali, e in special modo domiciliari, potrebbe contribuire a contenere gli effetti dell'invecchiamento demografico sulla domanda di assistenza residenziale, tuttavia è anche evidente che il tipo di utenza che si rivolge a tali presidi presenta bisogni diversi e sempre più complessi.

Infatti, per quanto riguarda i dati strettamente sanitari, relativi all'assistenza residenziale e semiresidenziale nel 2007, illustrati nella Tabella 3, rileviamo che in Italia oltre 220.000 anziani hanno ricevuto assistenza residenziale per 229 giorni nel corso dell'anno.

2.8.5 Indicazioni per la programmazione

Alla luce di quanto fin qui esposto, alcuni suggerimenti per la programmazione si presentano come prioritari.

Più nello specifico si ritiene necessario sottolineare come sia necessario:

1. favorire la diffusione e il potenziamento di strumenti quali la valutazione multidimensionale, rivelatasi come uno degli approcci meglio in grado di identificare correttamente l'insieme delle problematiche delle persone anziane;
2. garantire una continuità assistenziale per gli anziani fragili, sia nella transizione territorio ospedale che ospedale territorio, anche attraverso la diffusione di

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 3 – Distribuzione regionale dei posti e dell'attività di strutture sanitarie territoriali per anziani - Anno 2007

Regione	Attività residenziale				Attività semiresidenziale				Utenti per 100.000 anziani
	Posti	Utenti	Giornate di assistenza	Giornate per utente	Posti	Utenti	Giornate di assistenza	Giornate per utente	
Piemonte	15.394	20.292	4.370.863	215	212	583	36.227	62	2.115,0
Valle d'Aosta	5	35	1.500	43	- 0	- 0	- 0	- 0	137,1
Lombardia	54.782	74.173	18.972.499	256	4.875	7.395	894.084	121	4.337,1
P.A. Bolzano	3.298	3.596	1.165.718	324	- 0	- 0	- 0	- 0	4.355,3
P.A. Trento	4.255	4.768	1.459.873	306	- 0	- 0	- 0	- 0	4.969,4
Veneto	25.683	34.520	8.709.654	252	936	1.711	182.292	107	3.908,2
Friuli Venezia Giulia	6.376	14.072	2.174.432	155	15	14	3.514	251	5.079,8
Liguria	2.447	6.362	756.876	119	139	186	26.762	144	1.525,5
Emilia Romagna	17.872	29.258	6.085.424	208	3.221	5.049	649.073	129	3.568,8
Toscana	10.131	13.295	3.138.132	236	1.020	1.478	177.452	120	1.739,8
Umbria	1.479	2.384	483.442	203	63	120	16.595	138	1.227,6
Marche	1.238	3.084	408.269	132	50	78	11.136	143	911,1
Lazio	5.041	6.237	1.468.729	235	50	78	12.373	159	592,5
Abruzzo	1.495	2.951	479.798	163	- 0	- 0	- 0	- 0	1.054,2
Molise	- 0	- 0	- 0	- 0	- 0	- 0	- 0	- 0	- 0
Campania	396	522	101.977	195	55	33	3.960	120	61,8
Puglia	264	535	61.325	115	- 0	- 0	- 0	- 0	74,9
Basilicata	193	362	60.132	166	- 0	- 0	- 0	- 0	305,6
Calabria	957	1.151	270.314	235	- 0	- 0	- 0	- 0	311,9
Sicilia	683	2.399	188.615	79	- 0	- 0	- 0	- 0	263,5
Sardegna	756	724	113.592	157	60	88	3.579	41	272,1
Italia	152.745	220.720	50.471.164	229	10.696	16.813	2.017.047	120	2.014,2

FONTE: Sistema Informativo Sanitario.

