

## **Nota AUSER nazionale su RSA per l'audizione comitato tecnico Ministero della Salute del 3/11/2020**

L'epidemia causata dal Covid-19 ha portato all'attenzione dell'opinione pubblica la situazione delle strutture residenziali per non autosufficienti (RSA) per la concentrazione di infezioni e decessi provocati dal virus. Ma ha anche aperto un dibattito su come riorganizzare questi servizi. E, soprattutto, che cosa deve essere una RSA?

Al riguardo riteniamo che in generale:

- il problema vada inquadrato in una più generale riforma del rapporto oggi esistente tra assistenza sanitaria e assistenza sociale a favore di un coerente e integrato Sistema Socio Sanitario Nazionale al fine di chiarire in via definitiva il loro status, il quadro delle responsabilità istituzionali, professionali e finanziarie in materia di Long Term Care, attualmente disarticolato in una pluralità di canali di intervento inefficienti e inefficaci;
- la scelta di fondo di AUSER è quella di rendere esigibile il diritto di ogni anziano di poter invecchiare a casa propria. Da questo ne consegue che l'assistenza sociosanitaria degli anziani non autosufficienti vada inserita nel più generale problema della organizzazione dei servizi di assistenza domiciliare e di condizione abitativa degli anziani;
- malgrado i limiti evidenti Auser ritiene che le RSA siano un servizio importante che, a cavallo tra ospedali, medicina territoriale, assistenza domiciliare, si prendano cura di persone che non potrebbero essere assistite a domicilio, neanche in presenza di buoni servizi domiciliari.

Più in particolare si ritiene che la riforma delle RSA debba tener conto dei seguenti indirizzi.

- 1) Auser ha sviluppato un corpo di analisi e esperienze che inducono a ritenere che il rapporto tra domiciliarità e residenzialità vada coniugato con intelligenza tenuto conto che lungimiranti politiche di potenziamento dei servizi socioassistenziali territoriali

integrato a politiche abitative attente ai bisogni degli anziani possano giocare un ruolo fondamentale per la loro vita, ma anche per i bilanci pubblici in quanto consentirebbero di contrastare efficacemente il ricorso a strutture pubbliche e/o private sanitarie e para sanitarie con rilevanti benefici per la spesa sanitaria.

Città, case, strutture, servizi, vanno rese compatibili con le esigenze che maturano lungo l'intero arco di vita delle persone, non solo perché più accoglienti per tutti, ma anche perché possono prevenire i rischi di fragilità in vecchiaia, generando una minore domanda sanitaria. Occorre, in sostanza, produrre una nuova offerta abitativa e di servizi di assistenza sociosanitaria domiciliare in grado di mettere le persone in condizione di cercare e trovare autonomamente risposte efficaci ai propri bisogni, riducendo le barriere che i più diffusi modelli abitativi e di organizzazione dei servizi oggi impongono ai soggetti fragili, a causa dell'età o di altre disabilità. L'obiettivo è di rendere esigibile il diritto di poter invecchiare nella propria abitazione.

- 2) Questo consentirebbe di superare l'attuale drastica frattura tra servizi domiciliari e residenziali al fine di offrire alle persone opportunità che (quando appropriate) possano fondarsi su un continuum di interventi. Ad esempio RSA anche a sostegno delle cure domiciliari, dove la persona che è assistita al domicilio possa andare a fruire del bagno assistito, e/o della mensa, e/o di momenti di animazione. Oppure possibili RSA progettate come "Centro servizi", ossia capaci di offrire anche assistenza al domicilio (soprattutto dove i servizi domiciliari del territorio sono fragili): sono interventi già praticati in diversi territori e in ogni caso possibili.

Va sottolineato come questo indirizzo di lavoro, che assume la domiciliarità come forma prevalente, oltre ad essere accolto con grande favore dagli uomini e dalle donne anziane e dalle famiglie, è anche più realistico in rapporto alla esigenza / urgenza di dare in tempi adeguati una risposta di carattere "istituzionale" in quanto ridurrebbe drasticamente la domanda di "residenzialità".

