

Offerta nell'ambito della tutela delle popolazioni fragili

Nell'ambito della definizione degli obiettivi e dei programmi del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, si sottolinea come l'assistenza agli anziani si caratterizzi per alcune peculiarità e cioè:

- per la situazione di progressiva crescita del problema;
- per la necessità di integrare fortemente i servizi sanitari con quelli sociali;
- per l'urgenza di garantire servizi residenziali e territoriali che, tuttora, vengono visti come «non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro paese».

Questo ultimo punto viene considerato critico in quanto non rinunciabile se si vuole disegnare una rete di servizi attivabili di volta in volta in funzione delle esigenze manifestate dal potenziale utente in una logica di continuità delle cure e di presa in carico dell'anziano fragile con l'obiettivo di assicurargli il mantenimento, per il più lungo tempo possibile, nel proprio tessuto sociale e migliorarne, ove possibile, la qualità di vita.

Il modello a rete presuppone, dunque, la completezza dei servizi e la gestione dinamica dei nodi, in funzione delle condizioni effettive di salute sì che non si determinino situazioni di non appropriatezza di utilizzo.

Su queste basi si è ritenuto di verificare la distribuzione territoriale, nell'ambito delle regioni, delle strutture residenziali di assistenza per gli anziani con riferimento, in particolare, all'anno 2001. Tale analisi viene effettuata considerando tutte le strutture per tenere conto delle non omogenee situazioni regionali e prendendo in considerazione due indicatori;

- la disponibilità di posti letto;
- il livello di istituzionalizzazione degli ultra sessantacinquenni.

L'analisi congiunta può essere utile ad identificare, ai fini di successivi approfondimenti, potenziali condizioni di disparità sul territorio, pur con tutte le verifiche necessarie in termini di appropriatezza e di governo della stessa domanda di prestazioni.

A fianco degli indicatori di disponibilità di questi specifici servizi vengono presentati due indicatori di fragilità: da un lato la solitudine analizzata attraverso la distribuzione regionale delle famiglie unipersonali non conviventi formate da anziani ultrasessantacinquenni, dall'altro il tasso di mortalità per suicidio e autolesione che rappresenta un indicatore di mortalità evitabile collegato a sua volta ad eventi quali la solitudine e la depressione.

Si tratta di un percorso meramente descrittivo reso possibile dall'utilizzo di basi dati Istat e, in particolare, dai dati del censimento della popolazione e dal data base Health for All-Italia di cui si è utilizzata la versione aggiornata al 2004.

Posti letto in residenze per anziani

Significato. La Residenza Assistenziale è il presidio residenziale destinato ad anziani prevalentemente autosufficienti. Gli ospiti beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali.

La Residenza Socio Sanitaria per anziani è il presidio residenziale destinato ad anziani prevalentemente non autosufficienti, dotato di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti. La Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.), infine, è il presidio residenziale destinato ad anziani non autosufficienti o a persone disabili, che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative. L'assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Le strutture residenziali costituiscono punti della rete dei servizi sanitari e socioassistenziali da attivare anche in rapporto alla valutazione multidimensionale operata a livello distrettuale. Il corretto dimensionamento di tali strutture, in accordo con il loro effettivo utilizzo, rappresenta uno degli obiettivi strategici del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

Numeratore	Numero di posti letto per tipologia di presidio	
Denominatore	Popolazione media residente	x 10.000

Validità e limiti. L'indicatore è tratto dal data base Health for All-Italia rev. luglio 2004 sulla base dell'indagine Istat sui presidi residenziali socioassistenziali. Con l'anno 2000 viene assicurato lo scorporo dei dati relativi alle RSA dagli altri servizi residenziali. L'inclusione del dato relativo alle RSA, pur nella consapevolezza del suo utilizzo da parte di altri soggetti fragili, è giustificato sia dalla necessità di fornire un quadro il più possibile completo della disponibilità di tali strutture sia dalla considerazione che in alcuni contesti regionali esse rappresentano la sede privilegiata dell'assistenza residenziale per anziani non autosufficienti.

Benchmark. Proprio in considerazione di situazioni regionali diversificate risulta problematico individuare un riferimento. Di seguito vengono riportati, a titolo di riferimento operativo, per ciascuna tipologia considerata, il valore medio nazionale e la media dei valori rilevati nelle regioni collocate nel quintile superiore.

Residenza Assistenziale: valore medio nazionale 13,7 – media nel quintile superiore 34,5.
Residenza Socio Sanitaria anziani: valore medio nazionale 10,9 – media nel quintile superiore 49,1.

Residenza Sanitaria Assistenziale: valore medio nazionale 12,8 – media nel quintile superiore 43,5.

Descrizione dei Risultati

Nel caso delle Residenze Assistenziali per anziani il range appare estremamente ampio essendo compreso tra 0,1 del Trentino Alto Adige e 68,2 del Piemonte. L'analisi per ripartizioni geografiche evidenzia come le regioni del Nord-Ovest e quelle Centrali risul-

tino maggiormente rappresentate, mentre il Sud e il Nord-Est appaiono sottodimensionati rispetto al dato medio nazionale.

Anche per le Residenze Socio Sanitarie per anziani la distribuzione geografica dell'indice considerato risulta estremamente ampia passando da un valore pari a 0,9 (Campania) a 59,4 (Friuli-Venezia Giulia). Per questa tipologia, a differenza di quanto osservato precedentemente, la distribuzione privilegia il Nord nel suo complesso con maggiore concentrazione delle regioni del Nord-Est (23,2 vs 13,3).

Infine, la distribuzione geografica del dato relativo alle Residenze Sanitarie Assistenziali è compresa tra 0,0 della Basilicata e della P. A. di Bolzano e 49,4 della Lombardia. Questa regione, insieme con la Provincia Autonoma di Trento e la Toscana, presenta la più elevata disponibilità di tale tipologia. Tutte le altre regioni mostrano valori inferiori al valore medio nazionale con maggiore accentuazione nelle ripartizioni del Mezzogiorno e delle Isole.

