

tasso/popolazione pari a 1,93, superiore allo standard. I tassi più alti si hanno in Friuli Venezia Giulia (3,85), Veneto (3,55) e Umbria (3,46). La Valle d'Aosta continua ad essere priva di CD. Tassi inferiori allo standard si hanno in Calabria, Puglia, Sardegna e Sicilia.

Il confronto con i tassi rilevati nel 2001 mostra un incremento del tasso nazionale pari a 0,34; gli incrementi maggiori si sono verificati in Molise, Bolzano, Lombardia, Umbria, Veneto, Emilia Romagna e Basilicata.

Strutture residenziali

Sono complessivamente 1.577, per un totale di 17.576 posti letto residenziali.

Il tasso nazionale dei posti letto/popolazione è 2,99, valore superiore allo standard. Si ricorda che lo standard tendenziale è di 1 posto per 10.000 abitanti, che può essere portato a 2 nelle regioni interessate al processo di chiusura degli ex ospedali psichiatrici. Tale processo si è svolto in tutte le regioni, tranne che in Valle d'Aosta, nella P.A. di Bolzano e in Molise.

I tassi inferiori a 2,0 si hanno solamente in Molise e Campania. Il tasso più alto si ha in Abruzzo (5,96). Tassi superiori a 4,0 si hanno in Piemonte Umbria, Basilicata e Liguria.

Il confronto con i tassi rilevati nel 2001 mostra una sostanziale stabilità del tasso nazionale; incrementi significativi sono presenti in Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto e Lazio. Nel resto delle altre regioni si ha una diminuzione del numero di CD ma con tassi, comunque, attestati su valori vicini allo standard.

Il personale in servizio nei DSM

I dati rilevati dal Sistema Informativo Sanitario Nazionale si riferiscono a 175 dipartimenti di salute mentale, su 214 operanti nel territorio nazionale. Anche se si tratta di una

copertura parziale del dato nazionale, si ritiene utile illustrare la distribuzione delle varie figure professionali rilevata.

Le varie figure professionali sono distribuite come di seguito (numero e percentuale sul totale):

■ medici	4.693	(20,1%)
■ psicologi	1.553	(6,7%)
■ sociologi	80	(0,3%)
■ terapisti della riabilitazione psichiatrica	257	(1,1%)
■ educatori	1.311	(5,6%)
■ assistenti sociali	1.082	(4,6%)
■ infermieri	11.584	(49,7%)
■ operatori tecnici dell'assistenza (OTA)	2.137	(9,2%)
■ amministrativi	633	(2,7%)

Si propone un confronto con la rilevazione del 2001, non tanto per i valori assoluti, che, come già detto, non rappresentano il personale di tutti i DSM, ma solamente per la distribuzione percentuale delle varie figure professionali che, come si vede, è pressoché sovrapponibile:

■ medici	5.561	(18,1%)
■ psicologi	1.850	(6,0%)
■ sociologi	120	(0,4%)
■ terapisti della riabilitazione psichiatrica	171	(0,6%)
■ educatori	2.095	(6,8%)
■ assistenti sociali	1.551	(5,1%)
■ infermieri	14.760	(48,1%)
■ operatori tecnici dell'assistenza (OTA)	2.698	(8,8%)
■ amministrativi	605	(2,0%)

2.10.3 Indicazioni per la programmazione

La distribuzione quantitativa di tutti i servizi dei DSM soddisfa gli standard tendenziali nazionali, con valori superiori per i Centri di salute

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 2 – Strutture di ricovero ospedaliero. Posti letto pubblici (SPDC e DH) e privati (Case di cura e DH)

Regioni e Province autonome	Posti letto pubblici						Posti letto privati		
	Totale posti letto pubblici (DO e DH) 2007	Tasso posti letto x 10.000 abitanti	Totale posti letto pubblici (DO e DH) 2001	Tasso posti letto x 10.000 abitanti	Variazione n. posti letto	Variazione del tasso	Totale posti letto privati (DO e DH) 2007	Totale posti letto pubblici (DO e DH) 2001	Variazione n. posti letto
Piemonte	318	0,732	345	0,805	-27	-0,072	617	689	-72
Valle d'Aosta	23	1,855	23	1,911	0	-0,056	0	0	0
Lombardia	866	0,914	820	0,887	46	0,027	18	50	-32
P.A. Bolzano	71	1,471	81	1,751	-10	-0,280	0	0	0
P.A. Trento	48	0,955	79	1,668	-31	-0,712	0	0	0
Veneto	597	1,260	786	1,742	-189	-0,482	339	392	-53
Friuli Venezia Giulia	62	0,513	188	1,586	-126	-1,073	0	0	0
Liguria	205	1,273	186	1,144	19	0,129	0	20	-20
Emilia Romagna	264	0,630	317	0,796	-53	-0,166	528	124	404
Toscana	330	0,912	246	0,696	84	0,216	154	135	19
Umbria	44	0,507	33	0,395	11	0,112	0	0	0
Marche	128	0,837	149	1,020	-21	-0,183	15	20	-5
Lazio	365	0,688	279	0,530	86	0,158	0	973	-973
Abruzzo	131	1,004	137	1,071	-6	-0,068	40	40	0
Molise	39	1,215	39	1,189	0	0,026	0	0	0
Campania	206	0,356	370	0,640	-164	-0,284	160	909	-749
Puglia	243	0,597	238	0,583	5	0,014	20	40	-20
Basilicata	50	0,842	53	0,874	-3	-0,033	0	0	0
Calabria	139	0,693	165	0,805	-26	-0,111	30	489	-459
Sicilia	509	1,015	500	0,983	9	0,032	137	93	44
Sardegna	84	0,507	99	0,599	-15	-0,092	0	20	-20
ITALIA	4.722	0,804	5.133	0,887	-411	-0,083	2.058	3.994	-1936

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

FONTE POPOLAZIONE: Istat.

mentale, i Centri Diurni e le Strutture residenziali (pubbliche e private convenzionate).

Non altrettanto soddisfacente appare il quadro delle risorse umane messe in campo, con disomogeneità da un territorio all'altro. È, tuttavia, fondamentale, notare come non sia più procrastinabile l'attivazione del Sistema Informativo per la salute mentale.