Residenzialità che comunque va profondamente ripensata dato in non pochi problemi come messo in luce, ben prima del Covid-19, dalle ricerche dell'AUSER sulle RSA:

limiti di libertà, scarsa attenzione alla persona, assenza di relazionalità, assistenza insoddisfacente, onerosità, scarsa professionalità, scarsa trasparenza nei bilanci, collocazione nel contesto urbano (spesso in zone periferiche e mal collegate), ecc.

Da questo punto di vista è quindi semplicistico e sbagliato pensare che il problema degli anziani critici si risolve realizzando più strutture residenziali con più posti letto sulla base dell'attuale modello: si tratta invece di realizzare un graduale processo di riconversione a partire da un diverso paradigma al cui centro collocare l'anziani fragile che, malgrado le sue limitazioni, va considerato come portatore di un suo progetto di vita.

- 3) Riconfigurare il modello delle RSA significa intervenire innanzitutto sulla qualità della vita che vi si conduce e quindi sulla organizzazione del servizio. Da questo punto di vista il primo obiettivo da perseguire è evitare che le RSA siano considerate come dei mini ospedali in cui si riproduce la routine tipica della vita in ospedale. Considerando che lo scenario prevalente vede le RSA coinvolte nella ospitalità di anziani dimessi dall'ospedale nella fase post acuta per essere riabilitati alla vita "normale", il modello da assumere a riferimento in base al quale riconfigurarle è quello di considerare le RSA come una sorta di "casa" di transizione in cui l'anziano recupera la sua autonomia. Tutto questo evidentemente senza far venire meno la componente sanitaria ai fini sia di una buona riabilitazione e sia tenendo conto che accolgono sempre più soggetti con gravi patologie in atto e facili alla riacutizzazione se trascurate.
- 4) Così come non vanno considerate dei mini ospedali, nello stesso tempo non debbono essere considerate luoghi di mera "custodia" di anziani non autosufficienti affinché siano puliti ed alimentati. Devono invece essere luoghi di "cura", e questo si ottiene certo garantendo percorsi riabilitativi e interventi sulle diverse esigenze sanitarie, ma "cura" nelle RSA deve significare fondamentalmente "prendersi cura", ossia un insieme di attenzioni il cui obiettivo non è solo "far guarire", e nemmeno solo "medicare" o "riabilitare"; bensì "far vivere nel modo migliore possibile" pur in presenza di gravi limitazioni personali.

Questi due criteri non sono un mero gioco linguistico, perché implicano obiettivi molto concreti nella gestione del servizio residenziale.

Assumere questi due criteri significa garantire ai ricoverati una vita di relazione il più ricca possibile. E offrire “vita di relazione” implica fantasia organizzativa: presenza di animazione, palestra, attività motorie, ingresso di associazioni e volontari, promuovere e sostenere il rapporto con i familiari (coltivare gli affetti), formazione a questo scopo degli operatori. E chi è costantemente allettato non deve essere a priori escluso da offerte per potenziare le relazioni. Così come per i non pochi pazienti con gravi forme di demenza presenti nelle RSA, per i quali andranno organizzate modalità che consentano di “accettare” e gestire i loro comportamenti: alzarsi di notte e muoversi nella struttura, mangiare nelle ore più diverse. Anche questo è una forma di cura.