- professionalità dedicate e specificamente formate (case manager);
3. potenziare e qualificare sempre di più l'assistenza domiciliare integrata, che consente non solo una presa in carico globale ma anche il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita;
 4. potenziare, qualificare e diffondere i Punti Unici di Accesso (PUA), concepiti come "funzioni" territoriali in grado di accogliere, informare e promuovere la presa in carico sociale e sanitaria;
 5. garantire in tutti i nodi della rete assistenziale (pronto soccorso, degenza, medico di medicina generale, distretto, servizi specialistici, ecc.) una precoce identificazione degli anziani fragili a più alto

rischio di disabilità, attraverso l'implementazione di specifici percorsi diagnostici assistenziali e riabilitativi.

Bibliografia essenziale

- Istat. L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia. Anno 2005. Roma, Ottobre 2008.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Rapporto annuale sulle attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO, Anno 2006.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione generale del sistema informativo. Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale. Anno 2007.

2.9 La presa in carico delle condizioni di fragilità e di non autosufficienza

2.9.1 Introduzione

Si definiscono non autosufficienti coloro che hanno subito una perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, a seguito di patologie congenite o acquisite o di disabilità, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana. La condizione di fragilità è caratterizzata da un fenomeno sindromico che coinvolge molti sistemi ed esita in una perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi. Tale condizione è determinata dalla concomitanza di diversi fattori: biologici, psicologici e socioambientali che, agendo in modo sinergico, si amplificano e si perpetuano vicendevolmente. Pur non essendo una condizione esclusiva della popolazione anziana, il fenomeno è prevalentemente osservabile nella fascia degli ultra settantacinquenni dove la cronicità, la comorbilità, la compromissione funzionale, la polifarmacoterapia e le problematiche di tipo socio-sanitario, giocano un ruolo determinante. Disabilità e fragilità spesso coesistono: la disabilità indica la perdita della funzione, la fragilità indica una situazione di instabilità nella quale è insito il rischio di perdita della funzione per l'elevata suscettibilità ad eventi stressanti.

Una migliore aspettativa di vita, l'invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative hanno imposto di ripensare alle caratteristiche dell'offerta assistenziale effettuata presso il domicilio della persona o presso strutture sanitarie residenziali o semiresidenziali, per garantire risposte adeguate a bisogni complessi, nell'ambito di percorsi dia-

gnostico-terapeutici-assistenziali personalizzati.

2.9.2 L'offerta di assistenza socio-sanitaria e la presa in carico

Fino ad alcuni anni fa, l'assistenza domiciliare si presentava come una sorta di contenitore indistinto che non teneva in debito conto il fatto che pazienti, contesti e obiettivi degli interventi possono essere molto diversi e non immediatamente confrontabili (case mix a differente complessità): il costo e gli esiti di un piano di cura centrato sulla educazione-informazione o trasferimento alla famiglia di conoscenze e competenze per atti di cura semplici, di per sé esauribile con pochi accessi di personale, sono diversi da quelli di un intervento terapeutico palliativo ad alta o media intensità sanitaria e assistenziale, che coinvolge professionalità differenti, anche ad alta specializzazione. Si tratta in sostanza di superare le letture semplicistiche degli interventi domiciliari, per caratterizzare diversi profili di cura domiciliari per livelli differenziati in funzione della natura del bisogno, dell'intensità, definita attraverso l'individuazione di un coefficiente specifico CIA (Coefficiente di intensità assistenziale: numero Giornate effettive assistenza/ numero Giornate di cura), della complessità in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel piano assistenziale individuale, della durata media in relazione alle fasi temporali intensiva, estensiva e di lungoassistenza e delle fasce orarie di operatività dei servizi erogatori di cure domiciliari.

