

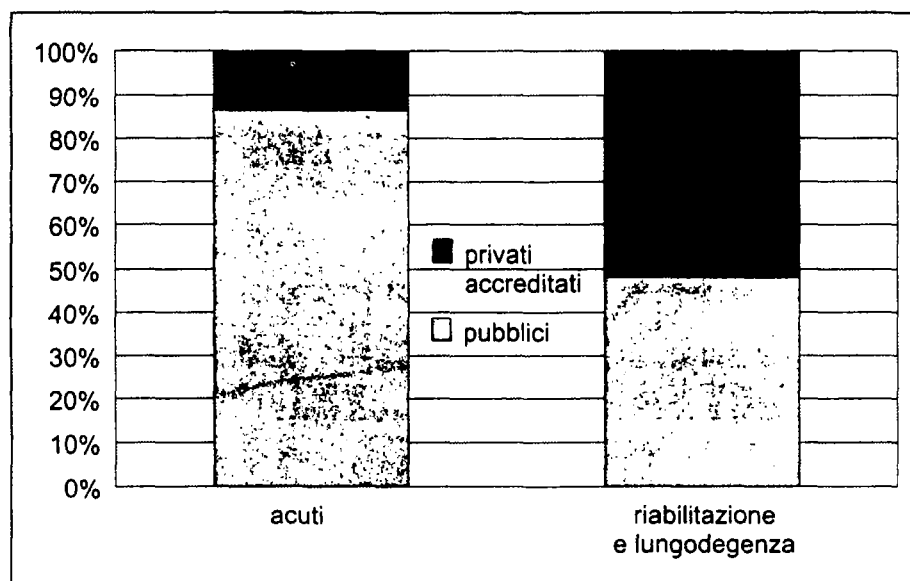


Figura 61.
Posti letto per acuti
e per riabilitazione
e lungodegenza.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario

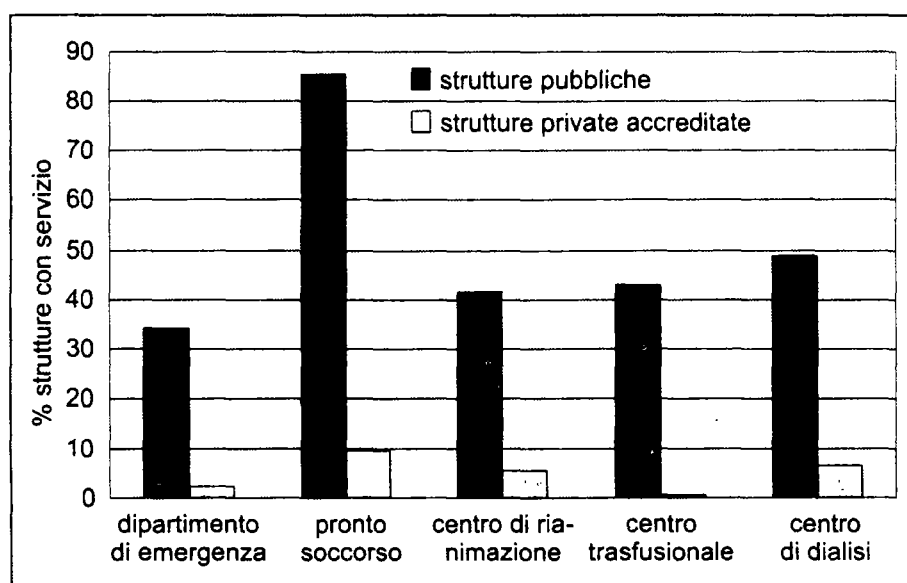


Figura 62.
Servizi
per le emergenze
e altri servizi
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario

re, infatti, nel 1999 era di 0,52 letti, con una notevole variabilità regionale. Il Lazio e la Provincia autonoma di Trento presentano le uniche realtà territoriali in cui il parametro di riferimento è superato, mentre la Valle d'Aosta registra la carenza più accentuata (0,01 posto letto per 1.000 abitanti). In genere le strutture ospedaliere pubbliche risultano più orientate a un'attività per acuti, più dell'80 per cento dei loro posti letto sono, infatti destinati a questo tipo di attività; mentre nelle strutture private accreditate la presenza di posti letto per riabilitazione e lungodegenza rappresentano quasi il 60 per cento dei posti letto totali (figura 61).

Per quanto riguarda la presenza di servizi destinati alle prestazioni di emergenza e pronto soccorso si evidenzia come le strutture pubbliche siano in genere più dotate di quelle private accreditate. Negli ospedali pubblici il Dipartimento di emergenza è presente nel 34,3 per cento dei casi, con notevoli differenziazioni fra le regioni, mentre l'85,5 per cento degli ospedali dispone di un pronto soccorso e il 42 per cento di un centro di rianimazione.

Figura 63.
Degenza media.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario

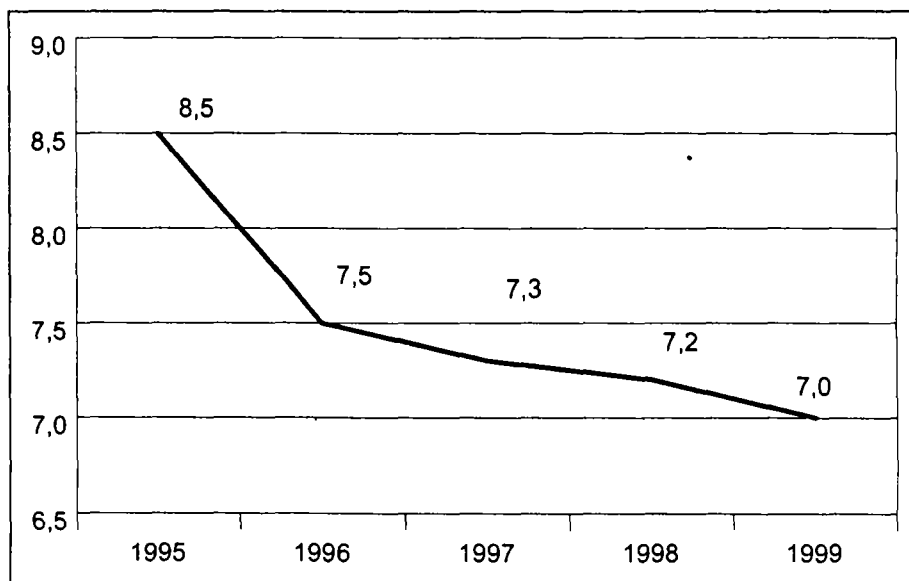
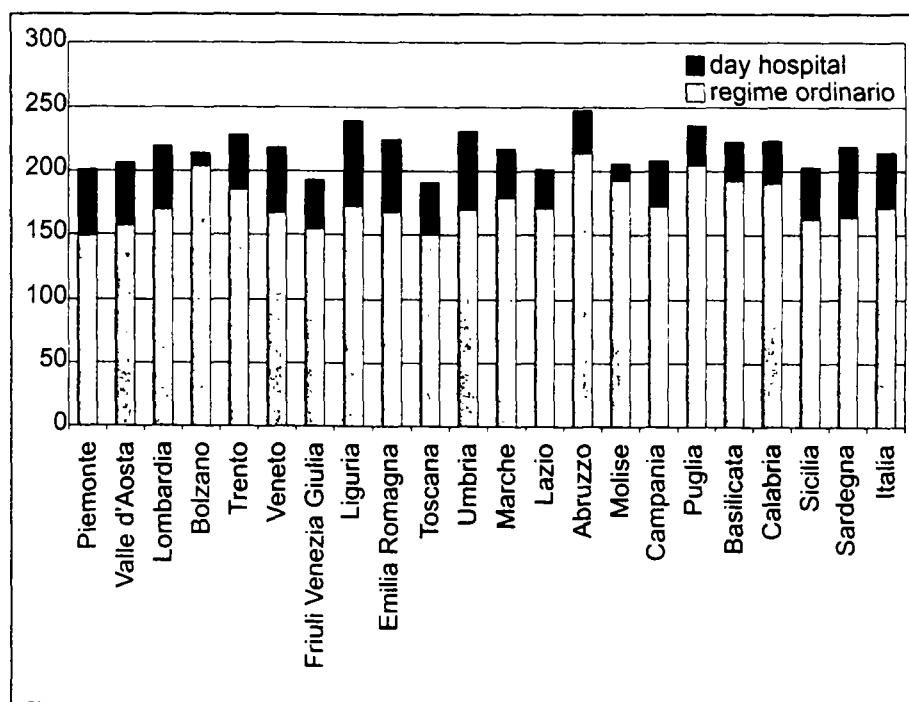


Figura 64.
Tassi di
ospedalizzazione.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario



Inoltre in quasi la metà delle strutture ospedaliere pubbliche è presente un centro trasfusionale e un centro di dialisi (figura 62).