- 5) Ripensare le RSA significa pensare un servizio che eviti il rischio della spersonalizzazione, sempre presente nelle strutture residenziali collettive, subordinando i comportamenti dei singoli ai ritmi organizzativi e ad essi subordinata. Continuare a far sentire “far sentire persona” è obiettivo centrale della vita in RSA ed è attenzione che implica azioni molto concrete: poter portare nella propria camera oggetti e piccoli arredi ai quali si è affezionato, poter farsi rammendare il vestito che ha molti anni ma al quale si tiene molto (magari a cura di residenti capaci di farlo), poter scegliere cosa mangiare e come passare il tempo tra diverse alternative, garantire privacy adeguata (anche con ampia presenza di stanze a due letti e singole).
- 6) Così come è cruciale in una RSA la possibilità di offrire risposte molto differenziate, puntando ad articolare l'ospitalità nel modo più flessibile possibile: minialloggi per anziani fragili ma ancora autosufficienti (ad esempio con priorità a congiunti di chi è ricoverato), nuclei per diversi gradi di non autosufficienza per evitare che in caso di aggravamento il ricoverato debba cambiare struttura. Certo la gestibilità di questa articolazione dipende da molti fattori: il contesto ambientale, i limiti strutturali e logistici, le capacità di investimento del gestore. Potrebbe però essere incentivata,

anche valorizzandola come elemento di qualità nelle procedure di autorizzazione e di accreditamento.

Riguardo alle soluzioni edilizie da adottare per le RSA dalla indagine di Spi Cgil, Fnp Cisl e Uilp Uil in tutto il Piemonte è emerso che strutture residenziali più piccole della media hanno saputo gestire meglio i momenti critici della crisi.

- 7) Un tema di grande rilievo su cui intervenire in quanto su di esso si gioca gran parte dell'efficacia della permanenza in RSA, è il numero di ore che gli operatori possono dedicare ad ogni paziente. È giudizio comune che gli attuali parametri stabiliti per le RSA sono spesso insufficienti per assicurare le giuste cure. Non per nulla sempre più sovente i familiari pagano di tasca propria per fornire assistenza supplementare (per imboccare, per garantire relazione). È ineludibile la necessità di una revisione al rialzo dei parametri, degli OSS, dei fisioterapisti, degli infermieri, concertata con i rappresentanti dei familiari, dei gestori delle RSA e di quant'altri possono dare il loro contributo per migliorare questa situazione.

In questo quadro si colloca un intervento decisivo sull'inquadramento contrattuale del personale impegnato nelle RSA. Oggi il settore è una giungla delle retribuzioni e trattamenti. Noi riteniamo che dovrebbe esserci un contratto unico nazionale, che metta le RSA sullo stesso piano degli altri servizi sanitari.

- 8) Un intervento si impone anche riguardo alla assistenza medica in RSA. Schematicamente, si citano 2 modelli: il primo individua la responsabilità del MMG che ha, tra i suoi assistiti, anche i residenti della RSA; il secondo prevede la presenza di un'equipe medica specifica della struttura. Vi sono aspetti positivi e negativi in entrambe le modalità. Il primo modello, che rende le RSA più inserite "nell'anima" del territorio, è efficace se i MMG sono positivamente coinvolti nel "fare equipe" con gli operatori della RSA. Nel secondo modello il rischio è di replicare la logica del mini ospedale che comunque offre il vantaggio di aggredire più tempestivamente alcune criticità e di essere meno ambigua circa le responsabilità.

9) Poter fruire di un posto letto in RSA con metà del costo a carico del SSN è un diritto esigibile ben precisato nella normativa sui LEA, i livelli essenziali di assistenza (agli articoli 30 e 34 del DPCM 15/2017). Dunque devono essere evitate le lunghe liste d'attesa oggi presenti in diversi territori, che obbligano le famiglie ad impoverirsi per cercare soluzioni a totale loro carico e ricerca del posto. E se i LEA includono questo diritto, allora nel sistema col quale il Ministero della Salute valuta se le Regioni adempiono agli obblighi dei LEA va inserito esplicitamente un indicatore che evidenzia se nelle singole Regioni vi sono liste d'attesa per i posti in RSA in convenzione col SSN, come una delle misure sull'adempimento ai LEA, mentre la valutazione dei LEA trascura questo aspetto.

E la condizione economica degli utenti deve essere utilizzata non tra gli indicatori che definiscono la priorità di accesso agli interventi, visto che si tratta di prestazioni per persone malate, ma solo per determinare la contribuzione al loro costo.