Analogamente, l'assistenza erogata all'interno di strutture residenziali e semiresidenziali, definita di norma come "assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche", deve essere ulteriormente declinata e articolata in funzione della organizzazione generale e delle risorse poste in campo dalla struttura erogatrice per rispondere agli specifici bisogni clinici e assistenziali dei pazienti ospitati, che possono disporsi lungo la scala della intensità/complessità, dall'estremo dei trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali (ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno) alle prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

Tenendo conto di questa necessità, nel corso degli ultimi anni si sono sviluppati numerosi progetti volti a ridefinire l'offerta assistenziale alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza, sia per finalità di programmazione che di rilevazione e verifica. Particolarmente importanti sono stati i documenti prodotti, negli anni 2006 e 2007, dalla Commissione nazionale Lea sulla "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" e sulle "Prestazioni residenziali e semiresidenziali", i cui contenuti sono alla base della proposta di revisione dei Livelli essenziali di assistenza, in corso di approvazione, della definizione dei nuovi flussi informativi sull'assistenza domiciliare e residenziale, nonché dell'attività di verifica dell'effettiva erogazione dei Lea nelle Regioni italiane da parte del Tavolo di monitoraggio istituito in attuazione dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.

Secondo l'impostazione delineata nei documenti, l'assistenza domici-

liare può essere definita come l'insieme integrato di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici, effettuati presso il domicilio della persona sotto la responsabilità clinica del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta, o nei casi previsti, del medico competente per la terapia del dolore e le cure palliative; in base al bisogno di salute dell'assistito, al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale esse si distinguono in:

- a) cure domiciliari integrate (ADI) di I e II livello, rivolte a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (I livello) o 6 giorni (II livello);
- b) cure domiciliari integrate a elevata intensità (III^o livello) fornite a persone affette da patologie con un elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, per le quali è necessario garantire una continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni anche per la necessità di supportare la famiglia o il care-giver.

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni sociali di natura sanitaria di aiuto personale e assistenza tutelare disciplinate dalle Regioni secondo i propri modelli assistenziali.

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale e semiresidenziale, è necessario distinguere le seguenti tipologie di trattamento:

- a) trattamenti intensivi ed estensivi di cura e recupero funzionale nei casi in cui la patologia, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiede un'elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti

- da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici;
- b) trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente “protesico” a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnemonico è associato a disturbi del comportamento o dell’affettività; i trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con la garanzia della continuità assistenziale;
- c) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con la garanzia della continuità assistenziale e da attività di socializzazione e animazione.

In ambito semiresidenziale si fa riferimento a:

- a) trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente “protesico”, ivi compresi interventi di sollievo, a persone con demenza senile;
- b) trattamenti di lungoassistenza, di recupero e di mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

È da sottolineare, tuttavia, che le prestazioni di assistenza domiciliare e residenziale non sono ad oggi realizzate in maniera uniforme nelle diverse realtà regionali. L’attivazione dei nuovi LEA e di concomitanti azioni culturali potranno migliorare le performance, in modo da rispondere con maggior appropriatezza ed uniformità ai bisogni delle persone non autosufficienti.

2.9.3 La valutazione multidimensionale e la presa in carico

La presa in carico è stata regolamentata dal DPCM 14 febbraio 2001

“Atto di Indirizzo e Coordinamento in Materia di Prestazioni Socio-Sanitarie”. Agire tramite la presa in carico significa favorire la multidisciplinarietà delle prestazioni e quindi la completezza dell’intervento. Va ancora sottolineato che la presa in carico, oltre che rispondere alle diverse dimensioni del bisogno, orienta anche il cittadino fragile che spesso si avvicina al Servizio Sanitario senza la piena consapevolezza delle proprie necessità, a trovare una unitarietà di risposte nel sistema dei servizi integrati a carattere socio-sanitario.

L’integrazione sociosanitaria, con la sua processualità, dalla segnalazione, alla valutazione multidimensionale, all’intervento reso, è la modalità strutturale più idonea per rispondere alla persona fragile, perché considera condizioni di salute, caratteristiche personali e sociali, caratteristiche ambientali, valutando il cambiamento dei “pesi” e delle relazioni tra esse, in ordine ai rapporti tra condizioni di salute e risorse offerte dall’ambiente familiare e di vita.