Attività ospedaliera. Nel 1999 sono stati effettuati circa 10.300.000 ricoveri con una degenza media per ciascun ricovero di circa 7 giorni, conformando la tendenza alla diminuzione già registrata negli anni precedenti (figura 63). L'analisi dell'attività ospedaliera per disciplina, è stata effettuata considerando le principali discipline che coprono circa l'80 per cento delle dimissioni totali. Tra queste, le discipline di base (medicina generale, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia e pediatria) coprono quasi il 50 per cento dell'attività ospedaliera. La degenza media per le discipline considerate presenta una forte variabilità in quanto essa è un indicatore notevolmente influenzato dal tipo di prestazioni effettuate nei

Tabella 56. Cause di ricovero: percentuali dei dimessi e degenza media

causa di ricovero	% dimessi	degenza media
I malattie infettive e parassitarie	1,9	8,0
II tumori	8,5	10,3
III malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	2,1	7,8
IV malattie del sangue e degli organi ematopoietici	0,8	9,0
V disturbi psichici	2,8	12,9
VI malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	7,0	4,8
VII malattie del sistema circolatorio	15,5	8,3
VIII malattie dell'apparato respiratorio	7,4	7,5
IX malattie dell'apparato digerente	10,8	7,1
X malattie dell'apparato genitourinario	6,6	5,8
XI complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	8,2	4,4
XII malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	1,5	6,8
XIII malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	5,6	7,0
XIV malformazioni congenite	0,9	5,9
XV alcune condizioni morbose di origine perinatale	1,6	7,8
XVI sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5,3	5,8
XVII traumatismi e avvelenamenti	9,7	5,9
XVIII ricoveri di natura speciale	3,8	4,7
totale 100,0	7,0	

fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario - Sdo

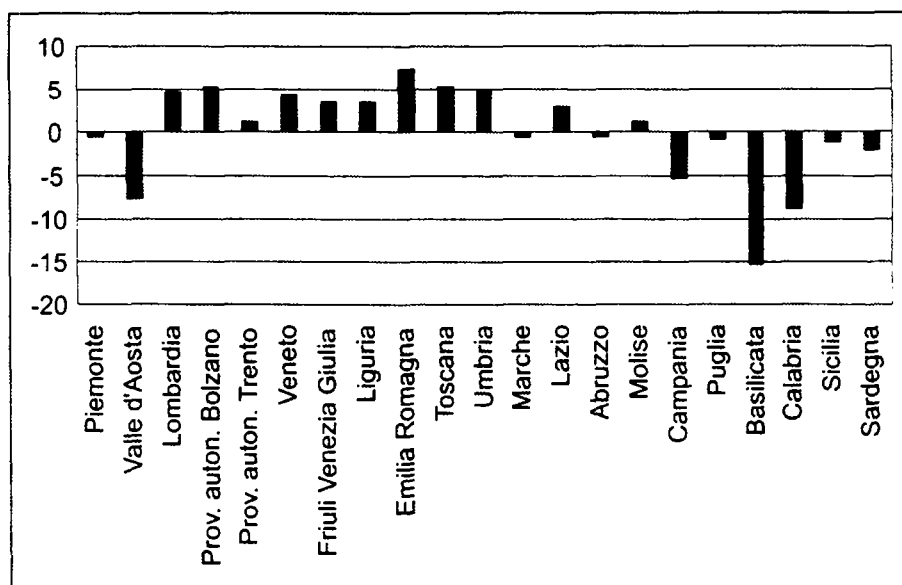
diversi reparti. I valori di degenza media più elevati si registrano nei reparti di riabilitazione (25,3 giorni) e geriatria (11,8 giorni), mentre sono i reparti di oculistica (3,2 giorni) e pediatria (4,2 giorni) i settori ove si permane di meno.

Considerando l'elenco dei capitoli della classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi (ICD-IX), la principale causa di ricovero è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio, 15,5 per cento dei dimessi, con una degenza media di 8,3 giorni. Seguono le malattie dell'apparato digerente e i traumatismi e avvelenamenti, rispettivamente il 10,8 e il 9,7 per cento dei dimessi. La degenza media più alta si registra per i disturbi psichici (12,9 giorni) e per i tumori (10,3 giorni) (tabella 56).

L'analisi della domanda ospedaliera è misurata dal tasso di ospedalizzazione che rappresenta la frequenza con la quale la popolazione residente si ricovera; l'art.1 della L.662/96 fissa il valore di 160 ricoveri ogni 1.000 abitanti come quello ottimale.

Nel 1999, a livello nazionale, sono stati "richiesti" circa 171 ricoveri ordinari ogni 1.000 abitanti, valore in diminuzione rispetto all'anno precedente ma comunque al di sopra dello standard previsto. Per tale tasso si registrano notevoli differenziazioni territoriali, in particolare i valori più elevati si hanno al Nord, in Provincia autonoma di Bolzano (204) e al Sud, in Abruzzo (214) e Puglia (205) mentre i valori più vicini allo standard sono quelli di Sicilia (162) e Sardegna (163) (figura 64).

Figura 65.
Saldo migratorio ,
interregionale
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario



La domanda di ricovero non soddisfatta nella regione di residenza determina un flusso di mobilità ospedaliera verso le regioni che presentano, sia dal punto di vista strutturale che organizzativo una maggiore ricettività. Nel 1999 non si registrano significative variazioni rispetto agli anni precedenti, riconfermando la tendenza delle popolazioni del Sud a migrare verso le regioni centrosettrionali per accedere ai servizi sanitari di tipo ospedaliero. Nel 1999 il numero di pazienti trattati in ospedali esterni alla regione di residenza è in media 6,8 ogni 100 dimessi; a livello territoriale la variabilità è molto elevata: si passa dal valore di 3,9 ricoveri fuori regione per 100 dimessi della Regione Sardegna al valore di 24,7 della Regione Basilicata.

In termini di "attrazione" di pazienti provenienti da fuori regione, emerge che la Regione Molise importa un consistente numero di ricoveri da altre regioni (22,4 per 100 dimessi). In conclusione, si osserva che tutte le Regioni dell'Italia meridionale, a eccezione del Molise, presentano un saldo negativo totale tra importazioni ed esportazioni. Al Nord le regioni che, invece, presentano un saldo negativo sono Piemonte e Valle d'Aosta: le esportazioni superano le importazioni (figura 65).

RIABILITAZIONE

Per quanto riguarda la distinzione tra riabilitazione intensiva ed estensiva, deve essere posta una differenziazione tra patologie dell'età evolutiva e no. Il concetto di acuzie e postacuzie, come elemento distintivo generale, non può infatti essere usato per le malattie contratte in età adulta. La definizione di riabilitazione intensiva fa riferimento al termine anglosassone di "acute rehabilitation", mentre quella di riabilitazione estensiva è un adattamento alla cultura italiana del termine "sub-acute rehabilitation". Entrambe le terminologie anglosassoni sono indiscutibili dal punto di vista concettuale, ma possono generare confusione se si riferiscono solo alla malattia.

