



# *IX Rapporto Sanità*

*Crisi economica e Sanità:  
come cambiare le politiche pubbliche*

---

*a cura di:  
Federico Spandonaro*



Università degli Studi  
di Roma "Tor Vergata"

## 7 - Assistenza residenziale: prime evidenze dalle basi informative

Giordani C.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

### 7.1. Introduzione

Le strutture residenziali (e semi-residenziali) sono un presidio fondamentale dell'assistenza primaria e condizione necessaria affinché si realizzi compiutamente l'obiettivo della deospedalizzazione e anche quello della presa in carico della non-autosufficienza. Le statistiche su questo settore di assistenza sono peraltro storicamente carenti: le ragioni, a parte una probabile non sufficiente attenzione per il settore, possono essere ricondotte a tre questioni fondamentali:

- la difficoltà di circoscriverne il “perimetro”
- la grande eterogeneità delle finalità e delle tipologie di utenza
- la difficoltà di definirne il prodotto.

Sul primo punto, vale la pena di osservare che la struttura residenziale di fatto si “definisce per differenza”: si distingue dall'ambulatorio, in quanto prevede una presa in carico, e quindi una permanenza nella struttura dell'utente (non necessariamente il pernottamento, che non è previsto nelle strutture semi-residenziali); differisce dalla struttura ospedaliera, per una presenza medica non preminente (a livello internazionale ricadono per lo più nella categoria delle *nursing facilities*): ovviamente quale sia il discrimine fra struttura ospedaliera e residenziale è questione convenzionale, dipendente dalle regolamentazioni (in particolare gli accreditamenti) regionali. È difficile ci siano dubbi di delimitazione fra struttura residenziale e struttura ospedaliera per acuti, ma questo non è affatto ovvio per le lungodegenze e, eventualmente, per le riabilitazioni.

Alla prima complessità si sovrappone quella della finalità assistenziale, considerando che, in aggiunta, le strutture possono ospitare anche tipologie diverse di pazienti: certamente pazienti con problemi psichici e pazienti terminali sono categorie facilmente delimitabili; molto meno facilmente definibili sono le altre categorie: ad esempio la voce Anziani contiene un coacervo di situazioni diverse, che vanno dalle disabilità dovute all'*Alzheimer* ai postumi di *Stroke*. Non meno discutibile è la suddivisione fra disabili e non, che può essere fatta in base a diverse scale e metodi.

In ogni caso, le strutture possono ospitare diverse tipologie di utenti, rendendo ancora più complessa la situazione.

Sebbene le giornate di presenza (o le ore nel caso delle strutture semi-residenziali) possano essere un discreto indicatore dei livelli di assistenza erogati (migliorabile se magari disaggregate per età o livello di non-autosufficienza degli utenti), un ulteriore fattore di complessità è dato dalle diverse intensità e la diversa qualità delle prestazioni rese;

<sup>1</sup> CREA Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

<sup>2</sup> Università di Roma “Tor Vergata”.

molte Regioni, ad esempio, classificano le strutture per livelli di complessità (per cui va tenuto presente che una giornata di presa in carico ha un “senso” diverso a seconda delle strutture); analogamente, appare ancora complicato ricostruire il quadro complessivo delle strutture, in quanto le rilevazioni del Ministero riguardano solo le strutture che hanno una componente sanitaria, mentre quelle Istat riguardano quelle che erogano prestazioni sociali, ma l’auspicabile incremento della integrazione socio sanitaria, rende artificiale e speciosa la separazione.

In sostanza, la misura dei fenomeni legati alla residenzialità è un fatto complesso e le statistiche sono sempre da interpretarsi con una certa cautela. Pur non trattandosi di questioni completamente risolte, negli ultimi anni il flusso informativo è però migliorato significativamente (anche se è ancora piuttosto in ritardo nella pubblicazione dei dati): cercheremo in questo capitolo, tenendo sempre presenti i caveat espressi, di riassumere alcuni dei dati essenziali ad oggi disponibili.

## **7.2. Offerta**

### **Strutture**

L’annuario del Ministero della Salute<sup>3</sup> censisce Residenze Sanitarie per Anziani (RSA), Case Protette, Hospice e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale sanitario; sono censite anche le strutture semi-residenziali, essenzialmente centri diurni psichiatrici. Il censimento comprende strutture pubbliche e private accreditate.

Nel 2010 sono state censite in Italia 6.153 strutture residenziali (+7,7% rispetto al 2009): la variazione media annua dal 2005 è pari al +6,0%.

Le strutture di tipo semi-residenziale censite sono 2.644 (+5,3% rispetto al 2009), con una variazione media annua dal 2005 pari al +3,6%.

<sup>3</sup> A cura della Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario – Ufficio di Direzione statistica.

**Tabella 7.1 - Strutture residenziali e semi-residenziali per ripartizione geografica**  
**Variazioni %, anno 2010 vs. 2009 e 2010 vs. 2005**

<b>Regioni</b>	<b>2010 vs. 2009 var%</b>	<b>2010 vs. 2005 var media annua</b>
<b>Italia</b>		
Strutture residenziali	7,7	6,0
Strutture semi-residenziali	5,3	3,6
TOT	7,0	5,2
<b>Nord</b>		
Strutture residenziali	10,0	6,7
Strutture semi-residenziali	7,3	4,2
TOT	9,1	5,9
<b>Centro</b>		
Strutture residenziali	1,3	3,6
Strutture semi-residenziali	-3,4	0,8
TOT	-0,2	2,7
<b>Sud e Isole</b>		
Strutture residenziali	1,5	4,4
Strutture semi-residenziali	4,7	3,3
TOT	2,3	4,1

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Si può osservare che nel Nord si registra l'aumento maggiore di strutture (sia nell'ultimo anno che nel medio periodo), malgrado sia noto che in tale ripartizione l'offerta sia maggiore.

Si nota, inoltre, come la tendenza sia ad aumentare proporzionalmente di più le strutture residenziali: quelle semi-residenziali nel Centro addirittura diminuiscono nel 2010 rispetto all'anno precedente.

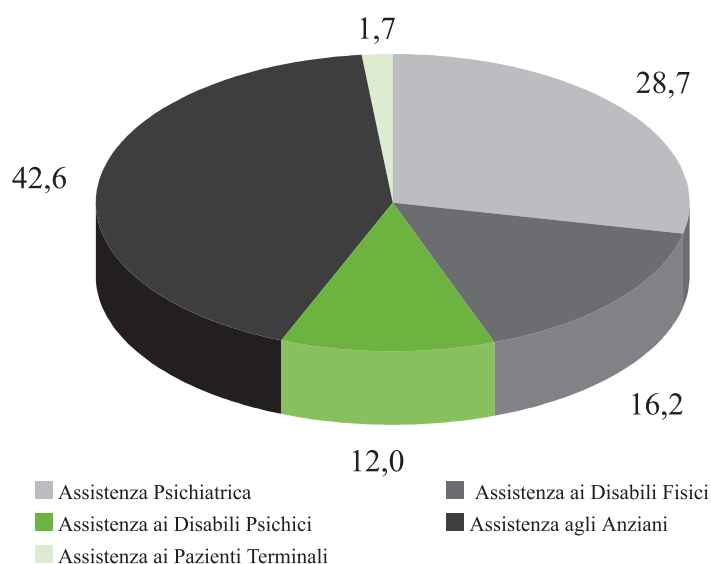
Con riferimento alla tipologia di assistenza erogata, quasi la metà, il 42,6%, delle strutture (residenziali e semi-residenziali, pubbliche e private accreditate) eroga assistenza agli anziani (per la quasi totalità non-autosufficienti).