10) La fragilità dimostrata nel fronteggiare l'epidemia ha fatto maturare l'orientamento a incardinare più robustamente le RSA nel sistema sanitario visto che sono servizi per persone malate, e non sono "case di riposo" ma "luoghi di cura". A condizione tuttavia che "curare" sia obiettivo da declinare come precedentemente chiarito, e una maggiore competenza del SSN non implichi la rinuncia alle attenzioni e requisiti sin qui esposti. Va peraltro ricordato che la pianificazione del sistema di offerte delle RSA, nonché l'autorizzazione al loro funzionamento, e l'accreditamento dei posti in convenzione con le ASL sono già da tempo funzioni assegnate al SSN (Regioni e/o ASL). Se come si è detto ciò che va irrobustito è un completo "sistema delle cure" per la non autosufficienza, progettando in modo organico offerte domiciliari e residenziali e loro interazioni, c'è una azione che sarebbe utile promuovere all'interno del SSN (e delle funzioni delle ASL): garantire una gestione integrata delle due componenti, inclusi i raccordi finanziari. Potenziare la tutela a domicilio di non autosufficienti può condurre anche ad un risparmio del SSN, perché spenderebbe meno rispetto ai ricoveri in casa di cura o in RSA.

- 11) Una particolare attenzione la impone la trasparenza della gestione delle RSA tenuto conto dei numerosi casi di vero e proprio malaffare che avvengono al loro interno come periodicamente documentano i NAS. Per porvi rimedio è necessari intervenire su più linee di azione. Intanto quello della prevenzione: al riguardo due cose sembrano essere fondamentali: la prima è esercitare un controllo serrato sul contenuto e rispetto delle convenzioni; la seconda è di introdurre in forma vincolante un serio sistema di gestione per la qualità tanto delle strutture quanto dei singoli operatori. In numerose strutture, in particolare nel Nord, hanno adottato sistemi di gestione della qualità, ma la maggior parte sono ispirate alla norma UNI EN ISO 9001 e alla norma UNI 10881. Soltanto un numero limitato ha percorso la strada della certificazione da parte di un ente terzo (organismo di certificazione), investendo in organizzazione e offrendo al pubblico un attestato emesso da un ente indipendente.
- 12) Da ultimo l'equilibrio e la sostenibilità del sistema. Il rebus principale riguarda il come finanziare questo segmento di welfare, visti gli elevati costi destinati a crescere ulteriormente dato l'invecchiamento della popolazione. In via di una prima approssimazione riteniamo che se la riforma delle RSA viene considerata isolata dal contesto comporterà dei costi non lievi. Se invece viene contestualizzata, in modo particolare in relazione a efficaci politiche di prevenzione, una politica domiciliare articolata congiunta ad un rafforzamento dei servizi di prossimità e a politiche abitative intelligenti, l'insieme dei costi sociali e sanitari evitati c'è da ritenere che il bilancio sarà decisamente a suo favore. A questo fine è evidentemente determinate il ruolo pubblico a partire dal riordino dei flussi finanziari (pubblici e privati) che attualmente sostengono il settore.

## Tabelle riprese dalla nota del Consiglio Superiore di Sanità consegnata nella audizione del 19.2.2020

### La spesa pro capite per non autosufficienti in 4 Paesi europei Dati in € - Stime Cergas 2010

	Francia	Germania	Italia	Gran Bretagna
Spesa Enti Locali	150	277	56	367
Spesa Sanitaria	368	16	191	370
Spesa per sicurezza sociale	323	619	311	226
Spesa pubblica complessiva	841	912	558	963
Spesa out of pocket stimata	356	81	40	208
Spesa complessiva	1.197	993	598	1.172

**Complessivamente, considerando la spesa sanitaria e quella socio assistenziale,  
la spesa per la LTC in Italia ammonta a 31,6 Mld – 1,84% del PIL**