Soprattutto in età evolutiva, la malattia è un evento distante dalle problematiche ugualmente acute determinate dalla disabilità che deve essere il vero obiettivo della riabilitazione.

Queste prospettive che ispirano il progetto riabilitativo tendono a cambiare nel tempo con il cambiare delle caratteristiche dell'individuo che va evolvendosi nella sua crescita, per cui situazioni che potevano essere considerate importanti per una determinata contingenza e quindi in questo senso acute per quel determinato momento della storia evolutiva del soggetto, possono essere diventate postacute o addirittura superate in un momento successivo. La riabilitazione intensiva ha poi un significato particolare nell'ambito delle attività e competenze svolte dai presidi extraospedalieri in funzione della particolarità degli obiettivi che raccordano l'intervento sanitario con quello sociale.

Spesso, in tal senso, si è visto considerare queste tipologie di intervento come ambiti prettamente appartenenti all'intervento estensivo. Tuttavia, l'Organizzazione mondiale della sanità, nella recente revisione della Classificazione internazionale delle malattie (ICD-2), utilizza al posto della vecchia terminologia di handicap la terminologia di partecipazione con la seguente definizione: "La partecipazione è il coinvolgimento di un individuo nelle situazioni della vita di relazione alle condizioni di salute, alle funzioni e alla struttura del corpo, alle attività e ai fattori contestuali...Le restrizioni alla partecipazione sono i problemi che un individuo può avere nel tipo o nel grado di coinvolgimento nelle situazioni della vita".

Appare dunque chiaro che vi possono essere momenti di acuzie o di riacutizzazione di tali problematiche che giustificano un intervento riabilitativo intensivo volto a recuperare tali difficoltà. Il punto di riferimento in tal senso è dato per esempio dalle Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities dell'ONU.

In definitiva si evidenzia la necessità che l'uso della distinzione tra intensivo ed estensivo non si riferisca esclusivamente all'ambito della menomazione.

Assistenza riabilitativa. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 individua la riabilitazione come area in cui siano necessari interventi per l'adeguamento al contesto europeo, sia dal punto di vista programmatico sia da quello organizzativo e gestionale. L'attività riabilitativa necessita, infatti, di un approccio multidimensionale e plurispecialistico, tale da garantire, con una riabilitazione in fase precoce, il recupero di competenze funzionali e lo sviluppo di competenze sostitutive e rendere possibile la massima autonomia raggiungibile, in particolare nell'età evolutiva, negli anziani e nei neurolesi post-traumatici.

L'assistenza riabilitativa deve svolgersi in strutture e servizi collocati a diversi livelli (distrettuale, sovra-distrettuale e multizonale) e con una diversificazione dell'offerta (ospedaliera ed extraospedaliera residenziale e semiresidenziale).

In ambito ospedaliero gli interventi riabilitativi possono essere effettuati in reparti autonomi muniti di posti letto, oppure in servizi afferenti alle diverse unità operative; nei reparti ad alta specialità riabilitativa, come le unità spinali unipolari e i reparti per gravi traumi cranici e cerebrolesioni acquisite, la riabilitazione è parte integrante dell'organizzazione del reparto stesso.

Le fasi dell'intervento riabilitativo possono essere così schematizzate:

- fase della prevenzione del danno secondario e delle menomazioni conseguenti;
- fase della riabilitazione intensiva postacuzie;
- fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione, senza richiedere interventi intensivi;
- fase di mantenimento o prevenzione della progressione della disabilità.

In relazione alla complessità e intensità delle risorse impiegate, si possono individuare due tipi di assistenza riabilitativa:

- attività di riabilitazione estensiva o intermedia finalizzata al recupero di disabilità transitorie o minimali o disabilità importanti con esiti permanenti (riabilitazione di I livello);
- attività di riabilitazione intensiva, per il recupero di disabilità importanti ma modificabili (riabilitazione di II e III livello).

L'attività riabilitativa intensiva di II livello richiede un elevato impegno terapeutico distribuito nell'intero arco della giornata; ciò implica che essa debba svolgersi in reparti intensamente connessi con le unità operative per acuti, in modo da garantire una continuità assistenziale o un tempestivo intervento dopo la dimissione del paziente. L'attività di III livello, o di alta specialità, è rivolta al trattamento di patologie che richiedono un'avanzata tecnologia e una specifica qualificazione; essa si svolge in strutture come le Unità spinali unipolari, le Unità per le gravi cerebrolesioni e le unità per le gravi disabilità dell'età evolutiva, che hanno una valenza sovraaziendale o regionale. Le discipline ospedaliere dedicate all'attività riabilitativa sono, oltre l'unità spinale, il recupero e riabilitazione funzionale e la neuroriabilitazione. Complessivamente, nel 1999, erano destinati alla riabilitazione circa 15.000 posti letto di degenza ordinaria e 1.150 di day-hospital e 338 posti letto nella unità spinale.

La variabilità territoriale è comunque notevole: escludendo la Valle d'Aosta, in cui vi è un solo posto letto in day-hospital, le regioni con una minore offerta di posti letto sono la Puglia e la Sardegna, rispettivamente con 0,04 e 0,01 posti letto di degenza ordinaria ogni 1.000 abitanti; il Piemonte, la Lombardia e la Provincia autonoma di Trento sono invece le regioni con la più alta disponibilità di posti letto (circa 0,5 ogni 1.000 abitanti). Anche i reparti di unità spinale sono differentemente dislocati sul territorio nazionale: tale unità operativa è sempre presente in tutte le regioni del Centro-Nord, a esclusione di Valle d'Aosta, Province autonome di Bolzano e Trento e Marche; al Sud si registrano, invece, solamente 5 posti letto in Campania.

Nel 1999 sono stati effettuati circa 212.300 ricoveri in reparti dedicati all'attività di riabilitazione; il 96,8 per cento di essi è stato effettuato nei reparti di recupero e riabilitazione funzionale, con una degenza media di 25,3 giorni, l'1,8 per cento in reparti di neuroriabilitazione, con una degenza media di 45 giorni, e il restante 1,4 per cento riguarda ricoveri in unità spinali la cui durata media della degenza è di 34,6 giorni (tabella 57).

I centri di riabilitazione (ex articolo 26 della legge 833 del 1978) sono strutture extraospedaliere in cui viene erogata in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale ed extramurale e domiciliare assistenza riabilitativa; in particolare, è opportuno distinguere quelle strutture, che sono anche residenze sanitarie, dai centri che erogano prestazioni non completamente residenziali. Tali centri hanno una dislocazione alquanto disomogenea a livello regionale; in particolare, per quanto riguarda i posti letto residenziali e

Tabella 57. Ricoveri in reparti dedicati alle attività di riabilitazione, in relazione alla disciplina.

Fonte: Ministero della sanità - Sistema informativo sanitario

descrizione disciplina	dimessi	giornate di degenza	degenza media
recupero e riabilitazione funzionale	205.433	5.189.557	25,3
neuroriabilitazione	3.932	176.815	45,0
unità spinale	2.930	101.416	34,6
totale	212.295	5.467.788	25,8