Tabella 1 - Posti letto per regione in Residenze Assistenziali Anziani, Residenze Socio-Sanitarie Anziani e Residenze Sanitarie Assistenziali - Posti letto per 10.000 abitanti - Anno 2001

Regione	Residenza Assistenziale anziani	Residenza Socio-Sanitaria anziani	Residenza Sanitaria Assistenziale
Piemonte	68,2	19,3	7,0
Valle d'Aosta	20,8	57,6	4,5
Lombardia	1,2	5,5	49,4
Trentino-Alto Adige	0,1	3,1	43,7
Prov. Aut. Bolzano	0,0	0,0	0,0
Prov. Aut. Trento	0,2	6,1	86,2
Veneto	0,2	1,9	0,8
Friuli-Venezia Giulia	24,1	59,4	8,2
Liguria	23,6	38,1	8,4
Emilia-Romagna	22,1	41,4	5,2
Toscana	10,6	4,0	29,9
Umbria	9,5	21,2	2,4
Marche	18,0	22,5	6,1
Lazio	16,1	1,6	5,3
Abruzzo	9,1	11,3	5,8
Molise	13,0	16,7	6,6
Campania	6,8	0,9	0,7
Puglia	7,7	8,4	1,2
Basilicata	6,3	4,6	0,0
Calabria	4,2	4,7	1,6
Sicilia	11,1	4,8	0,5
Sardegna	10,6	6,0	0,5
Nord-Ovest	22,7	13,3	32,7
Nord-Est	11,0	23,2	7,0
Nord	17,8	17,4	22,1
Centro	14,1	6,6	13,0
Sud	7,0	5,1	1,5
Isole	11,0	5,1	0,5
Mezzogiorno	8,3	5,1	1,2
Italia	13,7	10,9	12,8

Fonte dei dati e anno di riferimento: Database Istat-Health for All-Italia, Anno 2004.

Tasso di ospiti anziani nei presidi residenziali socio-assistenziali per sesso

Significato. Questo indicatore si configura come strumento finalizzato alla lettura del livello di utilizzo della rete dei servizi. Esso fornisce la misura del grado di istituzionalizzazione degli anziani ed è a sua volta correlabile con la possibilità di mantenimento e gestione al domicilio delle problematiche sanitarie e socioassistenziali dell'anziano.

Numeratore	Numero di ospiti (M o F) di età > 65 anni	x 10.000
Denominatore	Popolazione (M o F) di età > 65 anni	

Validità e limiti. Il dato è tratto dal Data base Health for All/DB rev. Luglio 2001 e deriva dall'Indagine Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali. Nella lettura dell'indicatore occorre tenere conto che la costruzione avviene a partire da dati non standardizzati.

Benchmark. È stato utilizzato come standard operativo il valore medio nazionale pari a 120,5 per 10.000 negli uomini e a 276,0 per 10.000 nelle donne.

Descrizione dei Risultati

Per i soggetti di sesso maschile si osserva un valore medio pari a 120,5 con un range che va da 36,8 osservato in regione Campania a 293,3 del Trentino Alto Adige (310,3 in Provincia Autonoma di Trento). Situazione analoga, ma ancora più netta, si osserva per i dati relativi al sesso femminile. In questo caso il valore medio risulta più elevato essendo pari a 276,0 con un range che è compreso tra 57,0 della Campania e 580,8 del Trentino Alto Adige (604,2 in Provincia Autonoma di Trento). Rispetto alle ripartizioni geografiche è evidente un netto gradiente Nord-Sud. Nell'ambito delle regioni del Mezzogiorno le Isole presentano livelli di istituzionalizzazione maggiore.

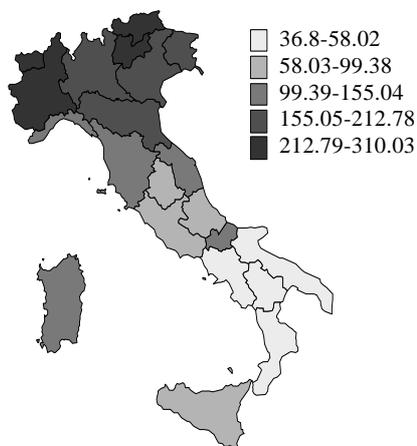
Commento

L'andamento osservato risente presumibilmente di numerosi fattori collegabili alla disponibilità delle strutture, all'entità delle risorse economiche utilizzabili dalle famiglie, alla numerosità e tenuta dei nuclei familiari e ai diversi riferimenti culturali e comportamentali. Un primo elemento è dato dalla differenza di genere riconducibile ad una maggiore longevità del sesso femminile. Altro elemento da considerare può essere rappresentato dalle possibili differenze di età nell'ambito della coppia che possono giocare un ruolo «protettivo» per il maschio rispetto al rischio di istituzionalizzazione. Con riferimento alle dinamiche geografiche, la minore presenza di anziani istituzionalizzati al Sud può essere messa in relazione alla osservata minore disponibilità di strutture, al possibile rifiuto di accoglienza, ma anche a un differente clima socioculturale. Ai fini di un'analisi accurata del fenomeno è rilevante la definizione del profilo di utilizzo attuale e potenziale e l'incrocio con la composizione dei nuclei familiari, *proxy* della condizione di solitudine.