Un'altra area importante è quella della Salute Mentale: il 28,7% delle strutture offre assistenza psichiatrica e il 12% assiste disabili psichici.

Per il resto le strutture sono classificate per l'erogazione di assistenza ai disabili fisici (16,2%), o a pazienti terminali (1,7%).

Si tratta con ogni probabilità di dati sottostimati, perché in alcuni casi le tipologie di assistenza erogata si sovrappongono.

**Figura 7.1 - Strutture residenziali e semi-residenziali in Italia per tipologia di assistenza erogata**  
Valori %, anno 2010



Nota: il totale non fa 100 perché le tipologie di assistenza erogate dalle strutture si possono sovrapporre in alcuni casi

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero Salute

L'Istat effettua la rilevazione dei presidi residenziali<sup>4</sup> socio-assistenziali e socio-sanitari, ovvero di quelle strutture che erogano attività di assistenza rivolte alla persona, che sono finalizzate sia al soddisfacimento di bisogni di natura sociale, legati al disagio e all'emarginazione, sia di bisogni sociali con rilevanza sanitaria, legati all'invecchiamento della popolazione e alla disabilità.

Si consideri che secondo le rilevazioni ISTAT, sempre riferite al 2010, in Italia le strutture (che comprendono sia le pubbliche che le private) che erogano prestazioni residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali sono 12.808 (0,21 per 1.000 abitanti), senza variazioni di rilievo rispetto al 2009, ed accolgono prevalentemente anziani non-autosufficienti<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Struttura pubblica o privata che eroga servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno.

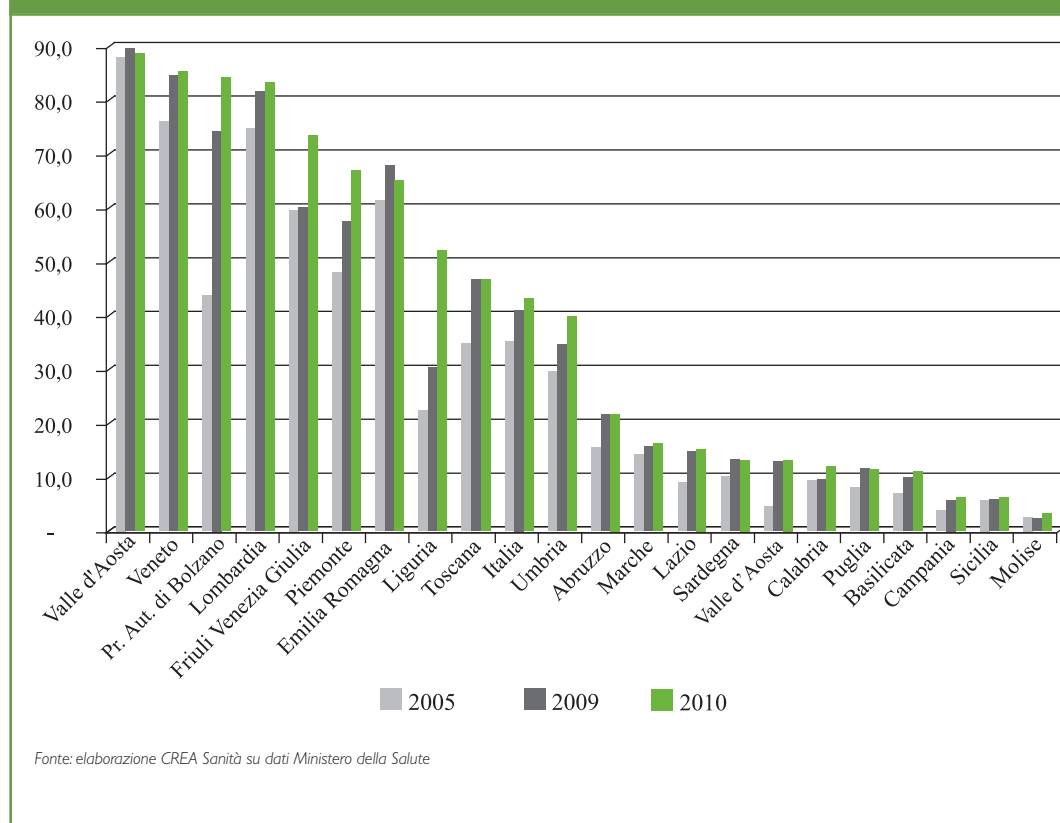
<sup>5</sup> Sono così definite le persone di età superiore a 65 anni che sono dichiarati non-autosufficienti a seguito di valutazione multidimensionale da parte di un'équipe multidisciplinare.

## Posti letto

Stando alle rilevazioni del Ministero della Salute raccolte nell'Annuario statistico 2010, i posti letto nelle strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate sono pari a 260.654 (erano 206.027 nel 2005 e 246.729 nel 2009).

La figura 7.2, evidenziando il numero di posti letto per 10.000 abitanti (43,2 per la media Italia), dimostra come l'assistenza residenziale e semi-residenziale socio-sanitaria sia maggiormente sviluppata nel Nord Est, e scarsissima nel Sud.

**Figura 7.2 - Posti letto in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate**  
Valori per 10.000 abitanti, anni 2005-2010