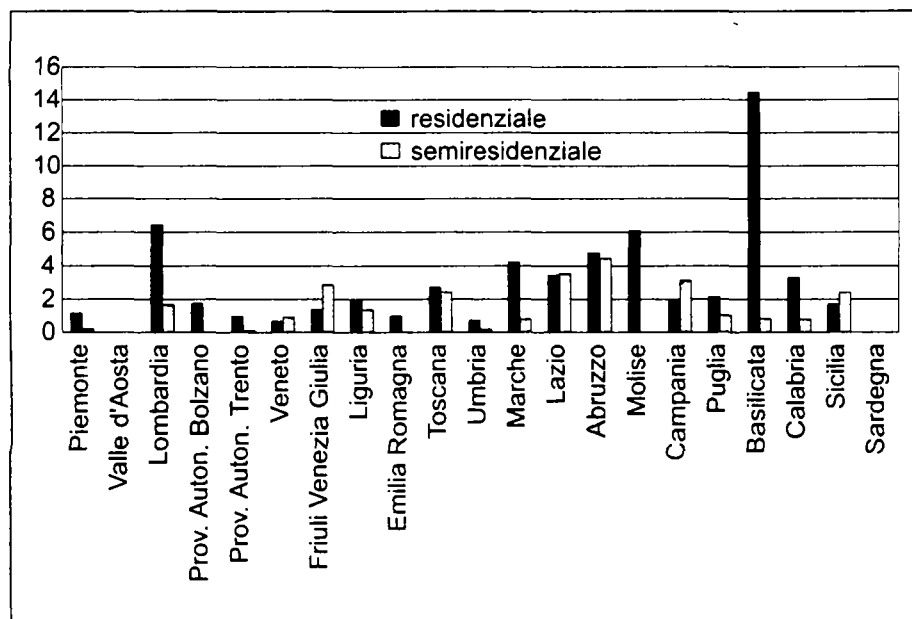


Figura 66.
Centri
di riabilitazione:
posti letto
per 10.000 abitanti

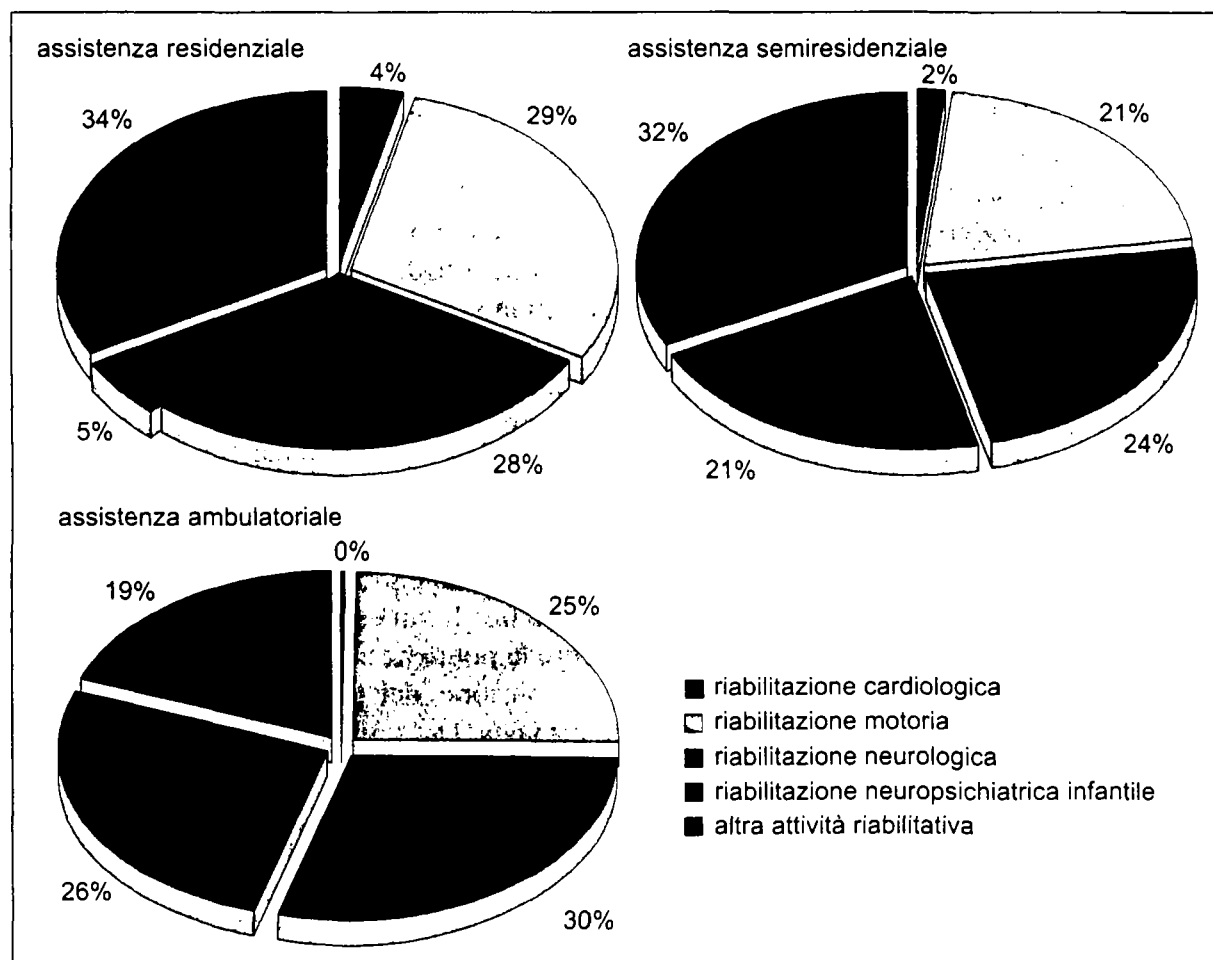


Figura 67. Analisi dell'attività riabilitativa secondo la tipologia di assistenza (residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale).
Fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario.

semiresidenziali, si registrano valori che vanno da un minimo di 0,7 posti letto residenziali ogni 10.000 abitanti di Veneto e Umbria a un massimo di 14,4 posti letto della Basilicata, e da un minimo di 0,1 posti letto semiresidenziali della Provincia autonoma di Trento a un massimo di 4,5 dell'Abruzzo. Le regioni Valle d'Aosta e Sardegna non hanno strutture territoriali di tipo residenziale e semiresidenziale, mentre il Molise non dispone di posti letto semiresidenziali (figura 66). L'analisi dell'attività riabilitativa secondo la tipologia di assistenza fa emergere fra l'altro che la riabilitazione neuropsichiatrica infantile è svolta principalmente in regime semiresidenziale e ambulatoriale, mentre la cardiologica quasi esclusivamente in strutture residenziali e semiresidenziali; analogamente per la riabilitazione pneumologica e respiratoria (figura 67). Il 30 per cento del personale operante nei centri di riabilitazione è composto da terapisti, il 5 per cento da logopedisti, il 9 per cento da personale medico e il restante 56 per cento da altro personale; in genere, la quota di personale sanitario risulta più significativa in regime ambulatoriale.

Considerazioni finali. Una pluralità di fattori determinano le condizioni per una nuova domanda di salute da parte dei disabili. Infatti, la diffusione - pur se non ancora omogenea sul territorio nazionale - di servizi riabilitativi e assistenziali di base, le più favorevoli condizioni sociali ed economiche generali, nonché aspettative di vita più lunghe e con più alti standard qualitativi determinano una richiesta di migliore qualità di vita anche da parte delle persone disabili e delle loro famiglie. Ciò porta all'evidenza di una domanda di servizi più ampi e articolati rispetto alle consolidate azioni riabilitative di ambito sanitario. Emerge infatti con sempre maggiore consapevolezza la richiesta di servizi dove le dimensioni sociali e sanitarie possano integrarsi in un unico progetto riabilitativo, capace di valorizzare nel modo più rispondente al proprio progetto esistenziale le potenzialità di ogni persona disabile. Quest'ultimo aspetto, inoltre, rinvia all'importanza, ribadita tra l'altro dalla recente normativa in materia, di sviluppare azioni che permettano una vita quanto più possibile indipendente per i soggetti disabili. Prospettiva, questa, che chiede un forte ripensamento dell'organizzazione dei servizi in quanto pone i bisogni dei disabili in una prospettiva diversa. Si tratta quindi di un orientamento di politica sociale di cui tenere conto nella formulazione dei programmi riabilitativi piuttosto che di un'opzione ideologica da seguire con atteggiamento acritico, come a volte si è verificato nel nostro Paese affrontando la questione dei disabili. Il rinnovato, in quanto più ampio, approccio sopra evidenziato pone tra le questioni all'ordine del giorno anche i servizi collegati a una piena e soddisfacente attuazione della legge 68 del 1999 "Diritto al lavoro dei disabili". Da una lettura superficiale si può ritenere che sia una questione che riguarda principalmente le politiche attive del lavoro e solo marginalmente l'ambito strettamente sanitario: attribuzione dell'invalidità civile (ex legge 118/1971) e determinazione del grado di capacità lavorativa residua. Diversa è la prospettiva se l'avvio o il ritorno al lavoro vengono intesi come esito (meglio uno degli esiti possibili) finale di un articolato processo riabilitativo. In tal caso, lo sguardo al risultato finale da parte del riabilitatore chiederà sia di progettare un intervento riabilitativo complessivo e globale sia di realizzare servizi e attività in modo diverso e con un obiettivo che, pur privilegiando la dimensione clinica, non potrà che essere da subito proiettato verso la futura integrazione sociale e professionale. Queste considerazioni sottolineano l'urgenza e l'importanza di uno sforzo conoscitivo in materia di disabilità che permetta la messa a punto di una mappa nazionale completa di situazioni e bisogni al fine di identificare un modello assistenziale più idoneo ai bisogni dei diversi gruppi di persone disabili.