Il sistema informativo nazionale per la salute mentale, nel rispetto

della privacy dei cittadini-utenti, è concepito per costituire una base dati integrata, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni sia a livello di azienda sanitaria che di regione o provincia autonoma. Tutto ciò ritenendo che l'organizzazione della raccolta dei dati individuali, così come il cittadino li genera nelle varie fasi del suo rapporto con il SSN, permetta una valutazione di efficacia, efficienza ed appropriatezza delle organizzazioni sanitarie e dei

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Totale posti letto pubblici e privati								
Totale posti letto pubblici e privati 2007	Totale posti letto pubblici e privati 2001	Variazione n. posti letto	% p.l. pubblici 2007	% p.l. privati 2007	% p.l. pubblici 2001	% p.l. privati 2001	Popolazione 2001	Popolazione 2007
935	1.034	-99	34,0	66,0	33,4	66,6	4.287.465	4.341.733
23	23	0	100,0	0,0	100,0	0,0	120.343	123.978
884	870	14	98,0	2,0	94,3	5,7	9.242.807	9.475.202
71	81	-10	100,0	0,0	100,0	0,0	462.542	482.650
48	79	-31	100,0	0,0	100,0	0,0	473.714	502.478
936	1.178	-242	63,8	36,2	66,7	33,3	4.511.714	4.738.313
62	188	-126	100,0	0,0	100,0	0,0	1.185.172	1.208.278
205	206	-1	100,0	0,0	90,3	9,7	1.625.870	1.610.134
792	441	351	33,3	66,7	71,9	28,1	3.981.146	4.187.557
484	381	103	68,2	31,8	64,6	35,4	3.536.392	3.619.872
44	33	11	100,0	0,0	100,0	0,0	835.488	867.878
143	169	-26	89,5	10,5	88,2	11,8	1.460.989	1.528.809
365	1.252	-887	100,0	0,0	22,3	77,7	5.264.077	5.304.778
171	177	-6	76,6	23,4	77,4	22,6	1.279.016	1.305.307
39	39	0	100,0	0,0	100,0	0,0	327.987	320.907
366	1.279	-913	56,3	43,7	28,9	71,1	5.780.958	5.790.929
263	278	-15	92,4	7,6	85,6	14,4	4.085.239	4.071.518
50	53	-3	100,0	0,0	100,0	0,0	606.183	594.086
169	654	-485	82,2	17,8	25,2	74,8	2.050.478	2.004.415
646	593	53	78,8	21,2	84,3	15,7	5.087.794	5.017.212
84	119	-35	100,0	0,0	83,2	16,8	1.651.888	1.655.677
6.780	9.127	-2347	69,6	30,4	56,2	43,8	57.857.262	58.751.711

trattamenti dalle stesse attività, in risposta ai bisogni di salute dell'utenza.

Il sistema mira alla piena condivisione delle informazioni tra aziende sanitarie, regioni o province autonome e amministrazioni centrali, basandosi su tracciati record di scambio, consentendo così la cooperazione ed integrazione dei diversi sistemi informativi localmente in uso che rimangono pertanto gestiti in piena autonomia dalle singole amministrazioni regionali.

Le funzioni principali del sistema informativo nazionale per la salute mentale possono sintetizzarsi nelle seguenti:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni, e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali del DSM, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito,

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 3 – Le strutture semiresidenziali e residenziali

Regioni e Province autonome	Strutture semiresidenziali (centri diurni)					
	N. strutture 2007	Tasso x 150.000 abitanti	N. strutture 2001	Tasso x 150.000 abitanti	Variazione del numero	Variazione del tasso
Piemonte	47	1,62	56	1,95	-9	-0,33
Valle d'Aosta	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Lombardia	162	2,56	68	1,10	94	1,46
P.A. Bolzano	6	1,86	1	0,32	5	1,54
P.A. Trento	7	2,09	6	1,90	1	0,19
Veneto	112	3,54	74	2,46	38	1,08
Friuli Venezia Giulia	31	3,84	33	4,17	-2	-0,32
Liguria	22	2,05	18	1,66	4	0,38
Emilia Romagna	57	2,04	39	1,46	18	0,57
Toscana	65	2,69	75	3,18	-10	-0,48
Umbria	20	3,45	12	2,15	8	1,30
Marche	16	1,57	19	1,95	-3	-0,38
Lazio	50	1,41	50	1,42	0	-0,01
Abruzzo	10	1,14	8	0,93	2	0,21
Molise	6	2,80	1	0,45	5	2,34
Campania	70	1,81	56	1,45	14	0,36
Puglia	21	0,77	38	1,39	-17	-0,62
Basilicata	4	1,01	2	0,49	2	0,51
Calabria	9	0,67	12	0,87	-3	-0,20
Sicilia	31	0,92	38	1,12	-7	-0,19
Sardegna	9	0,81	6	0,54	3	0,27
ITALIA	755	1,92	612	1,58	143	0,34

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

FONTE POPOLAZIONE: Istat.

sia a livello regionale che nazionale;

- supporto ai sistemi di finanziamento;
- supporto alla ricerca e al Miglioramento Continuo di Qualità.

È anche essenziale che il sistema informativo estenda le proprie rilevazioni alle attività dei servizi per la salute mentale in età evolutiva, con lo scopo di monitorare la continuità della presa in carico.

Bibliografia essenziale

Personale e strutture dei dipartimenti di salute mentale. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2001.

Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale" 1998-2000; DPR 1 novembre 1999 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999).

Progetto Prog-CSM Regione Piemonte, Centro Studi e ricerche in Psichiatria, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, maggio 2008.