Il trend operativo che si deve seguire per rendere ottimali i livelli essenziali nei confronti delle fragilità/non autosufficienze è quello di “combinare i livelli di assistenza in una rete”, affinché ci sia la continuità assistenziale e la sinergia delle risposte. Si può comprendere quindi come la presa in carico, preceduta dalla valutazione multidimensionale (VMD) e concretizzata con il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), diventi il focus per gestire nella rete i processi assistenziali a favore delle fragilità.

La valutazione multidimensionale (VMD) è la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell’ospite, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche. La VMD deve essere attuata con strumenti scientificamente validati omogenei almeno

su scala regionale. Gli strumenti di VMD devono consentire la individuazione di un indice sintetico di misurazione del case-mix assistenziale e/o della “fragilità”, e devono essere ripetute periodicamente, al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l’esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l’assistenza erogata.

In campo internazionale, gli Stati che per primi hanno registrato lo sviluppo dei sistemi residenziali si sono posti da tempo il problema della classificazione delle prestazioni.

Negli Stati Uniti, esperienze di questo tipo hanno cominciato a maturare già negli anni '70 con alcuni tentativi di sistematizzazione dei flussi informativi. Negli anni '80, su mandato del Medicare (programma di assicurazione medica amministrato dal governo degli Stati Uniti, riguardante le persone dai 65 anni), un gruppo di studiosi ha iniziato lo sviluppo del sistema RUG (Resource Utilization Groups), che attraverso diverse evoluzioni (RUG II, RUG T-18, RUG III) è giunto alla attuale formulazione che individua 7 classi di assistenza, declinabili in 44 gruppi isorisorse.

Il RUG è parte essenziale del MDS (Minimum Data Set), sistema di valutazione multidimensionale che consente la programmazione dell’assistenza e costituisce una piattaforma informativa comune ai sistemi residenziali, di post-acuzie (MDS-PAC), domiciliari (MDS-HC), psichiatrici (MDS-MH e CMH), cure palliative (MDS-PC).

In Australia è stato sviluppato un sistema autonomo, il RCS (Resident Classification Scale), che indaga le diverse aree del bisogno assistenziale con modalità simili al MDS/RUG (McCarthy 1997).

In Italia non esiste un unico sistema di valutazione multidimensionale; infatti, la maggior parte delle Regioni ha adottato strumenti differenti, quali ad esempio, SVAMA, SOSIA, AGED,

acronimi di altrettante schede di valutazione multidimensionale.

2.9.4 Indicazioni per la programmazione

Il Punto Unitario di Accesso (PUA)

Nel processo di elaborazione di un nuovo modello di offerta socio-sanitaria alle persone non autosufficienti o in condizione di fragilità, si è posto con evidenza il problema di individuare e implementare un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sanitari e sociali, in grado di garantire continuità e qualità della presa in carico, semplificazione delle procedure e integrazione dei servizi a tutti i livelli. Il sistema, variamente denominato negli atti di programmazione nazionale e regionale come “punto unico” o “punto unitario” o “porta unica” di accesso, ma anche “sportello unico” o “punto insieme”, svolge il compito fondamentale di accogliere e recepire le esigenze della persona, orientare e indirizzare le richieste più semplici, nei casi più complessi “prendere in carico” la persona e attivare il processo di valutazione multidimensionale per formulare un progetto personalizzato di assistenza (PAI) che garantisca l’integrazione degli interventi sanitari e sociali, in coerenza con le effettive necessità tutelari, cliniche e assistenziali.

L’Age.Na.S. (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), nell’ambito dell’attività di ricerca finalizzata (2006-2007), ha realizzato uno studio per individuare una soluzione concreta ed operativa alla frammentazione attuale delle risposte ai bisogni assistenziali complessi, con la creazione di un modello condiviso a livello nazionale per il Punto Unitario di Accesso (PUA). Inoltre, nell’ambito del Programma CCM 2007 è stato avviato un progetto, coordinato dalla Regione Toscana “Individuazione ed

Implementazione di un sistema di accesso unico alla rete dei servizi sociali e sanitari della persona con disabilità”, per la messa a punto di un modello operativo PUA, costruito sui bisogni della persona, per la garanzia di una maggiore equità nell’accesso ai servizi ed alla presa in carico.