ASSISTENZA AI SOGGETTI DEBOLI

Tossicodipendenti

L'Organizzazione mondiale della sanità definisce la tossicodipendenza uno "stato di intossicazione periodica o cronica prodotta dalle ripetute assunzioni di una sostanza naturale o sintetica". Sul tema della tossicodipendenza il Piano sanitario nazionale 1998-2000 individua come prioritari i seguenti obiettivi:

- riduzione della mortalità e della morbosità legate alla tossicodipendenza e/o all'abuso di sostanze, con particolare riferimento alla mortalità da episodi acuti e alla patologia infettiva;
- aumento della percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza;
- aumento della quota di soggetti che dopo il contatto con il sistema di assistenza, iniziano e completano i trattamenti previsti e recuperano un accettabile livello di integrazione sociale.

I servizi per le tossicodipendenze (SERT) del Servizio sanitario nazionale costituiscono le strutture di riferimento delle aziende USL per i tossicodipendenti e per le loro famiglie.

I SERT assicurano agli utenti interventi di carattere psicologico, socio-riabilitativo e medico-farmacologico. Inoltre, i SERT attuano periodicamente sui tossicodipendenti in trattamento interventi finalizzati alla prevenzione delle infezioni da HIV e delle altre patologie correlate alla tossicodipendenza. I SERT assicurano l'erogazione dei servizi ai tossicodipendenti nell'arco delle 24 ore e per tutti i giorni della settimana.

Dal 1991 al 1999 il numero di SERT è aumentato di 26 unità passando da 492 a 518 strutture (l'incremento più rilevante si è registrato nella regione Sicilia); anche il numero medio di utenti per SERT, nel periodo di riferimento, è cresciuto: da 189 nel 1991 a 275 nel 1999. Nel corso del 1999 sono stati presi in carico dai 518 Servizi pubblici per le tossicodipendenze rilevati 142.651 soggetti tossicodipendenti (122.934 maschi e 19.717 femmine), il 13,6 per cento dei quali sono stati trattati presso strutture riabilitative, con una età media di 30,8 anni (figure 67 e 68). Tali soggetti sono per la maggior parte assuntori di eroina (83,6

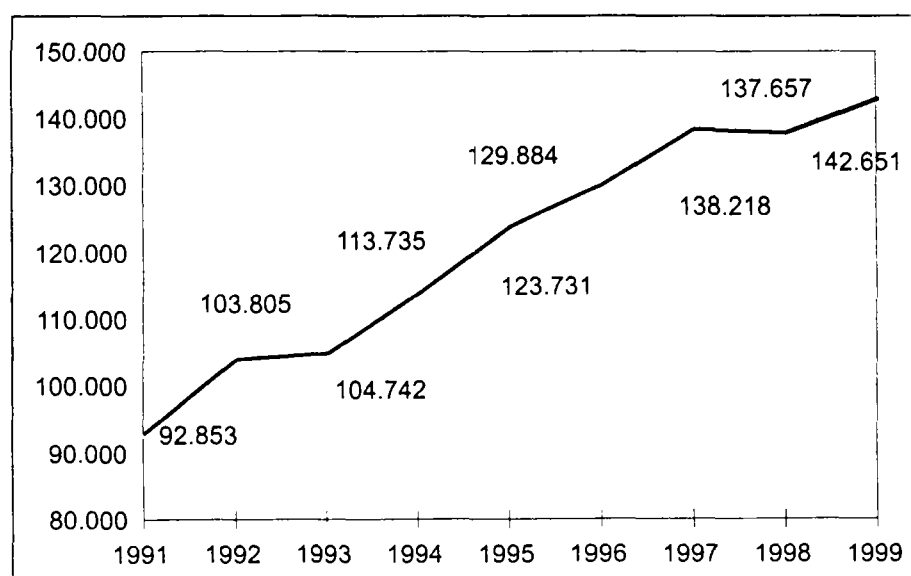


Figura 67.
Utenti dei servizi
pubblici per le
tossicodipendenze.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario

Figura 68.
Utenti distribuiti
per fasce d'età,
anno 1999
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario

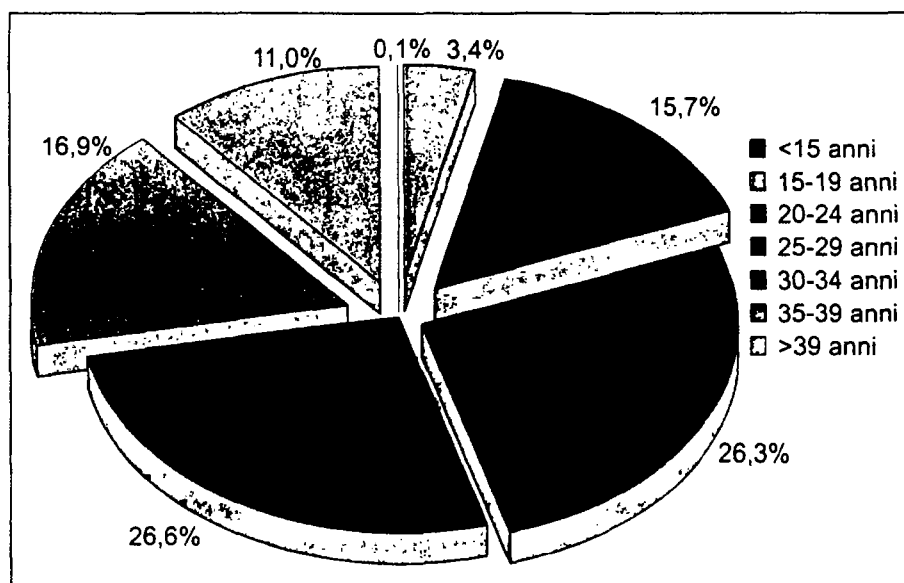
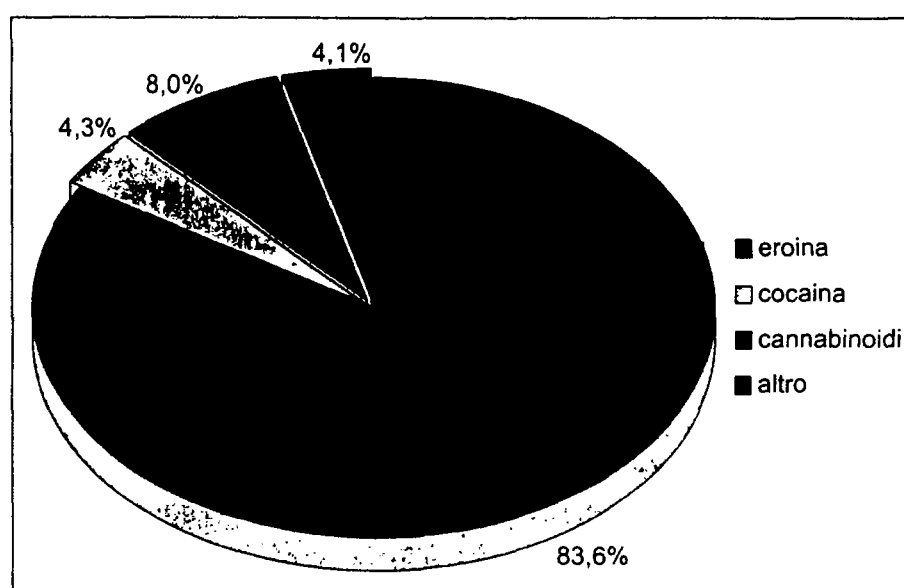