### Spesa per LTC in Italia: risorse finanziarie anno 2017

Spesa per indennità di accompagnamento	15.400	0,9%
Spesa sanitaria relativa alla non autosufficienza	12.014	0,7%
Spesa per altre prestazioni socioassistenziali (inclusa spesa sociale dei Comuni e fondi regionali)	4.119	0,24%
<b>Totale</b>	<b>31.580</b>	<b>1,84%</b>

## TABELLE DEL MINISTERO DELLA SALUTE DIREZIONE GENERALE DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E DELLA STATISTIC

**STRUTTURE RESIDENZIALI** : Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice (anche quando situati in strutture ospedaliere oppure ne costituiscono articolazioni organizzative) e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale

**STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI** : Centri diurni psichiatrici e in generale strutture che svolgono attività di tipo semiresidenziale

**ALTRO TIPO DI STRUTTURA** : Centri dialisi ad assistenza limitata, Stabilimenti idrotermali, Centri di salute mentale, Consulenti familiari, Centri distrettuali e in generale strutture che svolgono attività di tipo territoriale

### STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE PER TIPO ASSISTENZA - 2017

Regione	Strutture Residenziali						Strutture Semiresidenziali						Altro Tipo di Struttura			
	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psichici	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psichici	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali	Attività di Consulenti	Centri di Salute Mentale	Assistenza Idrotermale			
PIEMONTE	319	159	250	611	15	42	59	115	41		167	81	7			
VALLE D'AOSTA	7	1	2		1	2					14	8	1			
LOMBARDIA	310	236	32	665	68	163	247	20	277		243	294	12			
PROV. AUTON. BOLOGNA	9	1	4	76	2	6			2	1	38	11	1			
PROV. AUTON. TRENTO	16	1	13	59	3	7	1	3	28		12	10	6			
VENETO	219	57	193	355	20	108	94	278	102		229	88	108			
FRULLA VENEZIA GIULLA	64	29	1	86	11	50	3	2	34		34	27	3			
LIGURIA	91	6	15	187	7	21		11	31		60	28	2			
EMILIA ROMAGNA	193	256	35	356	22	46	275		210		277	234	23			
TOSCANA	119	21	40	304	19	70	25	36	110	5	193	150	21			
UMBRIA	69	12	10	60	3	25	15	32	16		50	47	2			
MARCHE	56	11	8	159	7	22	27	6	6		72	32	6			
LAZIO	140	16	19	108	25	68	3	10	4	1	168	169	13			
ABRUZZO	37	6	3	37	6	15					57	19	4			
MOLISE	14			2	1	14					5	3				
CAMPANIA	49	17	23	43	9	65	10	6	8		153	69	88			
PUGLIA	159	31	90	102	11	53	45	47	23		147	87	4			
BASILICATA	28	2	8	11	4	7			1		32	5	2			
CALABRIA	25	15	19	68	5	16	1	1			65	46	4			
SICILIA	70	19	26	54	15	53		6	5		188	208	8			
SARDEGNA	41	15	16	22	17	14	2	2	5		73	48	5			
ITALIA	2.035	911	807	3.365	271	867	807	575	903	7	2.277	1.664	320			



Associazione  
per l'invecchiamento attivo

La cittadinanza non ha età

STRUTTURE SANITARIE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI - POSTI - ANNO 2017