Ad oggi, quasi tutte le regioni hanno previsto il PUA, in via sperimentale presso alcune Asl ovvero come modello organizzativo diffuso su tutto il territorio regionale. Diventa pertanto cruciale valutare i risultati prodotti dall’istituzione del PUA, in termini di qualità, efficacia ed efficienza.

Occorre, infine, considerare che il PUA rientra tra i servizi da rafforzare (ovvero da attivare laddove non ancora previsto) mediante l’utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze distribuito alle Regioni e alle Province autonome per assicurare prestazioni sociali aggiuntive rispetto a quelle sanitarie in favore delle persone non autosufficienti,

nella prospettiva di definire un sistema di servizi integrati socio-sanitari con caratteristiche qualitative e quantitative omogenee su tutto il territorio nazionale. Le risorse sono destinate alla presa in carico della persona non autosufficiente mediante piani individualizzati di assistenza, il rafforzamento dei punti unici di accesso alla rete dei servizi e l’assistenza domiciliare. Al Fondo sono state assegnate risorse nella misura di 100 milioni di euro per l’anno 2007, 300 milioni per il 2008 e 400 milioni per il 2009.

Bibliografia essenziale

Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza “Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio” e “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” Sito web del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Progetto Mattoni SSN, Mattone 12 “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” – Relazione Finale. Trabucchi M. I Vecchi, la città e la medicina, Il Mulino, 2005.

2.10 Tutela della salute mentale

2.10.1 Introduzione

Nel nostro Paese, le precedenti azioni programmatiche hanno portato al consolidamento di un modello organizzativo dipartimentale ed alla individuazione di una prassi operativa mirata a intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro ecc.), in collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali. Si tratta, da un lato, di ottimizzare l’organizzazione e la coordinazione dei servizi formali e informali deputati alla tutela

della salute mentale, dall’altro di definire strategie innovative che abbiano le caratteristiche di una sorta di “patto per la salute mentale” stipulato tra molteplici attori (sanitari e sociali, pubblici e privati, enti locali, forme della cittadinanza attiva, risorse del territorio), e volto alla valorizzazione delle risorse umane, materiali, territoriali.

L’istituzione dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) è stata formalizzata da tutte le Regioni e Province Autonome.

In linea generale vi è un DSM in ciascuna Azienda USL, dotato dei seguenti servizi:

- a. servizi per l'assistenza ambulatoriale-territoriale: i Centri di Salute Mentale (CSM);
- b. servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD);
- c. servizi residenziali: strutture residenziali (SR);
- d. servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH).

L'offerta assistenziale è completata dalle case di cura private.

2.10.2 Presentazione e commento dei dati

Ancora in mancanza del Sistema Informativo Nazionale per la Salute mentale, vengono qui di seguito illustrati i dati più recenti, relativi al 2007, sulla rete dei dipartimenti per la salute mentale e di tutte le componenti organizzative, rilevati da più fonti ufficiali: 1) le schede del Sistema Informativo Sanitario Nazionale sulle strutture semiresidenziali, residenziali e di ricovero, e i dati sul personale; 2) il censimento dei Dipartimenti e i Centri di Salute Mentale, effettuato attraverso una ricerca coordinata dalla Regione Piemonte, commissionata dal Ministero nell'ambito dei finanziamenti per la ricerca finalizzata.

I dati sull'attuale rete dei servizi verranno posti a confronto con i dati raccolti in una precedente rilevazione, effettuata nel 2001 dal Ministero della Sanità. Attraverso tale confronto sarà possibile valutare la stabilità della rete, in rapporto agli standard determinati nel Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000".

Standard tendenziali:

- Centri di Salute Mentale: una struttura ogni 150.000 ab. con un orario di apertura di almeno 12 ore al giorno per sei giorni;
- Centri Diurni: una struttura ogni 150.000 ab. con un orario di aper-

tura di almeno 8 ore al giorno per sei giorni;

- per i posti letto ospedalieri (Day Hospital e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) lo standard è di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti;
- per i posti letto delle strutture residenziali lo standard è di 1 posto letto ogni 10.000 ab., che può essere raddoppiato per quelle Aziende sanitarie in cui insistevano ospedali psichiatrici.