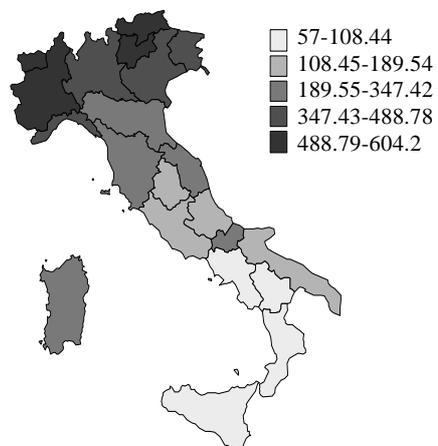
Tabella 1 - Numero di ospiti con età maggiore di 65 nei presidi residenziali per sesso e regione per 10.000 abitanti di età superiore a 65 anni

Regione	Maschi	Femmine
Piemonte	221,9	491,3
Valle d'Aosta	252,5	561,3
Lombardia	159,0	388,8
Trentino-Alto Adige	293,3	580,8
Prov. Aut. Bolzano	273,5	552,4
Prov. Aut. Trento	310,3	604,2
Veneto	181,8	458,1
Friuli-Venezia Giulia	199,1	485,0
Liguria	154,3	349,5
Emilia-Romagna	158,0	346,9
Toscana	107,0	246,4
Umbria	75,3	160,6
Marche	105,4	238,2
Lazio	63,9	139,9
Abruzzo	75,3	161,3
Molise	106,0	208,5
Campania	36,8	57,0
Puglia	57,5	116,3
Basilicata	48,0	67,6
Calabria	37,3	71,5
Sicilia	58,8	103,2
Sardegna	113,4	196,6
Nord-Ovest	178,6	415,3
Nord-Est	181,8	424,9
Nord	179,9	419,3
Centro	86,1	193,6
Sud	50,0	93,3
Isole	71,7	125,3
Mezzogiorno	57,2	103,8
Italia	120,5	276,0

Tasso di ospiti anziani maschi in residenze socio-assistenziali. Anno 2001



Tasso di ospiti anziani femmine in residenze socio-assistenziali. Anno 2001



Le residenze sanitarie per anziani in Provincia di Trento

Dott. MARINO MIGAZZI, Direzione Cura dell'Azienda Sanitaria di Trento

Le Residenze Sanitarie Anziani in provincia di Trento sono di due tipologie:
a sede Ospedaliera e territoriale.

Residenza Sanitaria Assistenziale a sede Ospedaliera (R.S.A.O.): i posti letto totali sono 67 (anno 2003). Costituisce uno degli elementi della rete dei servizi sanitari territoriali che in ragione della sua collocazione logistica, contigua ad una struttura ospedaliera, rappresenta la sede di risposta ai bisogni assistenziali derivanti da situazioni clinico-assistenziali di notevole impegno, rispetto alle quali emerge la necessità di:

- 1) continuità terapeutica ed assistenziale rispetto al ricovero ospedaliero;
- 2) supporto anche se in minima misura dei servizi sanitari ed assistenziali propri della struttura ospedaliera.

Residenza Sanitaria Assistenziale territoriale (R.S.A): i posti letto totali per non autosufficienti sono 4.080 (anno 2003). È una struttura nella quale in forma residenziale sono organizzati servizi socio-sanitari integrati a prevalente valenza sanitaria, gestita da soggetti pubblici o privati. Essa risponde a bisogni, richiedenti trattamenti continui, di anziani non autosufficienti, non curabili a domicilio, nonché di persone non autosufficienti o con gravi disabilità fisiche o psichiche.

Una quota dei posti letto disponibili (41), detti posti letto di sollievo, è riservata a ricoveri temporanei per:

- soggetti non autosufficienti, normalmente assistiti in ambito familiare, per esigenze temporanee dei componenti delle famiglie stesse;
- soggetti in situazioni di emergenza e di bisogno socio-sanitario in attesa di predisposizione di un idoneo progetto assistenziale;
- soggetti dimessi dalle divisioni ospedaliere non immediatamente assistibili a domicilio e che necessitano di convalescenza e riabilitazione.

All'interno delle RSA possono essere previsti posti letto per autosufficienti con funzione di «Casa di soggiorno», finalizzati ad assicurare condizioni abitative idonee ad anziani autosufficienti per i quali risulti compromessa la capacità di condurre una vita autonoma o che ne facciano espressamente richiesta. Il numero di questi posti letto è circa 200 e corrisponde al 5% dei posti letto totali.

All'interno delle RSA possono contestualmente essere esercitate funzioni socio-assistenziali definite:

- «*Centro servizi*», struttura semiresidenziale diurna per soggetti anziani non autosufficienti o con un parziale grado di compromissione della capacità funzionale e/o adulti in assistenza domiciliare; le prestazioni offerte possono comprendere la cura e l'igiene alla persona, servizi di mensa e di lavanderia, prestazioni sanitarie con particolare carattere riabilitativo;
- «*Centro diurno per anziani*», forma semiresidenziale in cui vengono erogati servizi socio-assistenziali e socio-sanitari a favore di persone anziane non autosufficienti o con gravi disabilità.

Tasso di mortalità per suicidio e autolesione per sesso e classe di età

Significato. La mortalità per suicidio e autolesione rappresenta una delle tipologie di mortalità evitabile che nel soggetto anziano si carica di ulteriori valenze potendo rappresentare una spia rilevante di disagio legato a condizioni quali la solitudine e la depressione. L'indicatore è quindi correlabile a tali condizioni e andrebbe seriamente considerato sia in sede di programmazione regionale sia in analisi delle dimensioni locali della salute, anche in funzione di possibili interventi di supporto socio sanitario.

Numeratore	Decessi per suicidio e autolesione > 65 anni per sesso	
Denominatore	Popolazione media residente > 65 anni per sesso	x 10.000

Validità e limiti. La causa selezionata è la causa iniziale di morte. Le cause di morte sono codificate utilizzando la Classificazione Internazionale delle Malattie, IX revisione, (ICD-9). La standardizzazione per età è effettuata utilizzando come popolazione tipo la popolazione residente in Italia al censimento del 1991.

Benchmark. Pur non essendo eliminabile, il valore riconducibile a cause di mortalità evitabile dovrebbe dimostrare una tendenza alla riduzione su trend medio lunghi in funzione degli interventi messi in atto per prevenirli. Il dato medio nazionale può tuttavia rappresentare un utile elemento di riferimento.