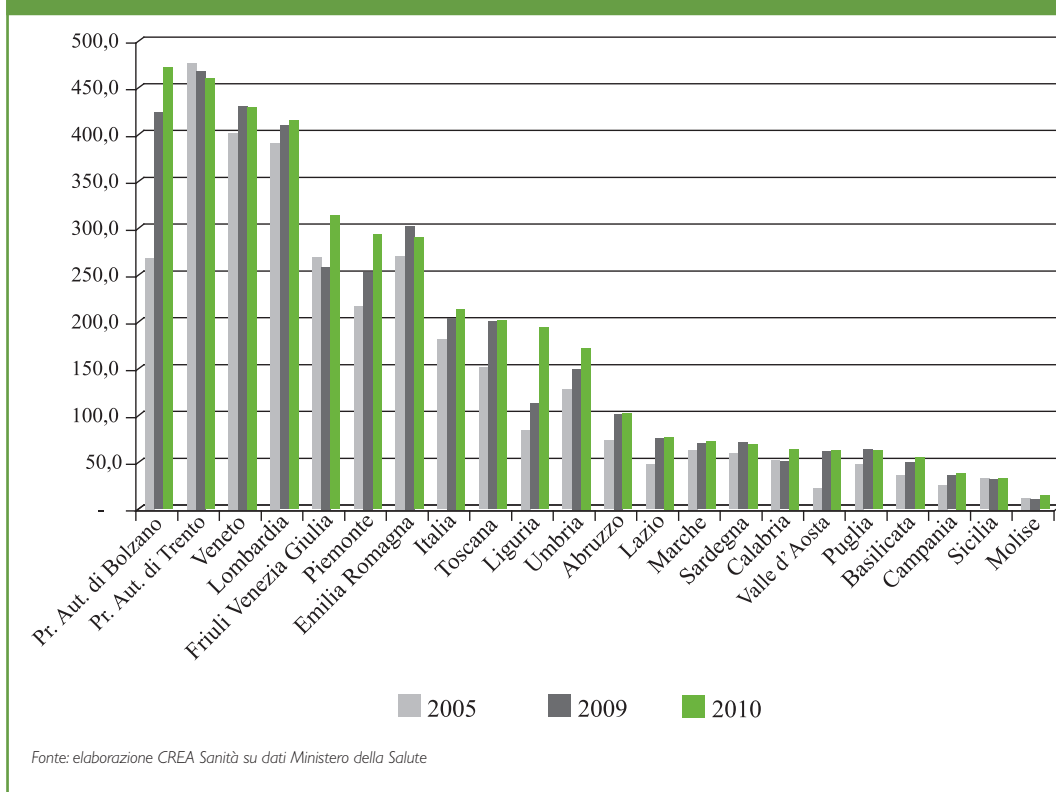


Nel 2010, sono tutte del Nord le Regioni che registrano il maggior numero di posti letto per 10.000 abitanti: P.A. di Trento (88,6), Veneto (85,3), P.A. Bolzano (84,3), Lombardia (83,3) e Friuli Venezia Giulia (73,5). All'altro estremo troviamo Puglia (11,4), Basilicata (11,1), Campania (6,2), Sicilia (6,2) e Molise (3,3): il *gap* fra la prima e l'ultima è di circa 30 volte, e non è evidentemente spiegabile con le differenze di età.

Tanto che, come si può osservare nella figura che segue, se si calcola il numero di posti letto per 10.000 abitanti anziani (*over65*), la classifica non cambia molto, e il *gap* tra la

prima (P.A Bolzano con 472,0 posti letto) e l'ultima (sempre il Molise con 15,2 posti) continua ad essere di circa 30 volte.

**Figura 7.3 Posti letto in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate  
Valori per 10.000 abitanti anziani (over65), anni 2005-2010**

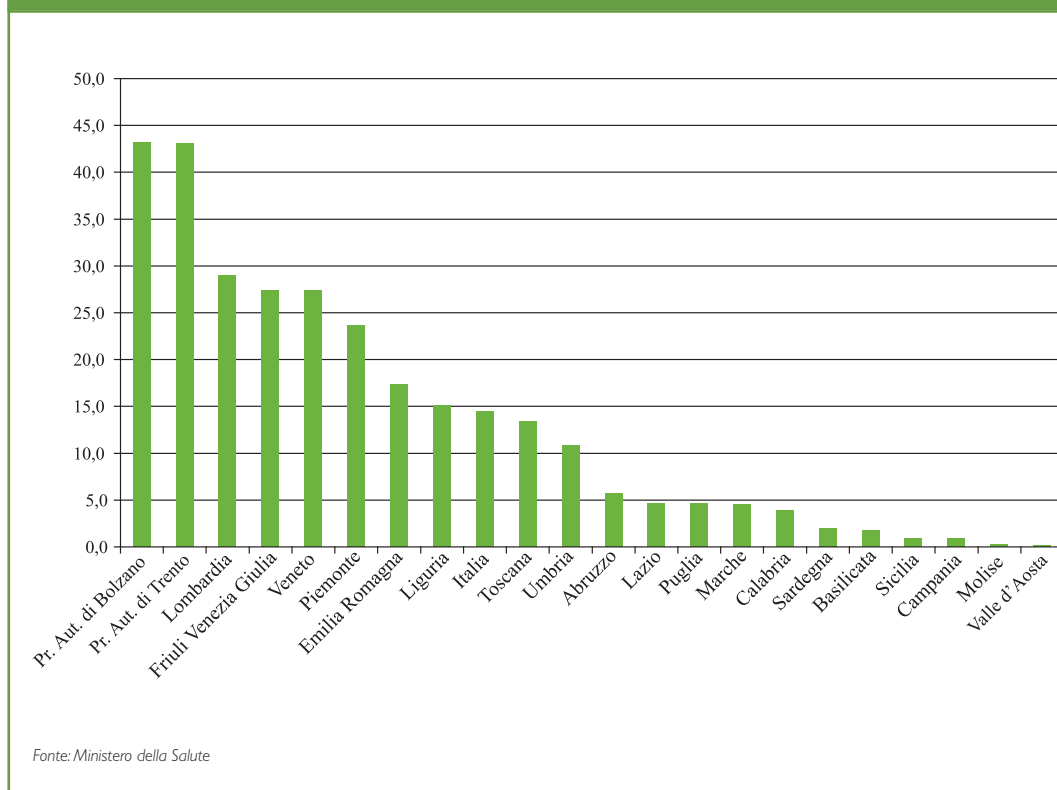


Considerando la variazione percentuale del numero di posti letto per 10.000 abitanti (considerando quindi la popolazione totale) dal 2009 al 2010, si può almeno osservare come alcune Regioni del Sud abbiano effettivamente cercato di ridurre il gap: citiamo ad esempio il Molise (che pur essendo fanalino di coda nel 2010, ha registrato rispetto all'anno precedente una crescita del numero di letti del +39,2) e la Calabria (+25,6%). Spicca anche il dato (+71,4%) della Liguria, Regione che registra anche uno dei valori più alti di variazione media nell'ultimo quinquennio (+18,3% nel 2010 rispetto al 2005), preceduta solo dalla Valle d'Aosta (+23,7%).

Alla fine di agosto 2013 il Ministero della Salute<sup>6</sup> ha diffuso alcune tavole statistiche con aggiornamento dei dati al 2011. In particolare, il numero di posti letto residenziali per

<sup>6</sup> Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario - Ufficio di statistica.

**Figura 7.4 - Posti residenziali per assistenza agli anziani over65 nelle strutture territoriali, per Regione  
Valori per 1.000 residenti anziani, anno 2011**



assistenza agli anziani *over65* nelle strutture territoriali (per 1.000 abitanti anziani). A livello Italia, il *trend* dell'ultimo triennio è crescente; la situazione regionale, piuttosto disomogenea, viene illustrata nella figura 7.4.

Come si evince dalla figura 7.4, sono sempre del Nord le Regioni con un numero maggiore di posti letto: in particolare P.A. di Bolzano (42,2 posti letto residenziali per assistenza agli anziani *over65* per 1.000 abitanti anziani), P.A. di Trento (43,1) e Lombardia (29,0). Al di sotto dell'unità Regioni del Sud (Sicilia e Campania con 0,9 posti, e Molise con 0,3), con l'eccezione del fanalino di coda: la Valle d'Aosta con 0,2 posti letto per 1.000 abitanti.

In base alle rilevazioni Istat, che ricordiamo tenere in considerazione i presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali, sia pubblici che privati, in complesso i posti letto disponibili in Italia nel 2010 risultano essere 424.705 (70 ogni 10.000 residenti), quindi circa il doppio di quelli censiti dal Ministero (come più volte evidenziato, i dati rilevati da quest'ultimo non sono confrontabili con quelli Istat, anche perché l'Istat rileva anche i posti per prestazioni socio-assistenziali).



La grande maggioranza dei posti letto (306.186, pari al 72,1%) è destinata a prestazioni socio-sanitarie. Anche considerando solo questi, si tratta comunque di un numero superiore rispetto a quello rilevato dal Ministero (presumibilmente a causa della differenza nei criteri di rilevazione).