Figura 69.
Utenti distribuiti
per sostanza
stupefacente
d'abuso primaria,
anno 1999
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario



per cento), anche se è aumentato nel tempo l'uso di cannabinoidi (8 per cento al 1999) e di cocaina (4,3 per cento), e sono stati trattati con programmi farmacologici, anche integrati, nel 64,5 per cento dei casi. In particolare si è fatto sempre più ricorso a trattamenti con metadone (49,6 per cento degli utenti) soprattutto con programmi a lungo termine (54,6 per cento dei trattati con metadone) (figure 69 e 70). Per quanto riguarda le patologie infettive più rilevanti per i tossicodipendenti (HIV, epatite B ed epatite C) sono risultati positivi, rispettivamente, il 15,2 per cento, il 44,4 per cento e il 66,9 per cento dei soggetti testati nel corso del 1999 e sono prevalentemente le donne a far registrare le percentuali più elevate; è da evidenziare come per tali infezioni sia molto importante il fattore "anzianità" della tossicodipendenza essendo molto più diffuse tra gli utenti già in carico dagli anni precedenti rispetto agli utenti presi in carico per la prima volta nell'anno in esame. Il trend dal 1991 al 1999 è in diminuzione per le patologie in esame e soprattutto per quanto riguarda la percentuale di positivi al test dell'HIV.

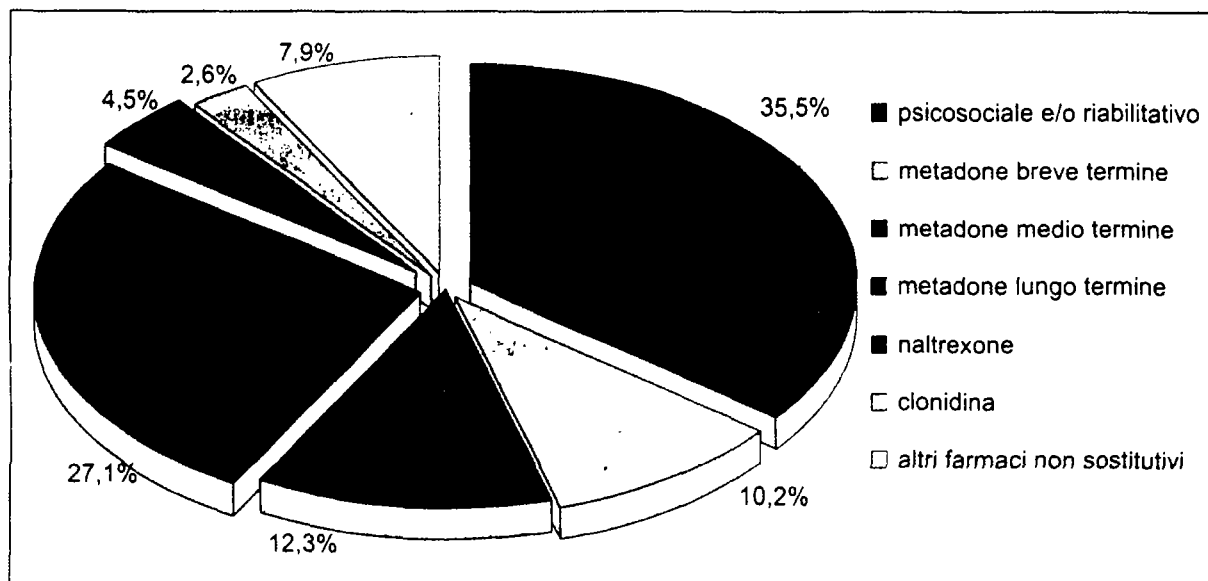


Figura 70. Utenti distribuiti per tipo di trattamento, anno 1999
Fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario

Salute mentale

Sono passati 22 anni dall'applicazione della legge 180/78 che ha modificato in maniera radicale il sistema d'assistenza ai malati psichici. Tale legge ha spostato il centro della cura dal manicomio ad una rete di servizi, distribuiti sul territorio nazionale. Allora l'esigenza era la abolizione dei manicomi che nella maggior parte dei casi erano strutture non idonee, non solo alla cura, ma anche al rispetto dei diritti di questa categoria di malati. Immediatamente dopo l'applicazione della legge l'esigenza era quella di colmare un vuoto terapeutico e assistenziale che certo non poteva essere improvvisato.

Le risposte da allora sono state parziali sul piano dei bisogni del malato, anche a seconda delle diverse zone del nostro paese. Allo stato attuale si deve convenire che si è raggiunto in maniera definitiva il modello di assistenza territoriale e quindi si è dato contenuto preciso a parole che per lungo tempo suonavano come slogan invece che come risposte ai bisogni dei malati psichici.

E' oggi possibile affermare che il manicomio non serve alla cura dei disturbi psichici e che la rete di servizi è non solo in grado di rispondervi, bensì di farlo con un notevole incremento della qualità della vita dei pazienti.

La risposta istituzionale. Per garantire l'unitarietà, l'efficacia e la continuità degli interventi volti alla tutela della salute mentale, il modello più idoneo indicato dal PSN 1998 - 2000 è quello organizzativo dipartimentale: il Dipartimento di salute mentale (DSM).

Così come previsto dal PSN 1998 - 2000, con DPR 10.11.1999 è stato definito il Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale" che individua come prioritari gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi. Le azioni previste per attuarli sono le seguenti:

- i servizi di salute mentale devono agire con interventi attivi nel territorio collaborando con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali;

- in collaborazione con i servizi socio-assistenziali e territoriali, formulare piani terapeutici preventivi o riabilitativi personalizzati;
- applicare strategie terapeutiche attenendosi ai criteri della medicina basata su prove di efficacia;
- coinvolgere le famiglie nell'attuazione del piano terapeutico;
- attivare programmi specifici di recupero dei pazienti, anche per ridurre la frequenza dei suicidi;
- sostenere i gruppi di mutuo aiuto ai familiari e le cooperative sociali;
- promuovere iniziative di informazione alla popolazione generale con lo scopo di diminuire i pregiudizi e diffondere una maggiore solidarietà.

Il Dipartimento di salute mentale assicura le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento del malato mentale. Per rispondere ai molteplici bisogni assistenziali il DSM è costituito da una rete diversificata di servizi, articolata su quattro tipologie di interventi: ambulatoriali, ospedalieri, semiresidenziali e residenziali. Il Centro di salute mentale (CSM) costituisce la struttura organizzativa a base territoriale che svolge attività psichiatrica ambulatoriale e domiciliare, con turni di operatività per almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni la settimana. Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero ed è generalmente ubicato all'interno degli ospedali pubblici. Il servizio accoglie trattamenti volontari ed obbligatori, provvede alla cura di pazienti in condizioni di emergenza ed è collegato al pronto soccorso. Il Centro diurno (CD) e il Day hospital psichiatrico ospitano soggetti che necessitano di interventi terapeutici e di risocializzazione, in regime di semiresidenzialità, sulla base di programmi di breve, medio e lungo periodo. Infine le strutture residenziali destinate a pazienti che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi di medio-lungo periodo, in regime residenziale.