Descrizione dei Risultati

L'indicatore è analizzato rispetto a variabili territoriali e di genere. I valori più elevati si osservano per il sesso maschile. Le regioni che evidenziano valori più elevati sono Valle d'Aosta (6,98 per 10.000), Umbria (4,27 per 10.000), Sardegna (3,94 per 10.000). Le regioni del Nord e del Centro evidenziano valori superiori a quello medio; viceversa nel Mezzogiorno, soprattutto per il contributo del Sud, il fenomeno appare meglio controllato. Analoghe considerazioni possono essere svolte per il sesso femminile che, pur evidenziando un valore medio nettamente inferiore, presenta un picco in Valle d'Aosta (1,20 per 10.000 con un IC 95% molto ampio, compreso cioè tra 0,14 e 2,27) e valori pari a 1,04 in Emilia-Romagna e a 0,79 nelle Marche. I valori rilevati nelle diverse ripartizioni appaiono posizionati intorno al valore medio o di poco superiori, mentre condizioni di minore consistenza si rilevano nel Mezzogiorno e, in particolare, nelle Isole.

Commento

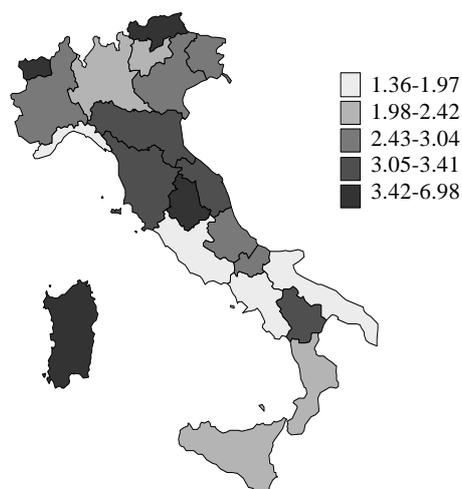
È evidente come le implicazioni che derivano dallo studio di questo indicatore meritino un maggiore approfondimento. Da un punto di vista meramente descrittivo si richiederebbe una verifica dell'andamento su serie storiche più lunghe finalizzata alla ricerca di possibili correlazioni con variabili socio demografiche e/o connesse con la disponibilità o meno di servizi e operatori adeguatamente qualificati. Infatti il fenomeno si va ad intrecciare, oltre che con le condizioni quali la solitudine e la vedovanza, anche con la disponibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari per gli anziani e di quelli di assistenza psichiatrica territoriale.

Tabella 1 - *Mortalità per suicidio e autolesione in soggetti anziani. Tassi grezzi e standardizzati per 10.000 residenti - Anni 1999-2001*

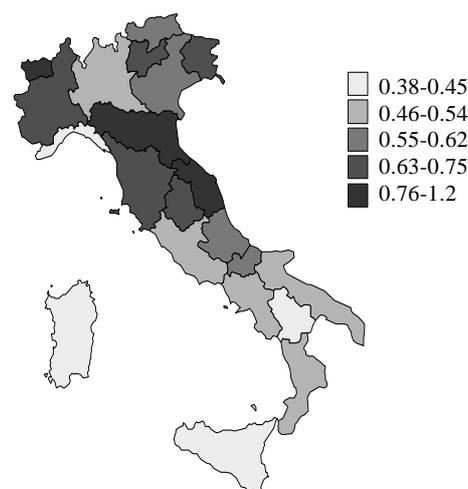
Regione	Tassi grezzi		Tassi standardizzati		I. C. (95%)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	2,98	0,69	3,03	0,68	2,70 – 3,36	0,55 – 0,81
Valle d'Aosta	6,23	1,23	6,98	1,20	3,85 – 10,12	0,14 – 2,27
Lombardia	2,07	0,53	2,11	0,54	1,90 – 2,32	0,45 – 0,62
Trentino-Alto Adige	2,85	0,67	2,76	0,63	2,01 – 3,52	0,34 – 0,92
Prov. Aut. Bolzano	3,61	0,70	3,42	0,61	2,18 – 4,66	0,19 – 1,04
Prov. Aut. Trento	2,20	0,64	2,21	0,65	1,29 – 3,13	0,25 – 1,05
Veneto	2,36	0,57	2,47	0,59	2,15 – 2,78	0,46 – 0,71
Friuli-Venezia Giulia	2,92	0,75	2,98	0,74	2,34 – 3,61	0,49 – 0,98
Liguria	1,72	0,40	1,72	0,38	1,35 – 2,09	0,24 – 0,52
Emilia-Romagna	3,43	1,08	3,39	1,04	3,04 – 3,73	0,88 – 1,20
Toscana	3,13	0,68	3,15	0,66	2,80 – 3,51	0,52 – 0,80
Umbria	4,17	0,68	4,27	0,75	3,44 – 5,11	0,45 – 1,05
Marche	3,34	0,77	3,34	0,79	2,77 – 3,91	0,55 – 1,02
Lazio	1,81	0,49	1,89	0,48	1,63 – 2,14	0,37 – 0,59
Abruzzo	2,65	0,57	2,61	0,56	2,05 – 3,17	0,34 – 0,78
Molise	2,67	0,51	2,72	0,55	1,62 – 3,82	0,12 – 0,97
Campania	1,52	0,47	1,64	0,46	1,39 – 1,90	0,34 – 0,57
Puglia	1,33	0,49	1,36	0,48	1,11 – 1,62	0,35 – 0,62
Basilicata	3,07	0,44	3,06	0,41	2,16 – 3,97	0,12 – 0,70
Calabria	2,10	0,55	2,11	0,52	1,67 – 2,54	0,33 – 0,71
Sicilia	2,03	0,45	2,08	0,45	1,80 – 2,35	0,34 – 0,56
Sardegna	3,87	0,43	3,94	0,43	3,26 – 4,62	0,23 – 0,62
Nord-Ovest	2,34	0,57	2,39	0,56	2,22 – 2,55	0,50 – 0,63
Nord-Est	2,92	0,81	2,96	0,80	2,75 – 3,17	0,71 – 0,89
Nord	2,58	0,67	2,63	0,66	2,50 – 2,76	0,61 – 0,72
Centro	2,71	0,61	2,78	0,61	2,59 – 2,98	0,53 – 0,69
Sud	1,80	0,50	1,86	0,49	1,70 – 2,02	0,42 – 0,56
Isole	2,46	0,45	2,51	0,44	2,25 – 2,78	0,35 – 0,54
Mezzogiorno	2,02	0,48	2,08	0,47	1,94 – 2,22	0,42 – 0,53
Italia	2,43	0,60	2,49	0,59	2,40 – 2,58	0,56 – 0,63

Fonte dei dati e anni di riferimento: Istat Health for All Italia-2004.