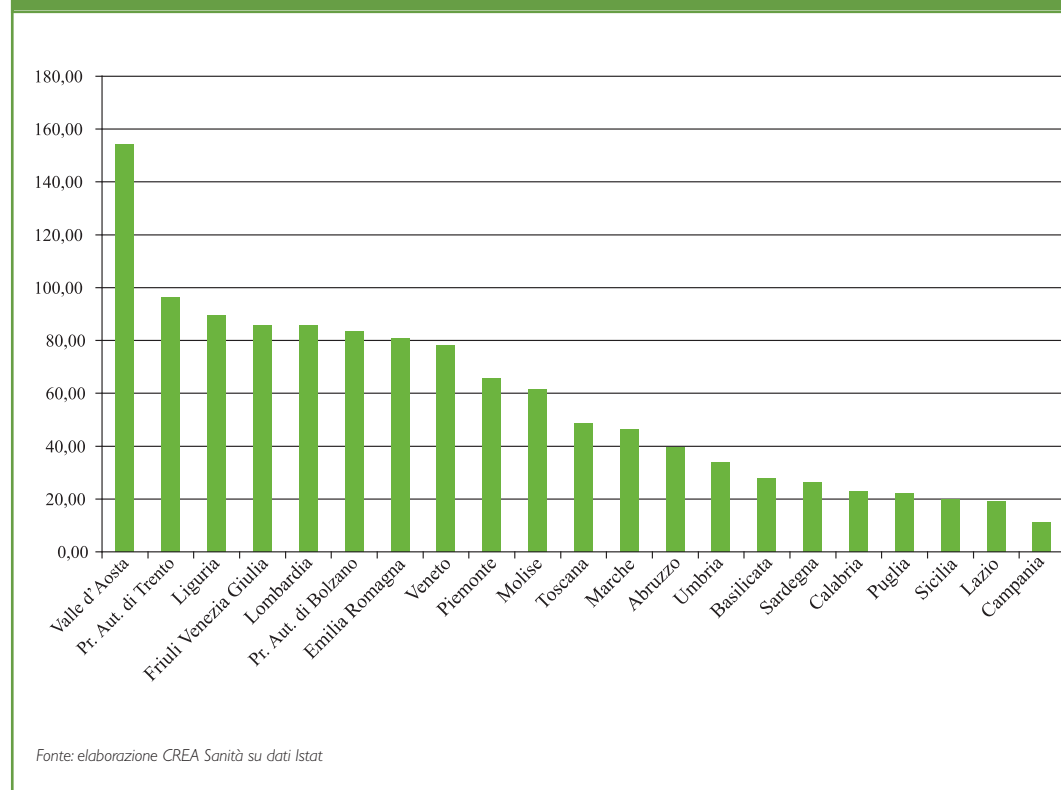
A seguire, il 13,3% dei posti serve per una prevalente accoglienza abitativa, il 5,92% è destinata a prestazioni socio-educative. Seguono la funzione tutelare (4,67%), l'accoglienza di emergenza (2,38%) e la funzione educativo-psicologica (0,98%).

Le differenze territoriali restano elevate e invariate rispetto all'anno precedente: nelle Regioni del Nord si colloca il 66% dei posti letto complessivi, con un tasso di 100 posti letto ogni 10.000 residenti, contro i 30 del Sud.

In particolare, nel Nord si registra l'offerta più elevata di servizi a carattere socio-sanitario, con 80 posti letto ogni 10.000 residenti, contro i 20 posti letto del Mezzogiorno.

Sempre stando ai dati Istat, nel 2010, i dati regionali sui posti letto disponibili nei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali destinati a funzioni socio-sanitarie sono quelli illustrati nella figura che segue.

**Figura 7.5 - Posti letto in presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali destinati a funzioni socio-sanitarie  
Valori per 10.000 abitanti, anno 2010**

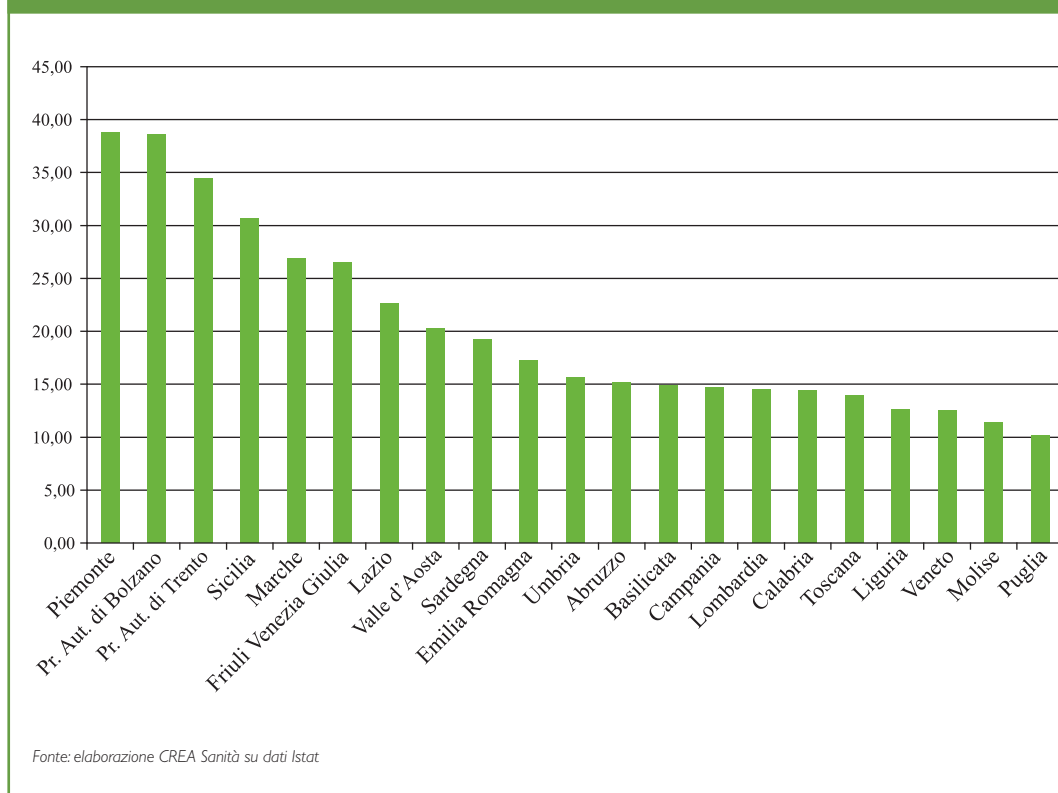


Si conferma quanto già rilevato dai dati ministeriali, ossia la prevalenza di posti letto destinati a prestazioni socio-sanitarie nelle Regioni del Nord; secondo i dati Istat, si tratta in particolare di Valle d'Aosta (154,39 posti letto ogni 10.000 abitanti), P.A. di Trento (96,28), Liguria (89,58), Friuli Venezia Giulia (85,71) e Lombardia (85,54); in fondo alla classifica, sotto quota 25 posti letto per 10.000 abitanti, ci sono Calabria (22,96), Puglia (21,96), Sicilia (19,73), Lazio (18,97) e Campania (11,14).

Per quanto concerne i posti letto destinati ad altre funzioni di protezione sociale (accoglienza di emergenza, prevalente accoglienza abitativa, prevalente funzione tutelare, socio-educativa, educativa psicologica), non considerando quelli destinati ai minori, sono tutti largamente riconducibili alla sfera della non-autosufficienza.

Complessivamente si tratta di 19,18 posti letto ogni 10.000 residenti.