Nel 1998 il Ministero della sanità ha realizzato una ricognizione sullo stato di attuazione del modello organizzativo dipartimentale. Alla data del 31.3.1998, tutte le regioni e province autonome avevano formalmente istituito il DSM, con la sola eccezione della regione Molise la quale aveva comunicato l'imminente predisposizione dei relativi atti. In totale sono stati censiti 695 CSM, con un tasso di 1,8 ogni 150.000 abitanti, quasi doppio rispetto allo standard del Progetto obiettivo '94-'96 (1 ogni 150.000 abitanti). In tutte le regioni si registrano tassi superiori al valore di riferimento, in particolare in Friuli V.G. (3,3), Umbria (2,3), Trento e Piemonte (2,3); i tassi più bassi si hanno in Sicilia (1,1), Marche e Basilicata (1,2). Sono stati rilevati 481 Centri diurni con un tasso di 1,3 ogni 150.000 abitanti di poco superiore allo standard di riferimento. Al contrario dei CSM la presenza dei Centri diurni sul territorio è disomogenea, del tutto assenti in Valle d'Aosta, Basilicata e Calabria. Le regioni con la maggiore densità sono il Molise (5,4), il Friuli V.G. (3,2) e la Toscana (2,3). Molti CSM, comunque, svolgono attività non formalizzata assimilabile a quella di semiresidenzialità di un Centro diurno. I posti letto in day hospital sono risultati 942, con un tasso di 0,2 posti letto ogni 10.000 abitanti decisamente al di sotto dello standard (1 posto letto per 10.000 abitanti). Tutte le regioni sono carenti per questa tipologia assistenziale, tuttavia i valori più elevati si registrano in Valle d'Aosta (0,7) e Veneto (0,5). I servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) sono complessivamente 320 con 4.084 posti letto, in media 0,7 ogni 10.000 abitanti. Anche in questo caso non si raggiunge lo standard previsto (1 posto letto ogni 10.000 abitanti). Infine, il numero totale di strutture residenziali rilevato è di 1.056 unità con un totale di 11.066 posti letto. Il tasso è di 1,93, quasi doppio dello standard del Progetto obiettivo.

Un dato più aggiornato sulle strutture residenziali, emerge da una ricerca-intervento condotta dall'Istituto superiore di sanità, in collaborazione con le Regioni: il progetto PROGRES (PROGetto strutture RESidenziali), avente, fra gli altri, l'obiettivo di realizzare un censimento ed una classificazione delle strutture residenziali (SR) presenti sul territorio nazionale.

Al 1 maggio 2000, termine della prima fase del progetto, risultavano presenti in Italia un totale di 1.377 SR, con un numero totale di posti letto pari a 17.343, con un numero medio di 12,6 posti letto per SR. La dotazione di posti letto per 10.000 abitanti risulta molto disomogenea a livello territoriale: Campania e Valle d'Aosta presentano un tasso inferiore a 2 posti letto per 10.000 abitanti.

Tale valore è indicato nel Progetto obiettivo come standard ottimale ed è comprensivo dei pazienti ex degenti in ospedale psichiatrico (OP); che dei nuovi utenti. Le altre regioni presentano tutte una dotazione di posti letto al di sopra del valore standard; in particolare nelle regioni Abruzzo e Molise si registrano tassi tripli rispetto da quanto previsto dal progetto.

Per quanto riguarda la gestione, ossia la direzione organizzativa, i DSM gestiscono direttamente oltre la metà delle SR; il privato sociale ne gestisce poco più del 22 per cento, il privato imprenditoriale circa il 13 per cento, mentre l'11 per cento ha forme di gestione mista. La grande maggioranza delle SR (78,3 per cento) è finanziata direttamente dal Servizio sanitario nazionale, mentre quasi il 10 per cento delle SR riceve finanziamenti da parte di enti locali ed il 10 per cento riceve fondi da fonti diverse.

Per quanto concerne i pazienti ospitati, la gran parte delle SR accoglie solo (48,2 per cento) o in parte (38,6 per cento) pazienti che non sono mai stati ricoverati in OP; solo una minoranza delle SR (18,6) ospita pazienti ex degenti in OP. La metà circa delle SR (49,2 per cento) ospita prevalentemente pazienti compresi nella fascia di età tra 40 e 59 anni (figura 71). Dal confronto dei dati del PROGRES con quelli raccolti dal Ministero della sanità emergono ulteriori conferme del recente sviluppo delle SR in Italia: in soli due anni il numero delle SR è aumentato di oltre 300 unità, e la dotazione di posti letto di oltre il 50 per cento. Permangono, tuttavia, notevoli differenze a livello regionale che sembrano riflettere diffe-

Tabella 58. Distribuzione nazionale delle figure di personale impegnato nella salute mentale.

figure professionali	numero	%
medici	5.002	16,4
psicologi	1.763	5,8
sociologi	148	0,5
terapisti della riabilitazione psichiatrica	138	0,4
educatori professionali	1.029	3,4
assistenti sociali	1.524	5,0
infermieri	15.182	49,9
operatori addetti all'assistenza	3.654	12,0
amministrativi	472	1,5
altro	1.530	5
totale	30.442	100

fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario

Tabella 59. Distribuzione nazionale delle figure di personale impegnato nella salute mentale

regione	totale SR	strutture residenziali	
		totale posti letto residenziali	tasso posti letto per 10.000 abitanti
Piemonte	139	1.594	3,71
Valle d'Aosta	1	8	0,67
Lombardia	180	2.075	2,66
Prov. Aut. Bolzano	19	198	4,36
Prov. Aut. Trento	14	158	3,4
Veneto	116	1.379	3,09
Friuli Venezia Giulia	55	378	3,18
Liguria	38	780	4,73
Emilia Romagna	105	1.248	3,17
Toscana	89	761	2,15
Umbria	41	382	4,61
Marche	25	322	2,22
Lazio	108	1.261	2,41
Abruzzo	64	913	7,16
Molise	14	203	6,14
Campania	61	899	1,55
Puglia	94	1.215	2,97
Basilicata	20	271	4,7
Calabria	41	704	3,39
Sicilia	118	2.165	4,24
Sardegna	34	414	2,48
Italia	1.376	17.328	3,02

fonte: Ministero della sanità - Sistema informativo sanitario

renze nella programmazione e nelle politiche adottate, a livello regionale, relativamente alla dotazione di servizi assistenziali, ed in particolare di SR. Infine, dalla ricognizione del Ministero della sanità, emergono interessanti informazioni anche sul personale impegnato in questo settore. Al marzo del 1998, nel Paese, risultavano presenti 30.442 operatori. La distribuzione nazionale delle varie figure è presente nelle tabelle 58 e 59.

Il tasso nazionale operatori/popolazione è pari a 0,79 inferiori, quindi, allo standard di riferimento. A tale tasso corrispondono espressioni diversificate nelle varie regioni: i tassi più alti si hanno in Molise (1,37), Liguria, Umbria e Friuli V. Giulia (intorno a 1,17); ai livelli più bassi si collocano Valle d'Aosta (0,47), Puglia e Basilicata che non superano 0,60.

In conclusione, si deve prendere atto che nel 1999 si è data una ulteriore risposta positiva ai bisogni dei malati psichici:

- eliminando i ticket per le visite psichiatriche
- portando gli antipsicotici e gli antidepressivi in tabella A e quindi con rimborso totale da parte del sistema sanitario nazionale (una necessità che va estesa ora anche per i farmaci attivi nei disturbi d'ansia).