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Strutture residenziali								Popolazione 2001	Popolazione 2007
N. strutture 2007	N. posti letto 2007	Tasso N. posti letto x 10.000 abitanti	N. strutture 2001	N. posti letto 2001	Tasso posti letto x 10.000 abitanti	Variazione posti letto	Variazione del tasso		
233	1.846	4,25	210	1.903	4,43	-57	-0,18	4.287.465	4.341.733
2	33	2,66	1	8	0,66	25	1,99	120.343	123.978
270	3.366	3,55	176	1.794	1,94	1572	1,61	9.242.807	9.475.202
7	107	2,21	19	184	3,97	-77	-1,76	462.542	482.650
9	118	2,34	15	129	2,72	-11	-0,37	473.714	502.478
160	1.783	3,76	142	1.186	2,62	597	1,13	4.511.714	4.738.313
57	356	2,94	51	320	2,70	36	0,24	1.185.172	1.208.278
53	647	4,01	48	775	4,76	-128	-0,74	1.625.870	1.610.134
180	933	2,22	102	1.117	2,80	-184	-0,57	3.981.146	4.187.557
125	925	2,55	155	1.168	3,30	-243	-0,74	3.536.392	3.619.872
39	429	4,94	46	432	5,17	-3	-0,22	835.488	867.878
32	411	2,68	43	536	3,66	-125	-0,98	1.460.989	1.528.809
83	1.364	2,57	93	788	1,49	576	1,07	5.264.077	5.304.778
35	778	5,96	45	980	7,66	-202	-1,70	1.279.016	1.305.307
6	60	1,87	14	206	6,28	-146	-4,41	327.987	320.907
105	1.010	1,74	78	1.092	1,88	-82	-0,14	5.780.958	5.790.929
65	1.110	2,72	126	1.437	3,51	-327	-0,79	4.085.239	4.071.518
22	274	4,61	28	343	5,65	-69	-1,04	606.183	594.086
19	422	2,10	34	640	3,12	-218	-1,01	2.050.478	2.004.415
48	1.254	2,49	89	1.585	3,11	-331	-0,61	5.087.794	5.017.212
27	350	2,11	37	478	2,89	-128	-0,78	1.651.888	1.655.677
1.577	17.576	2,99	1.552	17.101	2,95	475	0,03	57.857.262	58.751.711

2.11 Rete di assistenza per le tossicodipendenze e alcolismo

2.11.1 Introduzione

Il Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 (Testo Unico sulle tossicodipendenze) e successive modificazioni, assegna al Ministero della Sanità (ora Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali) il compito di rilevare annualmente le attività svolte dai Servizi pubblici per le tossico-

dipendenze e le caratteristiche del personale e dei pazienti in trattamento.

Per quanto riguarda la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei Servizi per le tossicodipendenze afferenti alle Aziende Sanitarie Locali, la materia è tuttora regolata dal DM n. 444 del 1990 che, tuttavia, necessita di una revisione e

Tabella 1 – Caratteristiche degli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze - Anno 2007

Regioni	Maschi	Femmine	M/F	% Utenti strutture riabilitative
Piemonte	11.835	2.726	4,3	11,2
Valle d'Aosta	223	45	5,0	22,4
Lombardia	22.367	3.751	6,0	9,0
P.A. Bolzano	656	145	4,5	16,7
P.A. Trento	737	170	4,3	16,8
Veneto	11.216	2.192	5,1	13,7
Friuli Venezia Giulia	2.073	544	3,8	5,4
Liguria	4.792	1.182	4,1	5,0
Emilia Romagna	10.252	2.118	4,8	10,4
Toscana	10.795	2.429	4,4	8,9
Umbria	2.633	554	4,8	11,4
Marche	3.750	759	4,9	12,0
Lazio	10.122	1.727	5,9	4,7
Abruzzo	4.712	593	7,9	12,3
Molise	863	107	8,1	7,3
Campania	18.133	1.585	11,4	10,1
Puglia	11.708	982	11,9	7,8
Basilicata	1.348	106	12,7	7,2
Calabria	4.117	341	12,1	19,0
Sicilia	11.243	1.098	10,2	5,7
Sardegna	4.965	609	8,2	11,8
Italia	148.540	23.763	6,3	9,6

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze.

rimodulazione da concertare e condividere con le Regioni, alla luce dei nuovi modelli di consumo e della riorganizzazione dei servizi delle dipendenze in Dipartimenti, così come auspicato dall'Accordo Stato Regioni del 1999 (Provvedimento 21 gennaio 1999 - Accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti").

Di recente introduzione normativa vanno ricordati: il DM 16 Novembre 2007 "Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento" e il DM 16

novembre 2007 "Norme concernenti la detenzione e il trasporto di medicinali stupefacenti o psicotropi da parte di cittadini che si recano all'estero e di cittadini in arrivo nel territorio italiano", entrambi pubblicati nella G.U. della Repubblica Italiana - Serie Generale n. 278 del 29 novembre 2007.

2.11.2 Presentazione e commento dei dati

Nel corso del 2007 sono stati rilevati 519 Servizi pubblici per le tossicodipendenze su 551 attivi (93%). Risultano essere stati presi in carico

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Età media			Utenti per sostanza d'abuso primaria (%)					
Maschi	Femmine	Totale	Eroina	Cannabinoidi	Cocaina	Allucinogeni	Ecstasy e analoghi	altro
34,7	34,3	34,6	73,2	4,9	11,0	0,0	0,5	10,4
34,7	34,6	34,7	78,4	8,2	9,3	0,7	0,0	3,4
34,1	33,1	34,0	62,7	8,3	25,4	0,0	0,3	3,3
33,3	33,8	33,4	63,0	14,8	4,1	0,1	0,6	17,4
34,1	33,3	34,0	88,7	4,2	5,0	0,1	0,4	1,6
32,7	31,3	32,5	72,5	11,1	11,4	0,2	0,8	4,0
32,7	31,6	32,5	78,6	12,5	5,0	0,1	1,5	2,3
34,9	34,3	34,8	78,5	6,9	9,6	0,0	0,1	4,9
33,8	32,9	33,6	74,5	8,0	14,7	0,0	0,4	2,4
33,9	32,4	33,6	79,0	9,6	9,6	0,1	0,3	1,4
33,0	31,9	32,8	87,3	4,0	7,4	0,0	0,2	1,1
32,0	30,9	31,8	75,3	9,8	10,0	0,1	0,2	4,6
35,3	34,5	35,2	76,7	6,5	14,7	0,0	0,3	1,8
32,5	31,7	32,4	70,2	8,1	6,6	0,0	0,8	14,3
31,4	27,5	30,9	73,7	11,6	13,7	0,0	0,0	1,0
32,1	31,2	32,0	68,0	8,9	14,7	0,0	0,5	7,9
32,7	32,2	32,6	65,9	13,4	13,5	0,1	0,2	6,9
32,9	32,2	32,8	83,8	7,9	7,4	0,0	0,2	0,7
33,3	31,9	33,2	78,4	8,7	9,8	0,3	0,4	2,4
32,7	31,9	32,6	62,4	10,1	16,0	0,2	0,5	10,8
35,2	34,8	35,2	82,1	3,3	12,3	0,0	0,1	2,2
33,5	32,8	33,4	71,5	8,6	14,2	0,1	0,4	5,2

172.303 pazienti con problemi di sostanze d'abuso. La sostanza più utilizzata è l'eroina con una richiesta di trattamento del 71,5%.