Tasso standardizzato di mortalità per suicidio e autolesione nella popolazione anziana. Maschi. Anno 2000



Tasso standardizzato di mortalità per suicidio ed autolesione nella popolazione anziana. Femmine. Anno 2000



Gli anziani che vivono da soli

Significato. Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui essi vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi. Nondimeno, la capacità di un anziano di condurre la propria vita in modo autonomo deve essere considerata come un indicatore di vitalità, evitando di sopravvalutare i relativi problemi, ma creando anche delle reti, pubbliche e private, in grado di intervenire prontamente qualora se ne presentassero di più gravi.

Validità e limiti. Come è emerso dalle Indagini Multiscopo Istat, numerosi genitori anziani, rimasti soli, vivono nelle vicinanze di uno o più figli e, in ogni caso, mantengono con loro frequenti contatti (v. Istat (1999). *Parentela e reti di solidarietà*. Roma: Istat).

Percentuale di anziani («grandi vecchi») che vivono da soli

Numeratore	Famiglie monopersonali non conviventi formate da persone di 65 (75) e più anni	
Denominatore	Popolazione residente in età 65 (75) e più anni	x 10.000

Fonte dei dati e anni di riferimento: Istat: 13° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni: 20 ottobre 1991; 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni: 21 ottobre 2001.

Descrizione dei Risultati

Sono poco meno di 3 milioni in Italia le famiglie unipersonali non conviventi formate da anziani ultrasessantacinquenni o – ciò che è lo stesso – gli anziani che vivono da soli. Gli ultrasessantacinquenni sono invece 1,7 milioni. Ma mentre i primi sono aumentati di poco meno di un terzo tra il censimento del 1991 e quello del 2001, i secondi sono aumentati di più di due terzi.

Per quanto riguarda le famiglie unipersonali non conviventi formate da persona di 65 e più anni, Sardegna, Umbria, Marche e Veneto hanno subito gli incrementi maggiori (superiori al 40%), Friuli-Venezia Giulia, Piemonte e Liguria quelli minori (inferiori al 20%). D'altra parte, nella media italiana poco più di un quarto degli ultrasessantacinquenni vive da solo, ma questa quota supera il 30% in Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Friuli e nella P. A. di Trento, mentre in nessuna regione scende sotto il 20%, toccando il minimo del 21% nelle Marche ed in Umbria.

Per le famiglie monopersonali non conviventi degli ultrasessantacinquenni gli incrementi tra il 1991 ed il 2001 sono stati molto variabili tra le regioni, andando da più che un raddoppio in Umbria ad un aumento di solo la metà nel Friuli-Venezia Giulia. Sono Umbria e Marche a raggiungere le quote più basse (quasi il 28%), mentre quelle più elevate, superiori al 40%, si trovano in Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria e nella P. A. di Trento.

Infine, anche ai fini della qualità dell'assistenza da fornire è interessante notare che le famiglie unipersonali non conviventi di ultrasessantacinquenni sono per circa quattro quinti costituite da donne.

Tabella 1 - *Famiglie unipersonali non conviventi formate da anziani o da «grandi vecchi» nelle regioni italiane al censimento del 2001 e variazioni rispetto al censimento del 1991 (valori assoluti in migliaia, valori relativi in percentuale)*