**Figura 7.6 - Posti letto in presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali destinati a funzioni di protezione sociale differenti dalle socio-sanitarie  
Valori per 10.000 abitanti, anno 2010**



La composizione regionale vede in testa diverse Regioni del Nord, ma spicca il dato della Sicilia (30,63 posti letto per 10.000 abitanti destinati a funzioni di protezione sociale diverse da quelle socio-sanitarie e presenti nei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali), delle Marche (26,92) e del Lazio (22,64). Tra le ultime posizioni in classifica, spiccano invece i dati relativi alle Regioni del Nord quali Veneto (12,54) e Liguria (12,64). Un ulteriore elemento interessante è che secondo l'Istat, oltre il 60% dei titolari delle strutture residenziali sono enti privati (il 40,9% del totale è rappresentato da enti non profit, il 20,0% da enti profit).

Si consideri che una parte delle strutture pubbliche non sono gestite direttamente: nel Centro e nel Mezzogiorno la gestione è più spesso affidata al settore privato (rispettivamente nel 54% e nell'83% dei casi).

### **7.3. Utilizzo**

Nei presidi residenziali l'Istat ha censito 394.374 persone assistite, di cui circa 295.000 (75%) anziani e 19.000 minori (5%).

Gli anziani sono in larga misura non-autosufficienti (74%) e hanno, nella metà dei casi, oltre 85 anni.

Le persone residenzializzate sono in larghissima misura donne (75%) e con patologie psichiatriche (69%). Si noti che il 4% sono stranieri.

Dei minori il 25% ha problemi di tossicodipendenza e il 16% risulta avere problemi di salute mentale o disabilità.

Nelle strutture censite dal Ministero gli utenti 2010 sono, invece, risultati 406.553.

Di essi 276.835 (68,1%) sono anziani; 84.073 (20,7%) hanno ricevuto assistenza psichiatrica o sono disabili psichici; 18.883 (4,6%) sono pazienti terminali e i restanti 26.762 (6,6%) sono classificati come disabili fisici.

La tabella 7.2 mostra le differenze regionali relativamente alla composizione per tipologia di assistenza.

Tra le difformità regionali, spiccano alcune peculiarità: ad esempio, la percentuale di anziani che hanno usufruito del servizio di assistenza sul totale degli utenti dei vari servizi, è ovviamente maggiore nelle Regioni più anziane, ma non rispecchia fedelmente il dato demografico, raggiungendo il massimo nelle PP.AA. di Trento e Bolzano; di contro la percentuale è irrisoria in Molise.

Con riferimento poi all'assistenza psichiatrica, emergono poi le percentuali di utenti di tale servizio (sul totale utenti) di Campania (69,30%), Sicilia (43,81%), Sardegna (40,54%) e Basilicata (40,17%), significativamente superiori alla media nazionale (15,92%).

Da segnalare come in Valle d'Aosta il 66,28% dell'utenza sia rappresentato da disabili fisici (contro una media nazionale del 6,58%), mentre in Molise il 64,16% degli utenti dei servizi di assistenza siano malati terminali (contro una media Italia del 4,64%).

Appare evidente che si evidenziano anche problemi di classificazione dell'utenza.

A riprova di ciò, nella tabella seguente, che illustra invece la prevalenza sulla popolazione residente, si conferma una significativa variabilità regionale.

Non si può non rimarcare che il livello di attendibilità dei dati non è ancora forse sufficiente.

**Tabella 7.2 – Utenti in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate, composizione per tipologia di assistenza  
Valori %, anno 2010**

<b>Regioni</b>	<b>Assistenza Psichiatrica</b>	<b>Assistenza agli Anziani</b>	<b>Assistenza ai Pazienti Terminali</b>	<b>Assistenza ai Disabili Psichici</b>	<b>Assistenza ai Disabili Fisici</b>
Italia	15,92	68,09	4,64	4,76	6,58
Nord	12,60	72,50	3,78	4,15	6,98
Nord-Ovest	11,55	75,37	3,57	2,21	7,31
Nord-Est	13,84	69,09	4,01	6,45	6,60
Centro	20,16	61,03	9,61	5,45	3,75
Sud e Isole	40,94	37,37	4,59	9,56	7,55
Sud	39,97	37,69	5,11	9,90	7,34
Isole	42,90	36,71	3,53	8,87	7,99
Piemonte	12,86	71,74	5,04	6,76	3,59
Valle d'Aosta	9,09	5,95	0,00	18,68	66,28
Lombardia	11,06	76,15	2,94	0,71	9,13
Pr. Aut. di Bolzano	12,45	81,19	0,00	4,53	1,83
Pr. Aut. di Trento	10,66	87,30	1,89	0,15	0,00
Veneto	10,67	67,67	2,35	14,78	4,53
Friuli Venezia Giulia	12,49	77,89	3,59	1,43	4,60
Liguria	12,05	80,37	4,75	1,80	1,04
Emilia Romagna	18,55	63,67	6,73	0,04	11,02
Toscana	12,89	70,91	3,87	7,25	5,08
Umbria	16,37	67,71	4,51	5,82	5,58
Marche	15,59	65,07	10,06	5,06	4,21
Lazio	33,21	43,57	19,19	2,91	1,13
Abruzzo	26,16	64,84	0,00	4,49	4,51
Molise	29,01	5,46	64,16	1,37	0,00
Campania	69,30	12,73	1,46	10,22	6,30
Puglia	27,10	42,57	12,73	10,37	7,24
Basilicata	40,17	34,06	3,91	13,65	8,21
Calabria	25,64	44,35	2,20	14,80	13,01
Sicilia	43,81	44,03	1,23	5,10	5,82
Sardegna	40,54	17,64	9,51	18,68	13,63

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero Salute

**Tabella 7.3 – Utenti in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate, per tipologia di assistenza  
Valori per 100.000 abitanti, anno 2010**

<b>Regioni</b>	<b>Assistenza Psichiatrica</b>	<b>Assistenza agli Anziani</b>	<b>Assistenza ai Pazienti Terminali</b>	<b>Assistenza ai Disabili Psicici</b>	<b>Assistenza ai Disabili Fisici</b>	<b>TOTALE Utenti</b>
<b>Italia</b>	<b>107</b>	<b>459</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>44</b>	<b>674</b>
Nord	145	835	43	48	80	1.152
Nord-Ovest	124	812	39	24	79	1.078
Nord-Est	174	867	50	81	83	1.255
Centro	95	288	45	26	18	472
Sud e Isole	64	59	7	15	12	157
Sud	62	58	8	15	11	155
Isole	69	59	6	14	13	160
Piemonte	109	609	43	57	30	849
Valle d'Aosta	43	28	0	88	314	473
Lombardia	132	906	35	8	109	1.190
Pr. Aut. di Bolzano	130	845	0	47	19	1.040
Pr. Aut. di Trento	109	889	19	2	0	1.018
Veneto	129	817	28	178	55	1.208
Friuli Venezia Giulia	237	1.475	68	27	87	1.894
Liguria	129	864	51	19	11	1.075
Emilia Romagna	219	752	79	0	130	1.181
Toscana	89	487	27	50	35	687
Umbria	106	440	29	38	36	650
Marche	63	264	41	21	17	405
Lazio	106	140	61	9	4	320
Abruzzo	90	223	0	15	16	344
Molise	27	5	59	1	0	91
Campania	78	14	2	12	7	113
Puglia	37	58	17	14	10	137
Basilicata	71	61	7	24	15	178
Calabria	49	84	4	28	25	190
Sicilia	68	68	2	8	9	154
Sardegna	72	32	17	33	24	179

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero Salute

Inoltre, in buona misura le differenze dipendono anche dall'offerta disponibile, evidenziando specie nel Sud problemi di equità di accesso.