Con riferimento alla popolazione residente totale, sono stati trattati dai Servizi pubblici 29 pazienti (52 maschi e 8 femmine) ogni 10.000 residenti. Le principali caratteristiche dell'utenza (Tabella 1) nel 2007 sono le seguenti:

- il rapporto M/F dei pazienti in carico ai Servizi è pari a 6,3 con una fascia di età prevalente superiore ai 39 anni (27,9% del totale); l'utenza è progressivamente "invecchiata" nel corso degli anni (età media pari a 33 anni);
- la sostanza d'abuso per cui la richiesta di trattamento è più diffusa è l'eroina (71,5% dei pazienti), assunta nella maggioranza dei casi per via intravenosa (64,2%); seguono la cocaina (14,2%) e i cannabinoidi (8,6%) (Tabella 2);
- il 9,6% del totale dei pazienti presi in carico dai Servizi pubblici è stato trattato presso le strutture riabilitative (trend decrescente rispetto agli anni precedenti);
- riguardo alla tipologia dei trattamenti erogati dai Servizi pubblici, il 63,9% dei pazienti è stato sottoposto a programmi farmacologici integrati. Per il 54,5% del totale si è fatto ricorso al metado-

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 2 – Utenti distribuiti per sostanza stupefacente d'abuso (%)

Sostanza d'abuso	Uso primario																
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Allucinogeni	0,1	0,0	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Amfetamine	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
Ecstasy e analoghi*	-	-	-	-	-	-	0,4	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4
Barbiturici	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepine	0,6	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,5
Cannabinoidi	5,0	4,6	4,9	5,1	5,9	5,8	6,9	7,6	8,0	8,0	8,2	9,1	10,3	10,7	9,7	9,6	8,6
Cocaina	1,3	1,3	1,7	1,9	1,6	1,8	2,3	3,2	4,3	5,3	5,7	6,9	8,9	11,2	13,2	14,0	14,2
Crack	0,3	0,1	0,3	0,1	0,6	0,5	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4
Eroina	90,1	91,2	90,6	88,5	89,1	88,7	87,5	85,6	83,6	82,7	81,4	79,5	75,9	73,3	72,3	71,3	71,5
Metadone	0,5	0,3	0,2	0,4	0,2	0,3	0,6	0,7	0,4	0,4	0,4	0,7	0,9	0,7	0,4	0,6	0,6
Morfina	0,0	0,1	0,1	0,1	0,6	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Altri oppiacei*	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,4	0,3	0,6	0,3	0,4	0,3	0,2	0,3	0,4
Inalanti*	-	-	-	-	-	-	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Altro	1,9	1,8	1,4	2,8	1,1	1,7	1,3	1,0	1,0	1,2	1,8	1,7	1,8	2,0	2,2	2,3	3,2

* Informazioni contenute nei nuovi modelli di rilevazione (DM 20 settembre 1997) in vigore dal 1997

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze.

ne cloridrato (il 68,8% del totale dei pazienti trattati con questo farmaco è stato sottoposto a programmi a lungo termine, il 19,6% a programmi a medio termine e l'11,5% a programmi a breve termine), per lo 0,7% al naltrexone, per lo 0,5% alla clonidina e per l'8,2% ad altri farmaci (Tabella 3);

- tali trattamenti sono stati prevalentemente fruiti nei Servizi pubblici (84,2%) ma anche, in minima parte, nelle strutture riabilitative (6,7%) e in carcere (9,1%);
- i pazienti sottoposti a trattamenti psicosociali e/o riabilitativi sono pari al 36,1% del totale (per il 31,4% di tale sottogruppo si è fatto ricorso al sostegno psicologico, per l'11,4% alla psicoterapia, per il 57,2% a interventi di servizio sociale).

Patologie infettive

Secondo i dati rilevati nel 2007 la percentuale dei pazienti in cura presso i Servizi pubblici per le tossicodipendenze sieropositivi per l'HIV, rispetto

al totale dei testati, è pari all'11,9% (in diminuzione dal 2000); per l'epatite B e per l'epatite C tale dato assume il valore, rispettivamente, del 37,2% (in diminuzione rispetto al 2000) e del 60,2% (in lieve diminuzione dal 2000). È da sottolineare, tuttavia, che i test vengono effettuati in numero minore al 50% nei nuovi ingressi. Le percentuali di positività, per tutte le patologie infettive, sono più elevate nel sottogruppo di pazienti già in carico dagli anni precedenti o rientrati di sesso femminile e sono variabili da Regione a Regione.

Decessi droga-correlati

I decessi per intossicazione acuta avvenuti nel corso del 2007 si attestano a 589 casi (il dato è tuttavia sotto-stimato poiché non tiene conto di overdose in cui non sia intervenuta l'autorità giudiziaria e di decessi droga correlati diversi dall'overdose), in calo rispetto ai precedenti anni (653 nel 2005) e con un rapporto M/F pari a 8,8. La causa del decesso è stata attri-

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 3 – Utenti distribuiti per tipo di trattamento (%) - Anno 2007

Regioni	Psicosociale e/o riabilitativo	Farmacologico							Totale farmaco- logico
		Metadone breve termine (≤30 gg)	Metadone medio termine (≤30 gg)	Metadone lungo termine (≤30 gg)	Totale metadone	Naltrexone	Clonidina	Altri farmaci	
Piemonte	42,1	4,6	8,7	37,1	50,4	0,4	0,1	7,0	57,9
Valle d'Aosta	42,3	8,5	2,6	35,5	46,6	0,0	0,0	11,1	57,7
Lombardia	40,9	1,7	5,2	39,9	46,9	0,2	0,4	11,7	59,1
P.A. Bolzano	37,6	5,3	14,8	38,2	58,4	0,0	0,0	4,0	62,4
P.A. Trento	41,9	7,0	10,8	37,8	55,6	0,0	0,0	2,5	58,1
Veneto	34,9	6,2	11,3	29,1	46,6	1,2	0,9	16,4	65,1
Friuli Venezia Giulia	32,8	2,3	6,3	47,6	56,2	1,4	0,4	9,2	67,2
Liguria	5,7	14,7	25,1	40,5	80,2	0,5	2,5	11,1	94,3
Emilia Romagna	30,6	1,5	13,0	38,4	52,9	0,9	0,4	15,2	69,4
Toscana	33,3	4,4	14,5	43,1	62,0	0,5	0,1	4,1	66,7
Umbria	21,0	17,9	17,5	37,2	72,5	0,4	0,2	5,9	79,0
Marche	44,2	5,3	11,3	34,2	50,8	1,1	0,0	3,9	55,8
Lazio	28,6	5,2	10,0	46,9	62,1	1,3	0,0	7,9	71,4
Abruzzo	36,5	15,9	16,4	26,9	59,2	1,4	0,0	2,9	63,5
Molise	54,5	3,4	14,4	22,9	40,7	0,0	0,0	4,8	45,5
Campania	33,7	10,0	14,2	36,1	60,3	0,6	1,0	4,5	66,3
Puglia	46,6	6,6	8,2	33,1	47,9	0,4	1,1	4,1	53,4
Basilicata	35,6	2,2	3,0	57,7	62,9	0,0	0,6	0,9	64,4
Calabria	39,1	16,3	11,0	30,4	57,7	1,7	0,0	1,5	60,9
Sicilia	44,3	7,1	7,0	31,7	45,9	1,4	0,4	8,0	55,7
Sardegna	23,4	4,7	9,1	55,3	69,1	0,4	0,0	7,1	76,6
Italia	36,1	6,3	10,7	37,5	54,5	0,7	0,5	8,2	63,9