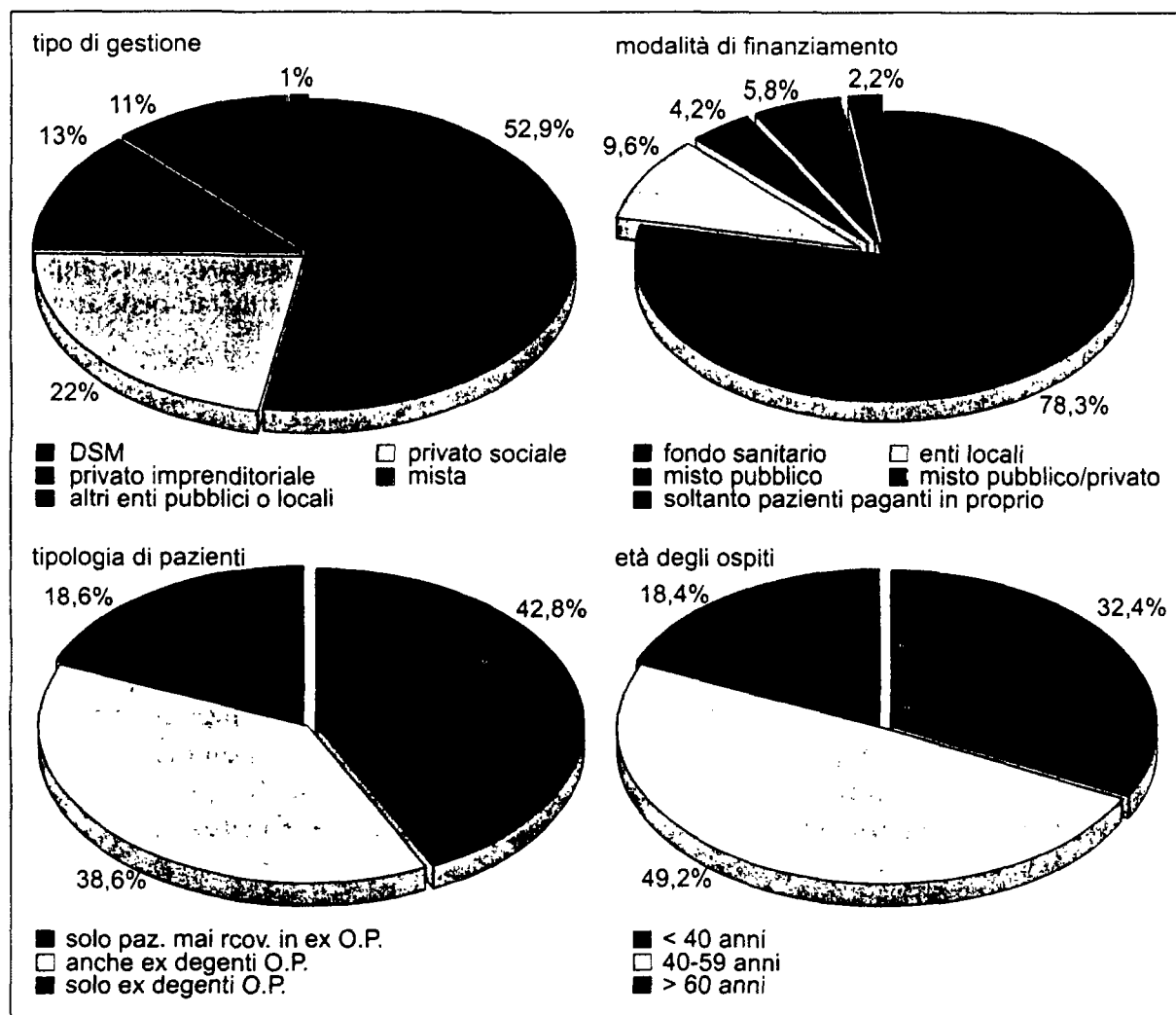


Figura71. Strutture residenziali per tipo di gestione, finanziamento, tipo ed età di pazienti
Fonte Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario

- favorendo le convenzioni per integrare meglio il sistema nazionale e privato per la psichiatria.

Il piano per la salute mentale nell'attuazione locale deve diventare prioritario e creare un sistema di stimolo e di controllo per raggiungere gli obiettivi indicati nel Progetto obiettivo nazionale sopra indicato. Una considerazione a parte merita il fatto che si sta diffondendo una modalità terapeutica che supera il dualismo tra terapie farmacologiche e terapie relazionali: vengono sovente usate in combinazione e comunque senza mettere i pazienti nel dilemma di aver imboccato la via sbagliata.

Il campo della salute mentale in maniera particolare evidenzia quanto sia importante l'attenzione terapeutica rivolta al sintomo ai fini di una salute intesa proprio come ricerca del ben d'essere e dunque di una possibilità di vivere dentro la società, in armonia con la famiglia e la comunità.

L'impegno dei prossimi anni dovrà riservare alla Salute mentale una via di particolare attenzione e privilegio. Ma è indubbio che si sono fatti passi significativi e che la direzione è quella auspicata, anche se il cammino è ancora lungo.

Anziani

Il Piano sanitario nazionale (PSN) 1998-2000 dedica alla salute dell'anziano particolare attenzione, oltre che in considerazione della composizione demografica del nostro Paese, anche perché l'anziano rappresenta potenzialmente uno dei soggetti deboli di cui all'Obiettivo IV, le cui condizioni di bisogno e di svantaggio all'interno della società lo costringono alla dipendenza assistenziale o al ruolo di paziente affetto da patologia cronica. L'anziano, inoltre, è tra coloro che sono maggiormente a rischio di ammalarsi di talune patologie importanti (cerebrovascolari, tumori, eccetera), ed è, altresì, tra i principali destinatari delle attività riabilitative, cui il Piano attribuisce importanza fondamentale.

Il PSN 1998-2000 pone i seguenti obiettivi di carattere generale:

- promuovere il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza nell'anziano;
- adottare politiche di supporto alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza a casa;
- promuovere l'assistenza continuativa e integrata (intra- ed extraospedaliera) a favore degli anziani;
- favorire l'integrazione interna al sistema sanitario e fra questo e l'assistenza sociale.

Il Progetto obiettivo anziani (POA) ribadisce gli obiettivi del PSN per quanto riguarda la tutela dei soggetti deboli e propone "un patto di solidarietà" per la salute dell'anziano, come premessa per garantire interventi efficaci e appropriati in campo geriatrico.

In particolare, la terza sezione del POA affronta i problemi inerenti l'organizzazione dei servizi, le modalità di accesso, le tipologie di intervento, i percorsi assistenziali nel distretto e in ospedale, e l'integrazione sanitaria. In relazione alla complessità dei bisogni della persona anziana disabile o a rischio di perdita di autonomia, vi è una forte esigenza di integrazione fra le risposte di tutti i servizi, sanitari e sociali. Il luogo privilegiato in cui si realizza questa integrazione è il Distretto all'interno del quale viene attivata l'Unità multiprofessionale per la valutazione di bisogni complessi che richiedono integrazione sociosanitaria. L'Unità multiprofessionale, composta dal medico del distretto, dal medico di medicina generale, dall'assistente sociale, dall'infermiere professionale (eventualmente anche dal geriatra e altri specialisti) analizza il problema e formula piani personalizzati di assistenza; procede, quindi, all'attuazione e alla periodica verifica dei piani stessi. La scelta preferenziale è la cura dell'anziano all'interno dell'ambiente fisico, sociale ed emozionale in cui è vissuto; in tal senso, la famiglia diventa un punto di riferimento sia dal punto di vista terapeutico sia affettivo. L'assistenza dei soggetti anziani da parte delle loro famiglie contribuisce a migliorare la qualità della vita delle persone assistite e il livello terapeutico, concorrendo a un uso appropriato dei farmaci, a un minore bisogno delle strutture sanitarie, alla riduzione dei costi.

La rete dei servizi presenti sul territorio per l'assistenza alla persona anziana può essere così schematizzata:

- Assistenza domiciliare: è l'insieme delle prestazioni e degli interventi che rispondono a bisogni di tipo sanitario o a bisogni di tipo sociale sulla base di un piano di assistenza multiprofessionale. L'assistenza domiciliare, nell'ambito di un programma assistenziale può articolarsi in:
 - aiuto domestico
 - pasti a domicilio
 - assistenza infermieristica
 - accesso a domicilio del medico di medicina generale
 - assistenza riabilitativa.