Il dato esposto risente, evidentemente, anche della diversa intensità assistenziale, espressa in misura molto approssimata dalle giornate per utente di assistenza.

La composizione di queste ultime mostra come la permanenza nelle strutture dei pazienti terminali si attestino intorno al mese, mentre per le altre forme di assistenza la presa in carico è sostanzialmente continuativa.

La tabella 7.4 illustra la situazione a livello regionale.

Tabella 7.4 – Giornate per utente nelle strutture residenziali e semi-residenziali, per tipologia di assistenza, anno 2010

Regioni	Assistenza Psichiatrica		Assistenza Anziani		Assistenza Pazienti Terminale		Assistenza Disabili Psicici		Assistenza Disabili Fisici	
	semi-res	res	semi-res	res	semi-res	res	semi-res	res	semi-res	res
<b>Italia</b>	<b>70</b>	<b>188</b>	<b>136</b>	<b>221</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>171</b>	<b>281</b>	<b>196</b>	<b>225</b>
Piemonte	57	267	108	205	6	21	165	300	197	176
Valle d'Aosta	77	319		28			101	236		26
Lombardia	75	210	129	254		18	145	339	200	316
Pr. Aut. di Bolzano	57	179		311				62		363
Pr. Aut. di Trento	38	203		340		19		335		
Veneto	73	265	126	237		22	189	287	188	132
Friuli Venezia Giulia	38	84	251	150		16	76	293	4	26
Liguria	62	286	111	160		21	151	230	204	228
Emilia Romagna	84	95	159	204		21		334	205	300
Toscana	87	211	131	231	7	18	146	263	161	165
Umbria	129	201	131	151		16	170	338	200	144
Marche	113	245	136	122		21	107	297	147	42
Lazio	76	115	145	214		24	48	306		310
Abruzzo	132	224	57	168		0		291	403	263
Molise	325	331		365		14		365		
Campania	43	183	82	241		23	116	316	117	335
Puglia	245	312	100	215		20	174	316	260	355
Basilicata	98	267		166		18		115		45
Calabria	18	282		267	5	21	287	312		62
Sicilia	51	253		61		23	89	256	179	108
Sardegna	37	250	123	224		76	176	218	184	105

Fonte: Ministero Salute

Il dato sulle giornate per utente dovrebbe essere, allo stato attuale, la migliore informazione sull'effettiva utilizzazione delle strutture.

Non di meno, si notano valori certamente anomali (come i 365 giorni per anziano assistito in Molise o i 76 giorni per paziente terminale in Sardegna).

A livello regionale: senza contare i valori nulli (dati presumibilmente non disponibili), per l'assistenza psichiatrica nelle strutture semi-residenziali si passa dalle 18 giornate per utente della Calabria alle 325 del Molise, mentre nelle residenziali si va dalle 84 giornate del Friuli alle 331 del Molise; per l'assistenza agli anziani, nelle strutture semi-residenziali si passa dalle 57 giornate utente per l'Abruzzo alle 251 del Friuli Venezia Giulia, mentre nelle residenziali dalle 28 giornate della Valle d'Aosta alle 365 del Molise.

Ancora, per l'assistenza ai pazienti terminali, nelle strutture semi-residenziali solo in tre Regioni (Toscana, Calabria e Piemonte) si registrano, come è lecito aspettarsi, pochissime giornate utente (6 in media), mentre nelle residenziali si va dalle 14 giornate del Molise alle 76 della Sardegna; per l'assistenza ai disabili psicici, nelle strutture semi-residenziali

si passa dalle 48 giornate per utente nelle strutture del Lazio alle 287 della Calabria, mentre nelle residenziali dalle 62 giornate utente nella P.A. di Bolzano alle “anomale” 365 del Molise.

Infine, per l’assistenza ai disabili fisici, nelle strutture semi-residenziali si passa dalle sole 4 giornate per utente del Friuli Venezia Giulia alle 403 dell’Abruzzo, mentre nelle residenziali si va dalle 26 del Friuli alle 363 della P.A. di Bolzano.

I dati esposti confermano certamente le grandi differenze organizzative a livello regionale, ma anche, come già rilevato e come risulta piuttosto evidente, un livello di attendibilità del dato ancora insufficiente.

#### **7.4. Hospice e Centri di terapia del dolore**

Due recenti studi permettono un approfondimento per quanto concerne Hospice e Centri di terapia del dolore.

Ricordiamo che la Legge 39/99, che metteva a disposizione delle Regioni cospicui finanziamenti perché sviluppassero gli Hospice (o centri residenziali di cure palliative per malati terminali), ha modificato in maniera consistente la Rete delle cure palliative italiane: l’applicazione della Legge, infatti, ha permesso di passare dai soli 5 Hospice attivi nel 1999 ai 105 funzionanti nel 2006 fino ai 165 funzionanti nel 2009 (con 1.888 posti letto), secondo quanto rilevato dalla monografia “Hospice in Italia – Seconda rilevazione ufficiale 2010”, a cura di Furio Zucco, realizzato nell’ambito del progetto “Rete degli Hospice italiani (Italian Hospice Network), in partnership tra Società Italiana di Cure Palliative (SICP), Fondazione Isabella Seràgnoli e Fondazione Floriani.

Nella monografia viene specificato che dei 165 Hospice operanti nel 2009:

- 90 sono pubblici, con 842 posti letto (gestiti esclusivamente da enti pubblici: Aziende sanitarie, AO, IPAB (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza), ASP (Aziende di servizi alla persona) di diritto pubblico, IRCCS pubblici, Policlinici universitari, Enti locali (es. Comuni) e altre Istituzioni di diritto pubblico (es. Fondazioni pubbliche);
- 12 sono privati, con 210 posti letto (gestiti esclusivamente da Enti, Società, Ospedali o Cliniche private organizzate in società di capitale o di persone;
- 35 sono del terzo settore, con 518 posti letto (gestiti esclusivamente da enti e Organizzazioni che operano principalmente senza scopo di lucro, basando la propria *mission* sui principi dell’utilità sociale e del bene collettivo: Fondazioni di diritto privato, Associazioni, Cooperative Sociali, Organizzazioni di volontariato, Enti religiosi e IRCCS di diritto privato;
- 28 sono di tipo misto, con 318 posti letto (gestiti da almeno due Enti o Organizzazioni appartenenti alle precedenti categorie (Enti pubblici, Enti privati, Enti del Terzo Settore).

La maggior parte (47,3%) degli Hospice operativi nel 2009 sono collocati all’interno di strutture ospedaliere; il 27,3% si trova invece in strutture dedicate, autonome e logisticamente indipendenti; il 14,6% è situato all’interno di strutture socio sanitarie o socio assistenziali; infine, il 10,8% degli Hospice si trova all’interno di centri polifunzionali non ospedalieri.

La monografia citata ha rilevato che gli Hospice attivi nel 2009 sono organizzati in tre modelli assistenziali differenti. In particolare:

- il 55% rispecchia il modello residenziale: il personale garantisce al paziente l'assistenza residenziale, eventualmente integrata con i servizi ambulatoriali e/o di *day hospital*, ma non prevede la presa in carico a livello domiciliare;
- il 27% è organizzato in base a un modello misto residenziale e domiciliare: non garantiscono però l'assistenza ambulatoriale e il *day hospital*;
- solo il 18% è organizzato in base al modello cosiddetto UCP (Unità di Cure Palliative): è il modello più completo, in quanto vengono gestiti tutti i livelli assistenziali necessari a garantire la massima continuità assistenziale al paziente.