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze.

buita nella maggior parte dei casi all'eroina. In più della metà dei casi la sostanza causa del decesso non è stata registrata.

2.11.3 Indicazioni per la programmazione

I dati rilevati e illustrati, pur essendo rappresentativi delle attività dei servizi, non consentono una valutazione esauriente dell'efficienza e dell'efficacia in termini di risultati di salute prodotti. Inoltre, mancano del tutto informazioni sugli interventi delle comunità terapeutiche.

Sulla base di ciò, il Ministero del

Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha proceduto, in collaborazione con le Regioni, alla realizzazione di un Sistema informativo nazionale sulle dipendenze (SIND) sui pazienti in trattamento, strutturato nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), fondato su tracciati record individuali, in grado di fornire informazioni sulle prestazioni e sui percorsi di cura generate dai pazienti all'interno delle strutture dedicate. Premesso che le conoscenze epidemiologiche e le conoscenze sull'efficienza e l'efficacia della rete dei servizi sono fondamentali per orientare le azioni programmatiche e di indirizzo, si elencano alcuni aspetti problematici rispetto ai

quali approntare strategie di intervento efficaci.

Alla luce della disomogeneità organizzativa rilevata, anche attraverso uno studio promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali in cui si evidenzia un assetto Dipartimentale (previsto dall'accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999) e tuttavia disatteso in numerose regioni, urge la necessità di una ricognizione del sistema dei servizi (pubblici e del privato accreditato e autorizzato).

Esperienze progettuali sperimentali realizzate sul territorio hanno evidenziato la necessità di creare una rete di raccordo con il III settore (mondo degli operatori, Unità di strada, Unità di prossimità, Unità a bassa soglia) che nella gran parte dei casi è costituito da volontari.

Di qui l'esigenza di concertare presso il tavolo interistituzionale istituito dal Dipartimento Politiche Antidroga (presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri) con i dicasteri competenti, le Regioni e le Associazioni della Società Civile, politiche socio-sanitarie di sistema che, a partire dalla persona come entità centrale bisognosa di cure, creino le condizioni per sviluppare una rete di prevenzione, cura e trattamento degli stati di dipendenza.

Una attenzione particolare va posta ai detenuti tossicodipendenti, anche alla luce del trasferimento delle funzioni assistenziali al SSN (DM 1 aprile 2008) potenziando gli interventi nelle carceri da parte della rete dei servizi e programmando interventi di prevenzione nonché interventi di riduzione dei rischi droga correlati (infezione da HIV, HBV, HCV, patologie acute, quali ad esempio provocate da cocaina e psicostimolanti: incidenti cardiovascolari e disturbi mentali).

Lo screening sierologico per le infezioni da HIV, HBV, HCV deve essere implementato in tutti i servizi, creando le condizioni adeguate per il suo

svolgimento e tenendo conto dell'obbligo del consenso informato.

Altro elemento di attenzione è costituito dalla necessità di coinvolgimento dei medici dei DEA (Dipartimenti Emergenza Accettazione) collocati negli Ospedali, nello sviluppare competenze legate agli effetti delle sostanze psicotrope e quindi stilare protocolli trattamentali "ad hoc" e sviluppare capacità di diagnosi differenziale. Di fatto le patologie acute da stupefacenti sono come gli incidenti cardiovascolari da psicostimolanti (cocaina, amfetamine, etc) e l'ipertermia maligna e la miolisi (da MDMA) sono esempi di comorbilità.

Considerando la peculiarità dei bisogni sanitari e sociali nel campo delle dipendenze patologiche, sarebbe opportuno riflettere sull'istituzione di specifici corsi di specializzazione post laurea in Medicina delle dipendenze.

2.11.4 La rete di assistenza per l'alcolismo

Introduzione

Gli indirizzi per l'assistenza sociosanitaria agli alcolodipendenti sono stati definiti nell'Accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" (Provvedimento 21 gennaio 1999), in cui si prevede l'implementazione di specifici interventi alcolologici nell'ambito dei Dipartimenti per le Dipendenze delle Aziende USL, tramite appositi gruppi di lavoro o équipes alcolologiche di carattere multidisciplinare, operanti secondo metodologie integrate sul piano medico, psicologico e sociale per le attività di prevenzione, trattamento e riabilitazione, anche tramite il raccordo e la collaborazione con altri presidi della rete di assistenza, quali le strutture ospedaliere e gli enti del volontariato e auto-mutuo aiuto.

La Legge 125/01 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorre-

lati” ha sancito definitivamente il ruolo di Regioni e Province Autonome per la programmazione degli interventi di prevenzione e assistenza socio-sanitaria, per l’individuazione delle relative strutture di intervento e per la formazione e aggiornamento degli operatori addetti.

Contestualmente, con l’Accordo Stato-Regioni del 22.11.2001, le attività sanitarie e socio-sanitarie a favore delle persone alcol dipendenti sono state incluse nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza.

Recentemente anche il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha ribadito la necessità di accrescere la disponibilità e accessibilità dei servizi alcolologici, per migliorare il contenimento dei problemi alcolcorrelati conclamati.

2.11.5 Presentazione e commento dei dati

Al 31.12.2006 sono stati rilevati 455 servizi o gruppi di lavoro per l’alcol dipendenza, distribuiti in 20 Regioni. La quasi totalità di tali servizi o gruppi di lavoro (94,9%) è di tipo territoriale e afferisce ad una Azienda USL; il 2,9% afferisce ad un’Azienda Ospedaliera e l’1,8% ad una Università.