Dipartimenti di Salute Mentale (Tabella 1)

Ne sono censiti 214; nel 2001 erano 211. In linea generale vi è un DSM in ciascuna Azienda USL; fa eccezione il Piemonte con ASL dotate di più di un DSM; in Molise, al contrario, vi è un solo DSM per il territorio di due Aziende USL. Altra particolarità è rappresentata dalla Lombardia in cui la gestione dei DSM fa capo ad Aziende ospedaliere. È interessante notare la variabilità del bacino di utenza medio per ciascun DSM nelle varie regioni. Se la media nazionale è pari a circa 1 DSM per 275 mila abitanti, si hanno situazioni con 1 DSM per oltre 450 mila abitanti in Sicilia, Trento, Campania e Lazio; i valori più bassi, con 1 DSM per meno di 150 mila abitanti, si hanno in Molise, Marche, Basilicata, Bolzano e Valle d'Aosta.

Centri di Salute Mentale (Tabella 1)

Sono 708 con un tasso/popolazione pari a 1,81, quasi doppio rispetto allo standard; comunque superiore ad esso si presentano i tassi in tutte le regioni. Nel 2001 erano 707, con un tasso pari a 1,83.

Il tasso più alto è quello del Friuli Venezia Giulia (2,73); seguono Trento (2,69), Calabria (2,47) e Umbria (2,42); i tassi più bassi si hanno in Molise (0,47), Valle d'Aosta (1,21), Basilicata (1,26) e Sicilia (1,44).

Il confronto con i tassi rilevati nel

2001 mostra una lieve flessione di 0,03 del tasso nazionale; le flessioni più significative si sono avute a Trento (da 3,17 a 2,69), Toscana (da 2,16 a 1,74) e Veneto (da 1,76 a 1,55); gli incrementi significativi a Bolzano (da 1,30 a 2,49) e in Abruzzo (da 1,52 a 1,84).

Strutture di ricovero (Tabella 2)

Posti letto pubblici

Il numero totale dei posti letto ospedalieri pubblici (somma dei posti letto degli SPDC, dei DH) è pari 4.722, a cui corrisponde un valore del tasso posti letto pubblici/popolazione pari a 0,80, inferiore allo standard. Il tasso supera lo standard in

Valle d'Aosta, Bolzano, Veneto, Liguria, Marche, Molise e Sicilia (con un range fra 1,86 e 1,01); i tassi più bassi si hanno in Campania (0,36), Umbria, Friuli Venezia Giulia e Sardegna (0,51).

Il confronto con i tassi rilevati nel 2001 mostra una lieve flessione del tasso nazionale pari a 0,08; flessioni più o meno significative si verificano in tutte le Regioni, ad eccezione di Lombardia, Liguria, Toscana, Umbria, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia.

Posti letto privati convenzionati

Il numero totale dei posti letto privati (somma dei posti letto in degenza ordi-

Tabella 1 – Dipartimenti di salute mentale (DSM) e Centri di Salute Mentale (CSM)

Regioni e Province autonome	Dipartimenti salute mentale (DSM)			
	N° DSM 2007	Bacino di utenza medio	N° DSM 2001	Bacino di utenza medio
Piemonte	25	173.669	24	178.644
Valle d'Aosta	1	123.978	1	120.343
Lombardia	29	326.731	28	330.100
P.A. Bolzano	4	120.663	4	115.636
P.A. Trento	1	502.478	1	473.714
Veneto	21	225.634	21	214.844
Friuli Venezia Giulia	6	201.380	6	197.529
Liguria	5	322.027	5	325.174
Emilia Romagna	13	322.120	13	306.242
Toscana	12	301.656	12	294.699
Umbria	4	216.970	4	208.872
Marche	13	117.601	13	112.384
Lazio	12	442.065	12	438.673
Abruzzo	7	186.472	6	213.169
Molise	3	106.969	3	109.329
Campania	13	445.456	13	444.689
Puglia	12	339.293	12	340.437
Basilicata	5	118.817	5	121.237
Calabria	11	182.220	11	186.407
Sicilia	9	557.468	9	565.310
Sardegna	8	206.960	8	206.486
ITALIA	214	274.541	211	274.205

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale del Sistema Informativo - Ufficio di Direzione Statistica - Settore Salute.