Per il 2008, il numero medio annuo di pazienti presi in carico dagli Hospice è stato pari a 153, mentre la durata media della presa in carico dei pazienti è risultata pari a 20,7 giorni. Più recentemente, la innovativa Legge 38/2010 ha dato "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Tale norma, tra le prime e più avanzate in Europa a fornire risposte ai bisogni della popolazione in tema di cure palliative e di dolore cronico (e principalmente a riconoscere il diritto all'accesso alla terapia del dolore), la Legge stabilisce la presenza di due Reti di assistenza che devono rispondere alle esigenze e ai bisogni sia del paziente che necessita di cure palliative sia del paziente affetto da dolore cronico. Inoltre, presta particolare attenzione al paziente pediatrico, definendo una rete per la quale la presa in carico e l'assistenza è indirizzata al bambino e alla sua famiglia, riconoscendolo come paziente con bisogni ed esigenze specifici.

Questa Legge ha avuto difficoltà a trovare applicazione, in larga misura attribuibili alla carenza di indicazioni cogenti sul suo finanziamento, e il cammino da percorrere per il pieno raggiungimento degli obiettivi è ancora lungo. Proprio per illustrare lo stato di attuazione della Legge, il 20 giugno 2013 il Ministro della Salute On. Beatrice Lorenzin ha inviato alle Camere la "Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 38/2010".

Come precisato dal Ministero, «*le analisi della Relazione nell'anno 2012 scaturiscono dall'elaborazione dei dati provenienti dal sistema informativo per il monitoraggio dello stato di attuazione della rete assistenziale di cure palliative e di quella di terapia del dolore; per quanto attiene il monitoraggio della rete di cure palliative e di terapia del dolore rivolta al paziente in età pediatrica le informazioni necessarie per la stesura del Rapporto sono state richieste alle Regioni tramite un questionario inviato dalla Commissione salute della Conferenza delle Regioni. In particolare, in questa edizione della Relazione, hanno fornito un contributo sempre più associazioni appartenenti al terzo settore e rappresentanze dei professionisti della sanità*».

Stando ai risultati di questa indagine, 11 Regioni su 21 hanno formalmente deliberato la creazione della Rete pediatrica, e solamente 4 Regioni dichiarano di averla già arrivata. In cinque è in via di organizzazione.

Sempre secondo quanto evidenziato dal Ministero della Salute, con riferimento alle Reti regionali di cure palliative i dati censiti dal Sistema Informativo Sanitario Nazionale per l'anno 2011 (elaborazione dell'Ufficio di Statistica) mostrano come la media nazionale del numero di posti letto in Hospice per 100 deceduti per tumore sia pari a 1,27. Questo valore, in aumento rispetto al 2010 (+1,15) e al 2009 (+1,05), conferma lo sviluppo della Rete nazionale di offerta residenziale delle cure palliative che per l'anno 2011 conta compless-



sivamente 217 strutture, in crescita rispetto al 2010 (+204) e rispetto al 2009 (+182). Per l'anno 2011, in Calabria, Campania, Abruzzo e Toscana e nella Provincia Autonoma di Trento si registra ancora un numero di posti letto in Hospice inferiore alla soglia di accettabilità (0,5 secondo la c.d. "griglia LEA").

Gli Hospice sono costituiti presso strutture ospedaliere o strutture residenziali sanitarie territoriali, in maniera difforme tra le Regioni: in Lombardia, Lazio, Basilicata e Sicilia essi risultano localizzati prevalentemente all'interno delle strutture di ricovero e cura o ne costituiscono articolazioni organizzative.

**Tabella 7.5 – Posti letto per attività di hospice in strutture residenziali, posti letto di degenza ordinaria in reparti ospedalieri per cure palliative, posti letto attivi in Hospice sul totale deceduti per tumore, anno 2011**

<b>Regione</b>	<b>Posti letto per attività di hospice in strutture territoriali residenziali</b>	<b>Posti letto di degenza ordinaria in reparti ospedalieri dedicati alle cure palliative</b>	<b>Posti letto attivi in Hospice sul totale deceduti per tumore (per 100)</b>
Piemonte	109	-	0,74
Valle d'Aosta	-	7	1,86
Lombardia	245	362	2,00
Prov. Auton. Bolzano	-	12	1,00
Prov. Auton. Trento	7	-	0,48
Veneto	103	3	0,76
Friuli Venezia Giulia	59	-	1,33
Liguria	53	12	1,05
Emilia Romagna	248	-	1,73
Toscana	46	9	0,45
Umbria	17	-	0,61
Marche	61	-	1,30
Lazio	358	21	2,36
Abruzzo	12	-	0,34
Molise	10	-	1,15
Campania	25	-	0,18
Puglia	96	-	0,97
Basilicata	6	24	2,05
Calabria	7	-	0,16
Sicilia	19	67	0,70
Sardegna	200	-	4,40
<b>ITALIA</b>	<b>1.681</b>	<b>517</b>	<b>1,27</b>

Fonte: Ministero della Salute

Nell'ambito della terapia del dolore, con l'Intesa del 25 luglio 2012 sono stati individuati i requisiti minimi ai quali devono rispondere i centri *Hub* e i centri *Spoke*, e diviene sempre più urgente la necessità di individuare un codice disciplina dedicato, che identifichi i Centri nell'ambito del Sistema informativo Sanitario del Ministero della Salute. In assenza di tale codice, nelle analisi ministeriali sono state selezionate alcune prestazioni ospedaliere e ambulatoriali significative per evidenziare i progressi nei processi assistenziali erogati in questo settore.

Nel giugno 2013 il Ministero della Salute (D.G. della comunicazione e delle relazioni istituzionali) ha poi condotto un'indagine ad hoc per rilevare gli Hospice operanti sul territorio italiano, ma ha anche rilevato per la prima volta i Centri di terapia del dolore (che mirano a rimuovere il sintomo grazie all'impiego di farmaci in grado di annullarlo, senza residenzializzazione) attivi.