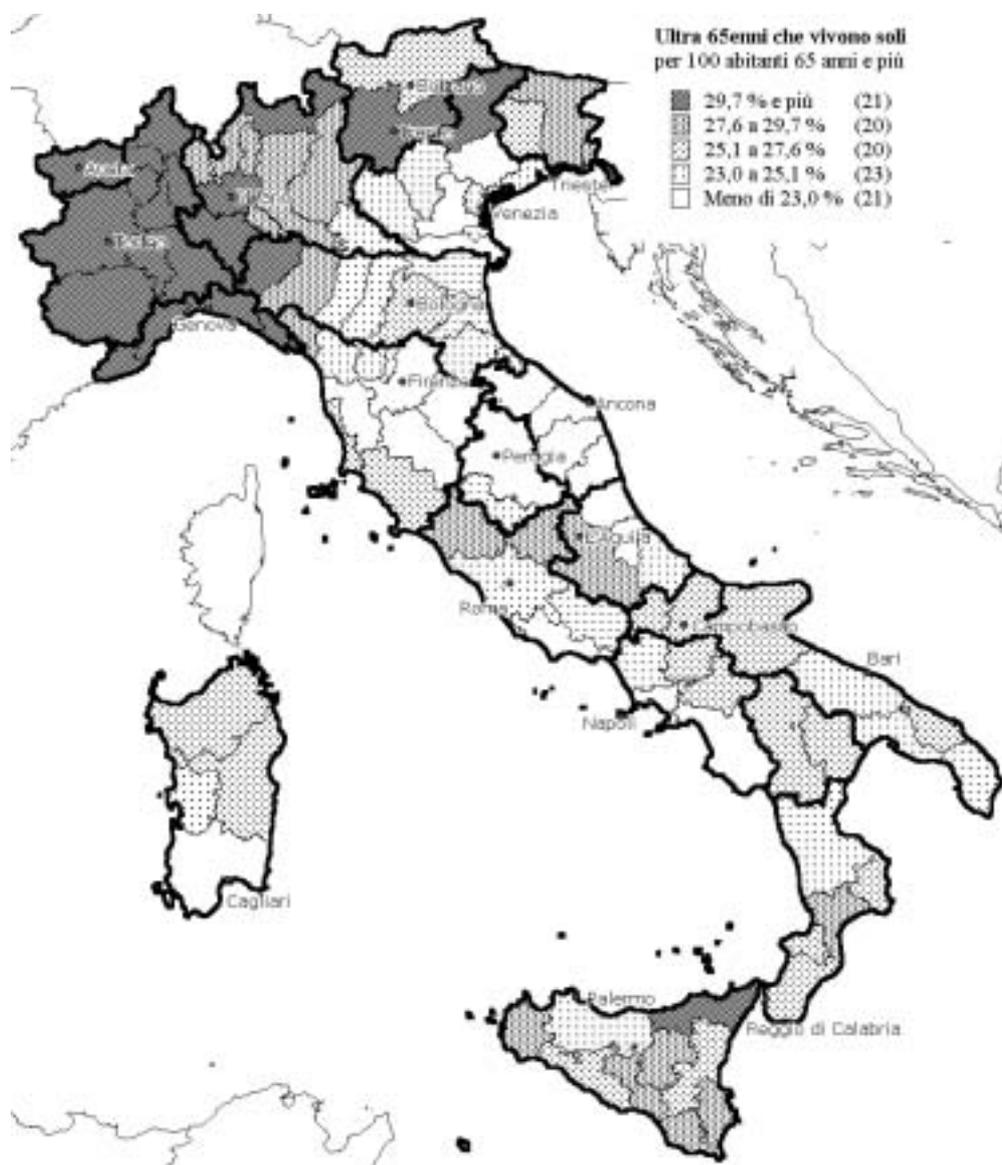
Regione	Capofamiglia 65+ anni			Capofamiglia 75+ anni			Quota donne ^(b) (%)
	Ammontare al 2001 (000)	Variazione 1991-2001 (v.%)	Pop.65+ aa. coinvolta ^(a) (%)	Ammontare al 2001 (000)	Variazione 1991-2001 (v.%)	Pop.75+ aa. coinvolta ^(a) (%)	
Piemonte	278	+18,9	31,0	164	+43,8	41,2	81,8
Valle d'Aosta	8	+31,0	34,4	5	+74,0	44,6	80,7
Lombardia	477	+29,3	29,1	277	+57,8	39,2	84,7
Trentino-Alto Adige	46	+28,6	29,1	28	+62,7	37,3	83,3
Prov. Aut. Bolzano	19	+31,2	25,6	11	+65,7	33,4	83,5
Prov. Aut. Trento	28	+26,8	32,0	17	+60,8	40,3	83,3
Veneto	197	+40,6	23,8	117	+85,2	31,0	83,8
Friuli-Venezia Giulia	76	+15,2	30,0	48	+50,3	38,2	83,3
Liguria	129	+19,6	32,0	78	+49,7	40,5	80,6
Emilia-Romagna	231	+31,9	25,9	144	+77,6	33,6	81,0
Toscana	184	+35,6	23,5	115	+79,9	30,6	81,2
Umbria	41	+46,2	21,5	25	+106,0	27,9	80,8
Marche	69	+44,4	21,4	42	+94,0	27,9	82,2
Lazio	231	+31,6	25,2	131	+70,4	33,2	80,7
Abruzzo	60	+37,2	23,2	37	+82,8	30,9	80,5
Molise	18	+24,5	27,1	12	+58,4	37,2	78,5
Campania	189	+38,9	23,3	109	+83,5	32,7	79,2
Puglia	158	+31,7	24,7	97	+71,8	35,4	80,3
Basilicata	29	+33,5	26,4	18	+72,5	37,7	77,5
Calabria	91	+27,6	26,4	55	+66,2	36,7	78,7
Sicilia	229	+31,5	27,3	137	+71,6	37,5	80,5
Sardegna	63	+46,4	24,1	36	+90,6	31,9	78,5
Italia	2.851	+30,7	26,3	1.702	+67,7	35,2	81,6

(a) Quota di popolazione di 65 (75) e più anni che vive in una famiglia unipersonale non convivente.

(b) Quota di donne sul totale dei capofamiglia ultrasettantacinquenni di famiglia unipersonale non convivente.

La quota di popolazione anziana (65 e più anni) che vive da sola è più elevata nella Valle d'Aosta e nelle province piemontesi, liguri e della media pianura padana, nonché nella fascia montana delle province di Sondrio, Trento e Belluno, mentre al Sud solo la provincia di Messina è sui livelli più elevati. Le quote più basse si trovano soprattutto nelle province toscane ed umbro-marchigiane, l'area cioè della vecchia mezzadria, ma anche nella bassa pianura veneta e lombarda, nel napoletano, nel barese e nel cagliaritano. D'altra parte, il fenomeno risulta assai poco correlato con l'invecchiamento della popolazione, mentre sembra dipendere piuttosto dalle diverse forme di organizzazione delle reti famigliari.

Persone di 65 e più anni che vivono in famiglie unipersonali non conviventi, per provincia: censimento del 2001



Utenti per eroina rispetto agli operatori dei servizi per le tossicodipendenze (Sert)

Significato. È un indicatore di struttura atto a valutare la qualità del servizio erogato e l'appropriatezza delle risorse impiegate. Tra gli utenti Sert sono stati selezionati quelli in trattamento per eroina come sostanza d'abuso primaria, poiché rappresentano la maggior parte della popolazione seguita da tali servizi (fino al 90%).

Numeratore	Utenti Sert per eroina
Denominatore	Operatori Sert

Validità e limiti. Il rapporto fra numero di utenti e numero di operatori potrebbe rappresentare un significativo indicatore per la qualità del servizio offerto, ma non evidenziare in modo preciso l'effettivo processo assistenziale; si potrebbe avere infatti un tasso favorevole a causa di sovradimensionamenti o un tasso svantaggioso a causa di sotto-dimensionamenti delle figure professionali deputate all'assistenza del tossicodipendente che si rivolge al servizio d'assistenza per il consumo di eroina. In secondo luogo il termine operatore include più figure professionali, dal medico all'educatore, allo psicologo, all'assistente sociale. La rappresentazione di tali figure professionali non risulta essere omogenea nelle varie regioni e, se si tiene conto che la filosofia terapeutica del servizio è spesso condizionata dall'esperienza formativa e culturale degli operatori, si può comprendere come l'indicatore qui studiato non sia assolutamente sufficiente a misurare la qualità del servizio. Esso tuttavia potrebbe essere utilizzato per valutare la necessità di adeguamenti al numero di operatori che forniscono l'assistenza agli utenti.