Nell’arco di un decennio, tra il 1996 e il 2006, la rete dei servizi o gruppi di lavoro presenti sul territorio nazionale si è notevolmente ampliata, passando da 280 a 455 unità operative.

Nel 2006 sono stati presi in carico dai servizi o gruppi di lavoro alcolologici 61.656 soggetti alcol dipendenti, che risultano in aumento del 9,6% rispetto al 2005.

Il personale dei servizi alcolologici

Nell’ambito di tale rete di servizi nel 2006 sono state preposte alle attività relative all’alcol dipendenza 3.895 unità di personale, di cui il 51,4% costituito da operatori socio-sanitari, il

21,5% da medici, il 16,9% da psicologi ed il restante 10,2% da personale amministrativo o altra qualifica.

Nel decennio 1996-2006, contestualmente al crescere del numero dei servizi, si rileva un generale aumento del numero assoluto delle unità di personale ad essi addette, che passano da 2.064 a 3.895. Tra queste unità di personale, 657 sono addette esclusivamente (16,9% del totale) e 3.238 addette parzialmente (83,1% del totale).

A livello nazionale si hanno quindi proporzioni elevate di addetti parziali rispetto agli addetti esclusivi e la proporzione di addetti parziali non scende al di sotto dell’80% per tutte le professionalità. La quota più elevata di addetti parziali si osserva nel ruolo medico.

I modelli di trattamento

Nel 2006 il 30,3% degli utenti dei servizi alcolologici è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,4% a counseling personale o familiare, l’8,8% è stato inserito in gruppi di auto-mutuo aiuto, il 13,0% è stato sottoposto a trattamento socio-riabilitativo, il 2,5% è stato inserito in comunità residenziale o semiresidenziale.

I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per l’11,2% degli utenti, con terapie individuali (63,4%) o di gruppo/familiari (36,6%). Il 5,8% degli utenti in trattamento è stato avviato al ricovero ospedaliero, prevalentemente (circa il 60%) per sindrome di dipendenza da alcol.

Nel tempo (anni 1996-2006) aumenta la prevalenza dei soggetti trattati con interventi medico-farmacologici ambulatoriali, socio-riabilitativi e counseling, mentre diminuisce notevolmente quella dei soggetti inseriti nei gruppi di auto-mutuo aiuto (dal 13,3% del 1999 all’8,8% del 2006) o avviati al ricovero ospedaliero (dal 10,3% del 1996 al 5,8% del 2006) (Tabella 4).

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 4 – Trattamenti effettuati dai servizi o gruppi di lavoro alcolologici - Percentuali di soggetti alcolisti trattati per tipologia di programma

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Medico-farmacologico ambulatoriale		20,6	22,2	24,5	25,4	28,4	28,3	30,3	28,5	28,9	28,2	30,3
Psicoterapeutico	Individuale	5,6	5,8	7,8	6,1	6,0	6,0	6,9	7,3	6,8	7,0	7,1
	Di gruppo o familiare	6,8	6,8	7,0	4,6	4,5	4,9	5,6	4,5	4,7	4,6	4,1
Counseling all'utente o alla famiglia		24,3	22,9	24,8	24,9	25,6	24,3	23,0	24,4	25,4	26,1	26,4
Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto		21,1	17,7	12,6	13,3	12,2	11,8	10,4	11,4	10,2	9,8	8,8
Trattamento socio-riabilitativo		7,3	9,6	10,6	8,1	9,6	11,3	12,5	12,7	11,8	12,1	13,0
Inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale		1,6	1,2	1,1	6,2	1,7	1,9	2,0	2,3			
Ricovero ospedaliero o day hospital per	Sindrome di dipendenza da alcool	5,3	6,5	5,5	4,5	4,8	4,1	3,6	3,4	4,0	2,7	2,8
	Altre patologie alcoolcorrelate	3,4	3,3	2,1	1,7	1,8	1,8	1,5	1,5	1,3	1,2	1,1
	Altro	0,7	1,1	0,9	0,6	0,3	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per	Sindrome di dipendenza da alcool	0,6	1,1	1,0	0,8	1,4	1,2	1,3	1,3	1,3	1,6	0,9
	Altre patologie alcoolcorrelate	0,2	0,3	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,4	0,1
	Altro	0,1	0,1	0,3	0,4	0,5	0,4	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5
Altro		2,4	1,7	1,7	3,3	2,8	3,2	2,0	1,6	2,5	2,8	1,8

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Rilevazione attività nel settore alcoldipendenza.

I modelli organizzativi dei servizi

In conformità con il modello organizzativo-funzionale adottato con l'Accordo Stato Regioni 21/1/1999, circa il 90% dei servizi ha svolto nel 2006 attività di accoglienza, osservazione e diagnosi e ha definito e/o attuato programmi terapeutico-riabilitativi. Circa l'80% dei servizi ha svolto attività di prevenzione nonché di coordinamento con i servizi sociali, ospedalieri e con il medico di famiglia. Il 67,0% dei servizi ha attivato piani operativi per la formazione del personale.

Abbastanza diffusa, anche se in diminuzione nel tempo, appare la col-

laborazione dei servizi alcolologici con gli enti e le associazioni del volontariato e privato sociale, soprattutto con i gruppi di auto-mutuo aiuto, in particolare nelle Regioni del Centro-Nord, dove l'inserimento in tali gruppi presenta valori superiori alla media nazionale. Nel 2006 circa il 60% dei servizi ha collaborato con i Club di Alcolisti in trattamento (CAT), il 40% con i gruppi di Alcolisti Anonimi (A.A.) e il 10% con altri gruppi. Mediamente, nel corso del 2006, ogni servizio alcolologico ha collaborato con circa 8 CAT, 2 gruppi di AA e 2 comunità o cooperative sociali.

2.11.6 Indicazioni per la programmazione

Nonostante l'incremento nel tempo del numero di servizi e operatori e l'ampliamento delle funzioni di assistenza e prevenzione, la rete dei servizi alcolologici deve ancora vedere maggiormente riconosciuta la propria specificità funzionale, che dovrebbe sempre più esercitarsi, alla luce dei problemi emergenti, su un quadro complesso di condizioni problematiche che comprendono, oltre all'alcoldipendenza conclamata, anche l'uso dannoso dell'alcol, l'alcolismo giovanile, le intossicazioni acute, il binge drinking, gli stili di vita pericolosi. In relazione a tale ampio spettro di problemi, le attività dei servizi alcolologici dovrebbero essere inserite nell'ambito di strategie complessive di intervento che includano tutti i diversi servizi specialistici direttamente o indirettamente coinvolti e le équipes alcolologiche dovrebbero maggiormente valorizzare, oltre alle professionalità mediche, anche quelle di ambito psicosociale.