Progetto ricerca finalizzata Prog-CSM Regione Piemonte, Centro Studi e ricerche in Psichiatria

FONTE POPOLAZIONE: Istat.

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue Tabella 1 - Dipartimenti di salute mentale (DSM) e Centri di Salute Mentale (CSM)

Regioni e Province autonome	Centri di salute mentale (CSM)					
	N° CSM 2007	Tasso x 150.000 abitanti	N° CSM 2001	Tasso x 150.000 abitanti	Variazione del numero	Variazione del tasso
Piemonte	68	2,349	68	2,379	0	-0,030
Valle d'Aosta	1	1,210	1	1,246	0	-0,037
Lombardia	100	1,583	96	1,558	4	0,025
P.A. Bolzano	8	2,486	4	1,297	4	1,189
P.A. Trento	9	2,687	10	3,166	-1	-0,480
Veneto	49	1,551	53	1,762	-4	-0,211
Friuli Venezia Giulia	22	2,731	23	2,911	-1	-0,180
Liguria	17	1,584	20	1,845	-3	-0,261
Emilia Romagna	47	1,684	48	1,809	-1	-0,125
Toscana	42	1,740	51	2,163	-9	-0,423
Umbria	14	2,420	14	2,514	0	-0,094
Marche	15	1,472	15	1,540	0	-0,068
Lazio	70	1,979	72	2,052	-2	-0,072
Abruzzo	16	1,839	13	1,525	3	0,314
Molise	1	0,467	1	0,457	0	0,010
Campania	66	1,710	61	1,583	5	0,127
Puglia	53	1,953	49	1,799	4	0,153
Basilicata	5	1,262	5	1,237	0	0,025
Calabria	33	2,470	32	2,341	1	0,129
Sicilia	48	1,435	48	1,415	0	0,020
Sardegna	24	2,174	23	2,089	1	0,086
Italia	708	1,808	707	1,833	1	-0,025

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale del Sistema Informativo - Ufficio di Direzione Statistica - Settore Salute.

Progetto ricerca finalizzata Prog-CSM Regione Piemonte, Centro Studi e ricerche in Psichiatria

Fonte POPOLAZIONE: Istat.

naria-DO, e in DH) è pari a 2.058. In confronto alla rilevazione del 2001, che aveva registrato 3.994 posti letto, risulta notevole la diminuzione di 1.936 posti letto.

Totale posti letto (pubblici e privati)

Il totale complessivo nazionale è di 6.780 posti letto. La distribuzione percentuale fra posti letto pubblici e posti letto privati corrisponde, sul totale nazionale, al 69,6% per i pubblici e al 30,4% per i privati. Tale distribuzione varia notevolmente nelle regioni. In Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Lazio, Molise, Basilicata e Sardegna il 100%

dei posti è pubblico. Il rapporto è ancora decisamente a favore del pubblico in Lombardia (98,0%), Puglia (92,4%), Marche (89,5%). La situazione si inverte, con una percentuale maggiore per i posti letto privati solamente in Piemonte (66,0%) ed Emilia Romagna (66,7%).

Nel confronto con la rilevazione del 2001, è generalmente aumentata la percentuale dei posti pubblici rispetto a quelli privati, tranne che per l'Emilia Romagna, il Veneto e la Sicilia.

Strutture semiresidenziali (centri diurni) e residenziali (Tabella 3)

Centri Diurni

Sono presenti 755 CD, con un