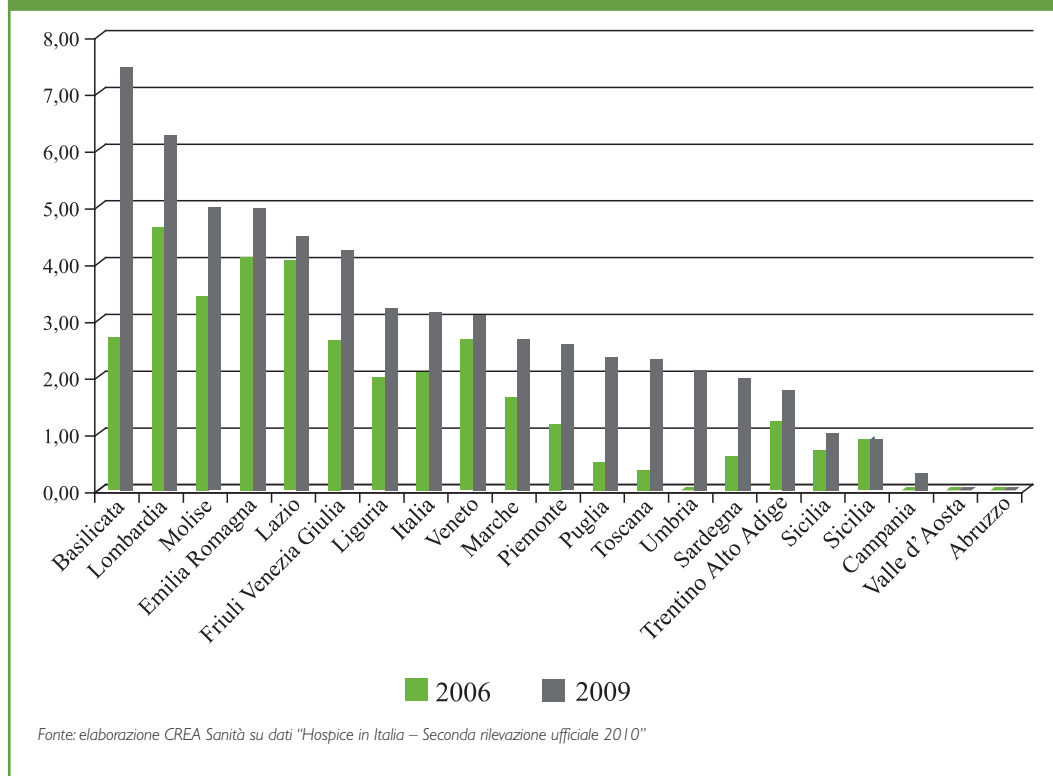
Nella tabella che segue viene riportata la dislocazione regionale, confrontata con quella risultante nel giugno 2009 (solo per gli Hospice).

**Tabella 7.6 - Numero di Hospice e Centri di terapia del dolore attivi.  
Anni 2006-2009-2013**

<b>Regioni/Anno/ Tipologia</b>	<b>2006 Hospice</b>	<b>2009 Hospice</b>	<b>2013 Hospice</b>	<b>2013 Centri terapia dolore</b>
ITALIA	105	165	264	296
Piemonte	5	11	13	29
Valle d'Aosta	-	-	1	1
Lombardia	38	51	70	23
Trentino Alto Adige	2	2	4	3
Veneto	14	17	21	40
Friuli Venezia Giulia	2	4	8	16
Liguria	3	5	6	7
Emilia Romagna	14	18	22	26
Toscana	2	12	18	28
Umbria	-	2	3	8
Marche	3	5	7	5
Lazio	11	15	26	48
Abruzzo	-	-	6	6
Molise	1	1	1	3
Campania	-	2	7	8
Puglia	2	6	7	15
Basilicata	2	4	8	6
Calabria	2	2	18	6
Sicilia	3	5	10	9
Sardegna	1	3	8	9

Fonte: Ministero della Salute e "Hospice in Italia – Seconda rilevazione ufficiale 2010"

**Figura 7.7 - Posti letto negli Hospice attivi  
Valori per 100.000 abitanti, anni 2006 e 2009**



Analizzando il numero di posti letto per 100.000 abitanti, al 2009, spicca la Basilicata con 7,45 posti, seguita da Lombardia (6,26), Molise (4,99), Emilia Romagna (4,98), Lazio (4,48), Friuli Venezia Giulia (4,22) e Liguria (3,22). La media nazionale risulta pari a 3,14 posti per 100.000 abitanti. Il fanalino di coda è la Campania, con 0,31. Valle d'Aosta e Abruzzo nel 2009 non risultano avere posti letto a disposizione per cure palliative a malati terminali. Tuttavia, dalla rilevazione del Ministero della Salute, risulta che nel 2013 in Valle d'Aosta è stato attivato un Hospice, mentre sono sei quelli funzionanti in Abruzzo. Se si considera la variazione media annua occorsa tra il 2006 e il 2009 nelle varie Regioni, la percentuale di incremento maggiore si registra in Toscana (+86,2%), seguita da Puglia (+68,6%) e Sardegna (+48,4%). La variazione media annua inferiore viene registrata dal Lazio (+3,4%), che comunque resta la quinta Regione per posti letto in Hospice.

### 7.5. Conclusioni

Come premesso, nel presente capitolo si è voluto provare a fare un primo punto su un aspetto fondamentale per lo sviluppo dell'assistenza primaria, quale è quello dell'assistenza residenziale, sia sanitaria, che sociale (per la presa in carico della non-autosufficienza), sfruttando la disponibilità di alcune rilevazioni del Ministero della Salute e dell'Istat.

Come era prevedibile, emergono varie discrasie nei dati, che indicano come sia ancora necessario migliorare di molto la qualità dell'informazione, come anche la sua tempestività. In particolare, appare debole l'informazione sulla utilizzazione delle strutture e sulla efficienza delle stesse: a tal fine sarebbe opportuno sviluppare sistemi di classificazione delle prestazioni rese, che permettano confronti fra aggregati più omogenei.

Con i dati disponibili, due sono le evidenze che emergono: la prima è che i servizi sono mediamente insufficienti, e in oltre metà del Paese piuttosto lontani da livelli accettabili, provocando certamente problemi di equità di accesso e incidendo negativamente sulla possibilità di una concreta de-ospedalizzazione.

Tra l'altro, la permanenza media nelle strutture residenziali appare di lunghissima durata, tranne che per gli Hospice, legittimando il dubbio che abbia senso mantenere ancora in vita le strutture ospedaliere di lungodegenza, che per lo più appaiono duplicati (inefficienti?) delle strutture residenziali.

L'altra informazione, tendenzialmente positiva, è che con oltre un decennio di ritardo, le Regioni si stanno, seppure con temi e metodi diversi, finalmente attrezzando per dare esigibilità ai diritti sanciti dalla L. 39/1999 per i pazienti terminali e le loro famiglie. Importanti passi avanti, nonostante un percorso da compiere ancora piuttosto lungo, sono poi stati fatti attraverso l'emanazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010, che ha rappresentato un traguardo importante nel panorama sanitario italiano ed europeo, e con l'Intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome del 25.7.2012, per la definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore. Il documento ha permesso di definire dettagliatamente le caratteristiche necessarie per l'accreditamento delle strutture residenziali, domiciliari, ospedaliere ed ambulatoriali che possono operare nella rete di terapia del dolore e di cure palliative per il paziente adulto e pediatrico, salvaguardando la tutela per *«l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato [...], al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze»*.

Appare evidente che il processo di potenziamento delle rete residenziale è quanto meno iniziato: diventa a maggior ragione necessario potenziare anche i sistemi informativi, per garantire l'*accountability* del settore e per incentivarne uno sviluppo coerente con le esigenze della popolazione.

### **Riferimenti bibliografici**

- Furio Zucco (2010) (a cura di), *Hospice in Italia – Seconda rilevazione ufficiale 2010*, progetto “Rete degli Hospice italiani (Italian Hospice Network), in partnership tra Società Italiana di Cure Palliative (SICP), Fondazione Isabella Seràgnoli e Fondazione Floriani.
- Istat (2012), *I presidi residenziali socio-assistenziali*.
- Istat (2013), *Tavole varie* su [www.istat.it](http://www.istat.it).
- Ministero della Salute (2013), *D.G. del Sistema informativo e Statistico Sanitario*, Annuario 2010.
- Ministero della Salute (2013), *Mappa dei centri di cure palliative e terapia del dolore*, su [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).
- Ministero della Salute (2013), *Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 38/2010*.
- Ministero della Salute (2013), *Tavole varie* a cura dell’Ufficio di Statistica su [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) .