Il rafforzamento della rete dei servizi alcolologici si pone fra gli obiettivi strategici delle più recenti politiche europee del settore. La "Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati", ratificata da una Risoluzione del Parlamento Europeo nel luglio 2007, sottolinea la necessità di implementare nell'ambito dei servizi sociosanitari alcuni interventi di provata efficacia, quali attività di prevenzione con approcci multisettoriali e interistituzionali, assistenza psicologica alle persone ricoverate in ospedale per intossicazione acuta da alcol, uso di test per l'identificazione precoce dei pazienti a rischio nella medicina di base, sostegno psicosociale a favore delle famiglie e dei figli di alcolisti, attenzione all'uso dannoso di alcol in età anziana.

Tenendo conto di questo quadro di riferimento europeo e dei problemi emergenti nel nostro Paese, il Mini-

stero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali nel marzo 2007 ha promosso e concordato con le Regioni un Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) da implementare nell'ambito dei territori regionali.

Una delle aree strategiche del PNAS riguarda specificamente il trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza e prevede la costruzione, nell'ambito della rete dei servizi sociosanitari regionali, di un sistema complesso di trattamenti accessibile, efficace e flessibile, basato su evidenze scientifiche e su un'adeguata valutazione dei bisogni, con risposte per tutte le varie fasi del trattamento, dalla disintossicazione alla prevenzione delle ricadute e alla riabilitazione, secondo un approccio integrato e multisettoriale che coinvolga tutti i servizi sanitari e sociali interessati, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro, nonché le associazioni di auto/mutuo aiuto e del volontariato.

Altri interventi raccomandati dal PNAS riguardano la formazione degli operatori nonché dei medici della medicina di base per l'identificazione precoce dei pazienti a rischio e la pratica di brevi interventi di counseling.

Bibliografia essenziale

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria -Ufficio VII- dell'ex Ministero della Salute. Relazione del Ministro del Lavoro, Salute e Politiche sociali al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/01. Anni 2006-2007.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria -Ufficio VII- dell'ex Ministero della Salute. Rilevazione attività nel settore dell'alcoldipendenza- Anno 2006.

Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia- 2007, Ministero della Solidarietà Sociale.

Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze- anno 2007, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

2.12 Cure palliative e terapia del dolore

Per quanto riguarda la terapia del dolore e le cure palliative spesso si tende a sovrapporre gli ambiti, fino a confonderli tra loro. Se è possibile affermare che la terapia del dolore è una parte importante delle cure palliative, d'altra parte essa ha una sua totale autonomia nella trattazione del dolore nelle sue diverse manifestazioni ed in particolare nella forma cronica. Proprio per questo nel descrivere le modalità con cui si stanno sviluppando queste attività assistenziali nel nostro paese, risulta preferibile tenere separati i due settori evidenziandone di volta in volta le intersezioni esistenti.

Il dolore rappresenta uno dei principali problemi sanitari in quanto interessa tutte le età, incide sulla qualità della vita delle persone e, in particolare nella forma cronica, si stima che abbia un'incidenza nella popolazione di circa il 25-30%.

Lo stesso dolore oncologico che colpisce circa 7 milioni di nuovi casi/anno (75-80% dei malati di cancro/anno) trova con le cure farmacologiche una efficacia soddisfacente solo nel 55-65% degli utenti.

Tale dimensione di sofferenza ci rende evidente la presenza nel quotidiano di un universo di persone che soffrono e che in virtù di questa loro condizione di malattia divengono i soggetti più fragili della società.

Il numero dei casi clinici con patologie croniche non mortali ed invalidanti per il dolore è in continua crescita. Queste sono patologie assolutamente modeste per quanto riguarda il rischio di morte, in cui il dolore, unica condizione patologica, diventa un fattore determinante sulla qualità della vita.

Gli studi internazionali concordano che la prevalenza del dolore cronico è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi e aumenta con l'avanzare del-

l'età. Nella vita quotidiana delle persone il dolore persistente che obbliga ad una visita medica, secondo una indagine condotta dall'OMS nel 1998, risulta avere una prevalenza del 20%.

Uno studio epidemiologico per la valutazione del dolore in Europa (2004 PainEurope) ha evidenziato un risultato preoccupante in quanto circa 75 milioni di persone (il 19% degli adulti in Europa) è colpito da dolore cronico.

L'Italia risulta essere al terzo posto, dopo Norvegia e Belgio, per quanto riguarda la prevalenza del dolore cronico ed al primo posto per quanto riguarda la prevalenza del dolore cronico severo (13%).

La popolazione italiana presenta una prevalenza del dolore cronico del 21,7% che corrisponde a circa 13 milioni di abitanti.

Di questa popolazione circa il 10% è affetta da un dolore complesso e di questi una buona parte potrebbero non avere soluzioni alla patologia.

Questa popolazione incide notevolmente nella domanda di sanità; infatti circa l'8-10% del totale della popolazione si rivolge ai medici di medicina generale a causa di dolore, spesso causato da malattie del sistema osteomuscolare.

Tra le terapie farmacologiche maggiormente in uso ancora si registra una forte resistenza all'impiego di farmaci analgesici oppioidi utilizzati per il trattamento del dolore severo.

Uno degli indicatori impiegati dall'OMS per la misurazione della qualità della vita si basa sulle dosi di morfina e farmaci oppioidi pro capite utilizzati per curare tutti i tipi di dolore.