Benchmark. Non esistono benchmark validati poiché la tipologia degli operatori che forniscono assistenza ai tossicodipendenti non è omogenea e dunque non è standardizzabile né a livello nazionale né a livello internazionale.

Descrizione dei Risultati

L'analisi ha permesso di evidenziare come il rapporto utenti/operatori sia discretamente omogeneo fra le varie regioni nel corso dei periodi in esame, con l'esclusione della regione Molise e della Provincia Autonoma di Bolzano, nettamente al di sotto del trend italiano e della regione Umbria che sull'intero periodo assume valori superiori.

Nello specifico dell'anno 1998 spiccano i valori della Provincia Autonoma di Trento, della Liguria e del Molise, nettamente al di sotto della media italiana, mentre nettamente al di sopra sono quelli della Sardegna, dell'Abruzzo ed infine dell'Umbria.

Per gli anni dal 2000 al 2002 si può notare come il valore dell'indice preso in esame tenda a rimanere costante, probabilmente a seguito di un assestamento organizzativo dovuto ad una consolidata esperienza.

In ultima analisi si nota come il trend generale descritto dall'indicatore sia quello di un servizio che fornisce un buon livello di assistenza agli utenti che vi accedono, soprattutto in una prospettiva di miglioramento costante della qualità e dell'efficienza del servizio erogato.

Tabella 1 - *Rapporto utenti/operatori nei Sert italiani - Anni 1998, 2000, 2001*

Regione	1998			2000			2002		
	Utenti	Operatori	Indice	Utenti	Operatori	Indice	Utenti	Operatori	Indice
Piemonte	12.796	672	19,04	12.330	733	16,82	12.075	751	16,08
Valle d'Aosta	329	17	19,35	325	16	20,31	289	15	19,27
Lombardia	18.601	920	20,22	17.643	941	18,75	17.840	910	19,60
Prov. Aut.									
Bolzano	739	24	18,95	728	47	15,49	642	55	11,67
Prov. Aut. Trento	519	39	21,63	702	27	26,00	718	27	26,59
Veneto	8.576	447	19,19	8.191	429	19,09	8.916	512	17,41
Friuli-Venezia Giulia	2.020	120	16,83	2.068	123	16,81	2.021	119	16,98
Liguria	2.801	209	13,40	4.916	231	21,28	4.508	185	24,37
Emilia-Romagna	7.653	488	15,68	7.685	526	14,61	7.910	454	17,42
Toscana	8.385	478	17,54	9.181	454	20,22	9.644	516	18,69
Umbria	2.763	78	35,42	2.722	54	50,41	2.591	100	25,91
Marche	3.007	143	21,03	2.864	112	25,57	3.510	161	21,80
Lazio	9.920	511	19,41	10.531	411	25,62	10.028	507	19,78
Abruzzo	2.694	97	27,77	2.380	86	27,67	3.159	104	30,38
Molise	342	46	7,43	292	35	8,34	309	33	9,36
Campania	9.013	445	20,25	10.281	483	21,29	13.527	546	24,77
Puglia	11.084	424	26,14	10.207	449	22,73	8.752	392	22,33
Basilicata	816	57	14,32	737	44	16,75	931	59	15,78
Calabria	3.431	141	24,33	3.480	136	25,59	4.148	147	28,22
Sicilia	7.072	371	19,06	7.927	413	19,19	6.780	413	16,42
Sardegna	5.374	214	25,11	4.787	231	20,72	4.856	228	21,30
Italia	117.935	5.941	19,85	119.977	5.981	20,06	123.154	6.234	19,76

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero del lavoro e delle politiche sociali - Relazione al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, Anno 2001 e Anno 2002.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'assunzione di eroina rappresenta sicuramente un grave problema di salute non solo per quanto riguarda la tossicodipendenza correlata, ma anche per le complicanze infettive che essa determina, essendo assunta per via endovenosa. Risulta fondamentale quantificare a fronte di un difficile controllo del consumo di eroina fra i tossicodipendenti la risposta dei servizi. La valutazione di quest'indicatore si configura come rappresentazione della situazione delle singole regioni italiane e come strategia per un più costante adeguamento dell'intervento di prevenzione nella battaglia alle tossicodipendenze. Si auspica dunque una crescente attenzione al problema con un adeguato impiego di risorse umane per poter accompagnare nel difficile percorso di recupero dalle tossicodipendenze tutti quegli utenti che si affidano ai servizi territoriali per le tossicodipendenze.

Copertura dell'assistenza territoriale per la patologia terminale (Numero di posti letto per i pazienti terminali per la popolazione)

Significato. A seguito dell'aumento dell'età media della popolazione ci si trova di fronte alla necessità sempre più consistente di destinare parte delle risorse sia economiche che umane all'assistenza di patologie che prevedano lunghi periodi di ospedalizzazione, fra cui appunto le patologie terminali oncologiche.

Considerato che le attuali pianificazioni ospedaliere prevedono di limitare al minimo il tempo del ricovero, si rende necessario proporre forme di degenza alternative per far fronte alle lungodegenze, come l'*hospice*.

Il numero di posti letto dell'*hospice* rappresenta un indicatore di qualità dell'assistenza specifica erogata a pazienti che necessitano di nursing assistenziale e non interventistico oltre che un indice utile alla pianificazione sanitaria (poiché il livello di assistenza è sicuramente inferiore a quello ospedaliero e dunque rappresenta un contenimento della spesa).