In relazione a quanto sopra esposto, una recente ricerca ha evidenziato come nel nostro Paese il consumo di farmaci oppioidi sia aumentato tra il

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 1 – Distribuzione regionale dei deceduti in ospedale, con diagnosi (principale e/o secondaria) di tumore (ICD-9-CM 140-239), esclusi i dimessi con DRG chirurgico. Regime di ricovero ordinario e reparti acuti - Anno 2006 per tipologia di programma

Regione	Numero di dimissioni		Giornate di ricovero		Degenza media
	reparti per acuti	%	reparti per acuti	%	
Piemonte	5.117	9,3	67.143	10,2	13,1
Valle d'Aosta	202	0,4	3.462	0,5	17,1
Lombardia	11.681	21,1	146.765	22,4	12,6
P.A. Bolzano	542	1,0	6.618	1,0	12,2
P.A. Trento	603	1,1	8.366	1,3	13,9
Veneto	6.956	12,6	86.845	13,3	12,5
Friuli Venezia Giulia	2.515	4,6	29.603	4,5	11,8
Liguria	2.931	5,3	33.463	5,1	11,4
Emilia Romagna	5.553	10,1	55.355	8,4	10,0
Toscana	4.440	8,0	47.130	7,2	10,6
Umbria	872	1,6	10.607	1,6	12,2
Marche	1.802	3,3	20.350	3,1	11,3
Lazio	5.037	9,1	62.544	9,5	12,4
Abruzzo	1.158	2,1	12.827	2,0	11,1
Molise	255	0,5	2.455	0,4	9,6
Campania	1.025	1,9	10.442	1,6	10,2
Puglia	1.268	2,3	13.378	2,0	10,6
Basilicata	194	0,4	1.918	0,3	9,9
Calabria	505	0,9	5.876	0,9	11,6
Sicilia	974	1,8	9.335	1,4	9,6
Sardegna	1.616	2,9	20.776	3,2	12,9
Italia	55.246	100	655.258	100	11,9

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Scheda di Dimissione Ospedaliera Anno 2006

2006 e il 2007 sia come confezioni vendute (circa +13%) sia come spesa pro-capite rimborsata da SSN (da 0,35 euro a 0,67). Nonostante l'incremento registrato negli ultimi anni, l'Italia rimane tra gli ultimi paesi in Europa nella classifica delle nazioni che consumano questa categoria di farmaci; probabilmente si potrebbe registrare una tendenza inversa se fosse semplificata la prescrizione di questi prodotti.

Per quanto riguarda il dolore pediatrico, fino a pochi anni fa si pensava che il neonato ed il bambino non provassero dolore con la stessa intensità dell'adulto. False convinzioni, preconcetti ed equivoci "scientifici" riguardo il dolore ed il suo trattamento, come pure reali difficoltà di valutazione e

scarsità di ricerche e studi, hanno fatto sì che il problema dolore, e di conseguenza le necessità analgesiche ed anestetiche in età pediatrica e neonatale, venissero spesso sottovalutate.

Nell'ultimo decennio specifici studi hanno ristabilito la giusta verità secondo la quale si è certi che il bambino sente il dolore, è possibile valutare quali e quantitativamente la sensazione dolorosa e molteplici sono le possibilità terapeutiche a disposizione.

L'ampiezza del "problema dolore" nell'età pediatrica è notevole. I numeri parlano da soli: si stima che più dell'80% dei ricoveri in ambiente ospedaliero pediatrico siano dovuti a patologie che comportano, tra l'altro, anche dolore. Entrando più nello spe-

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 2 – Programma nazionale per la realizzazione di strutture di cure palliative: totale finanziamenti erogati

Regioni	Finanziamento	Importo erogato	Residui	% realizzazione
Piemonte	18.464.816,80	14.147.212,75	4.317.604,05	76,62
Valle d'Aosta	902.096,06	45.104,80	856.991,26	5,00
Lombardia	34.244.898,55	31.650.823,73	2.579.173,54	92,42
P.A. Bolzano	1.403.219,79	1.403.219,78	0,00	100,00
P.A. Trento	1.755.506,33	977.082,76	778.423,58	55,66
Friuli Venezia Giulia	5.698.336,30	2.619.543,16	3.078.793,14	45,97
Veneto	16.421.994,30	15.709.442,93	712.551,36	95,66
Liguria	8.331.965,62	3.962.315,80	4.369.649,82	47,56
Emilia Romagna	17.191.415,61	17.191.415,61	0,00	100,00
Toscana	15.504.932,13	14.525.915,24	979.016,90	93,69
Marche	5.505.836,74	4.157.290,19	1.348.546,56	75,51
Umbria	3.364.738,32	2.926.519,49	438.101,26	86,98
Abruzzo	4.355.868,48	725.333,33	3.630.535,15	16,65
Lazio	17.465.833,88	13.756.362,89	3.709.080,02	78,76
Campania	15.947.834,93	12.287.554,95	3.660.279,98	77,05
Molise	1.134.612,80	1.134.611,60	0,00	100,00
Basilicata	1.795.223,19	980.959,06	899.819,87	54,64
Puglia	11.069.230,89	8.923.866,75	2.145.364,10	80,62
Calabria	5.711.710,58	2.616.868,13	3.094.842,45	45,82
Sicilia	15.298.163,70	12.081.710,48	3.216.453,23	78,97
Sardegna	4.998.022,84	795.105,96	4.202.916,87	15,91
TOTALE	206.566.257,84	162.618.259,39	44.018.143,14	78,72

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - DG Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema.

cifico si comprende come nell'ambito di alcune discipline, quali ad esempio la terapia intensiva pediatrica e neonatale, la chirurgia, la reumatologia, l'oncologia, il problema controllo del dolore sia parte integrante dell'approccio quotidiano al bambino malato. Ancora un esempio per esprimere con i numeri il problema: 130 nuovi casi anno di neoplasie per milione di bambini di età inferiore a 15 anni. Una percentuale compresa fra il 50 ed il 57% di questi pazienti presenta nella propria storia una sintomatologia dolorosa; la percentuale sale al 100% se al dolore da patologia si aggiunge il dolore da manovre invasive.

Il progetto "ospedale senza dolore", all'infuori di poche realtà regionali, non è decollato concretamente come si auspicava e l'attuale rete di terapia del

dolore non risulta ancora essere adeguata a fornire risposte concrete ai bisogni assistenziali descritti in precedenza.

Il disegno di legge attualmente all'esame della Camera dei Deputati potrebbe fornire delle risposte adeguate al superamento di questa criticità.

La risoluzione 1649 emanata dal Consiglio di Europa impone una riflessione sull'approccio alle cure palliative; all'art. 7 si ritiene urgente estendere l'assistenza palliativa oltre che ai malati terminali anche ai pazienti colpiti da malattie croniche e a chiunque si ritenga possa avere beneficio da questo tipo di cura.

A tal proposito appare indispensabile una estensione dell'utilizzo delle strutture finanziate dalla Legge 39/99, la quale ha previsto un programma