Numeratore	Posti letto per pazienti terminali	x 10.000
Denominatore	Popolazione media residente	

Validità e limiti. L'indicatore esprime con efficacia in termini di posti letto la copertura rispetto alla popolazione. Tuttavia l'analisi di questo dato potrebbe non far emergere altri criteri che potrebbero influenzare la necessità di aumentare o diminuire i posti letto adibiti ad *hospice* nella regione considerata (ad esempio età della popolazione giovane, presenza di un centro di riferimento territoriale per il trattamento di patologie terminali, forme alternative di assistenza ai malati terminali, assistenza domiciliare, ecc.). Si riportano di seguito sia i posti letto finanziati, sia quelli realmente rilevati al dicembre 2001.

Benchmark. Un primo traguardo sarebbe costituito dal raggiungimento del numero di posti letto previsti dalla Legge finanziaria.

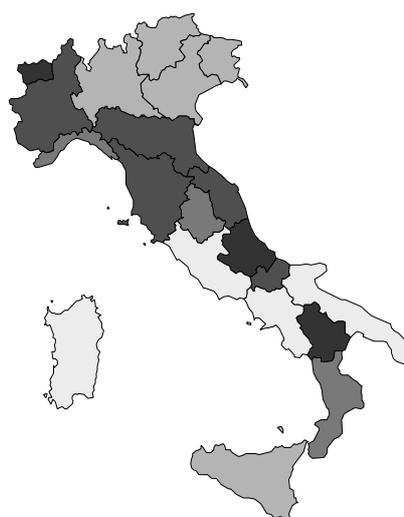
Descrizione dei Risultati

La tabella 1 presenta i dati relativi ai posti letto finanziati, stratificati per regione ed i totali nazionali. Mentre il tasso relativo all'anno 1998-1999 è calcolato ponendo al numeratore i posti letto previsti per gli anni in oggetto, il tasso nella colonna 2000-2002 è cumulativo: il numeratore è rappresentato dalla somma dei posti letto 1998-99 e di quelli 2000-2002. La crescita del tasso calcolato sulla media nazionale è del 10%. Nello specifico, ad una prima analisi risulta subito evidente come il confronto fra i due periodi denoti l'aumento del tasso medio di undici regioni (Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Calabria, Toscana, Molise, Emilia-Romagna, Marche, Abruzzo, Basilicata) le quali presentano un incremento maggiore del 10%, mentre per le altre regioni tale incremento è al di sotto della media nazionale. Gli incrementi maggiori del tasso si sono avuti in Sicilia, Calabria, Marche e Basilicata, in cui il tasso è aumentato di oltre il 40% con una punta massima di oltre il 67% nella regione Calabria. Al contrario nelle regioni Trentino-Alto Adige, Liguria e Piemonte il tasso è cresciuto molto al di sotto della media nazionale (mediamente si ha uno scarto del 3% rispetto alla media) con uno scarto massimo del 5% registrato dal Trentino-Alto Adige.

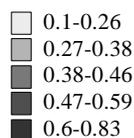
Tabella 1 - Posti letto hospice per 10.000 abitanti previsti dalla Legge finanziaria I e II tranche e Posti letto hospice rilevati al 31 dicembre 2002

Regione	Finanz. 1998-1999		Finanz. 2000-2002		Rilevazione al 31 dicembre 2001	
	N° posti letto	Tassi * 10.000	N° posti letto	Tassi * 10.000	N° posti letto	Tassi * 10.000
Piemonte	177	0,41	34	0,49	26	0,06
Valle d'Aosta	10	0,83	0	0,83	0	0,00
Lombardia	245	0,27	0	0,27	158	0,17
Trentino-Alto Adige	30	0,63	5	0,74	-	-
Veneto	90	0,20	46	0,30	55	0,12
Friuli-Venezia Giulia	30	0,25	15	0,38	12	0,01
Liguria	59	0,36	10	0,43	0	0,00
Emilia-Romagna	168	0,42	61	0,57	10	0,03
Toscana	117	0,33	49	0,47	2	0,00
Umbria	38	0,46	0	0,45	0	0,00
Marche	54	0,37	33	0,59	5	0,03
Lazio	93	0,26	44	0,26	10	0,02
Abruzzo	60	0,47	18	0,61	2	0,02
Molise	12	0,36	5	0,52	0	0,00
Campania	42	0,17	57	0,17	21	0,04
Puglia	40	0,10	-	0,10	0	0,00
Basilicata	30	0,49	15	0,74	0	0,00
Calabria	22	0,11	62	0,41	0	0,00
Sicilia	102	0,20	90	0,38	6	0,01
Sardegna	40	0,24	0	0,24	0	0,00
Italia	1.459	0,25	453	0,35	307	0,05

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Comitato Cure Palliative. D.M. 21 dicembre 2001. Modello organizzativo per la realizzazione delle cure palliative.



Tasso di posti letto hospice per 10.000 abitanti. Finanziaria 2000-2002



Osservando invece i dati relativi ai posti letto rilevati al 31 dicembre 2001, si può notare come nessuna regione abbia raggiunto il numero di posti *hospice* previsti dalla finanziaria e come in alcune regioni, addirittura, non sia stato creato nemmeno un posto letto.

Raccomandazioni di Osservasalute

Risulta dunque sicuramente necessario poter contare su strutture preposte alla gestione di tali pazienti, gli hospice appunto, poiché l'ospedalizzazione in regime di ricovero ordinario sarebbe sicuramente dispendiosa oltretutto fortemente inappropriata. Le Leggi Finanziarie degli anni precedenti hanno tentato di affrontare il problema destinando dei fondi per lo specifico fine, anche se in modo non efficace. Basti considerare che il totale dei posti letto italiani destinati a tale scopo risulta inferiore ai 2.000 su tutto il territorio. Si deve dunque auspicare un ulteriore incremento dei fondi destinati alla creazione di posti per i pazienti terminali, cercando di equilibrare una situazione ancora disomogenea sul territorio, ma si deve soprattutto auspicare un adeguamento delle varie regioni a quanto previsto dalla Legge Finanziaria.