Regione	Numero posti				Distribuzione percentuale per tipo di assistenza						
	Strutture Residenziali	Strutture Semiresidenziali	Totale	x 100.000abitanti	Assistenza Psichiatrica	Assistenza Anziani	Assistenza Pazienti Terminali	Assistenza Disabili Psichici	Assistenza Disabili Fisici		
PIEMONTE	36.319	5.041	41.360	945	10,0	73,6	0,4	11,3	4,7		
VALLE D'AOSTA	230	31	261	207	79,3		2,7	10,3	7,7		
LOMBARDIA	70.433	15.954	86.387	861	7,8	76,3	1,0	1,4	13,4		
PROV. AUTON. BOLZANO	4.588	147	4.735	897	4,3	93,6	0,5	1,0	0,6		
PROV. AUTON. TRENTO	5.014	444	5.458	1.011	4,1	90,9	0,6	2,7	1,8		
VENETO	36.608	9.857	46.465	947	7,9	68,8	0,4	19,6	3,3		
FRIULI VENEZIA GIULIA	9.259	1.171	10.430	858	10,0	79,6	0,7	0,9	8,8		
LIGURIA	8.134	1.109	9.243	594	17,9	76,7	0,9	3,1	1,4		
EMILIA ROMAGNA	21.326	8.765	30.091	676	9,4	65,2	1,0	0,7	23,7		
TOSCANA	14.595	3.937	18.532	496	12,2	75,5	0,8	7,8	3,7		
UMBRIA	3.263	1.406	4.669	528	20,7	55,0	0,6	15,0	8,7		
MARCHE	6.415	1.036	7.451	486	15,0	72,7	0,9	2,8	8,7		
LAZIO	10.752	2.013	12.765	216	30,3	58,9	3,4	4,5	3,0		
ABRUZZO	2.511	326	2.837	216	29,4	60,7	2,2	5,3	2,5		
MOLISE	214	54	268	87	71,6	22,4	6,0				
CAMPANIA	3.157	1.485	4.642	80	30,2	34,2	2,1	20,1	13,3		
PUGLIA	8.814	3.440	12.254	303	20,5	40,9	1,5	25,6	11,5		
BASILICATA	678	89	767	135	49,0	34,2	4,3	12,5	(*)		
CALABRIA	3.627	177	3.804	193	13,5	63,9	1,1	12,6	8,9		
SICILIA	3.850	969	4.819	96	49,0	31,7	2,6	11,6	5,1		
SARDEGNA	1.914	410	2.324	141	30,1	40,2	10,5	10,7	8,5		
ITALIA	251.701	57.861	309.562	512	12,2	69,7	1,0	7,9	9,2		

STRUTTURE SANITARIE - ASSISTENZA PSICHIATRICA E AIDISABILI PSICHICI - DATI DI ATTIVITA' - ANNO 2017

Regione	Assistenza psichiatrica										Assistenza ai disabili psichici									
	Strutture semiresidenziali					Strutture residenziali					Strutture semiresidenziali					Strutture residenziali				
	Posti	Utenti	Giornate per	Posti	Utenti	Giornate per	Utenti x 100.000	Posti	Utenti	Giornate per	Posti	Utenti	Giornate per	Posti	Utenti	Giornate per	Utenti x 100.000			
PIEMONTE	1.683	2.881	54	2.459	2.572	284	58,8	2.057	2.189	158	2.632	2.480	314	56,7						
VALLE D'AOSTA	31	112	32	176	134	216	106,2				27	56	167	44,4						
LOMBARDIA	2.582	7.196	75	4.162	6.495	217	64,7	388	360	195	836	847	310	8,4						
PROV. AUTON. BOLZANO	66	245	64	137	242	162	45,9				49	254	59	48,1						
PROV. AUTON. TRENTO	92	226	35	134	180	179	33,3	8	20	54	137	332	134	61,5						
VENETO	1.638	3.820	69	2.021	2.371	263	48,3	5.757	5.398	189	3.352	3.277	300	66,8						
FRIULI VENEZIA GIULIA	622	1.928	47	416	1.651	67	135,8	48	40	155	48	63	259	5,2						
LIGURIA	346	924	71	1.310	1.502	272	96,5	155	139	214	128	128	237	8,2						
EMILIA ROMAGNA	751	2.146	54	2.063	4.612	128	103,6				214	197	339	4,4						
TOSCANA	1.277	2.234	61	988	1.022	235	27,3	770	783	140	675	529	307	14,2						
UMBRIA	359	696	104	606	807	227	91,2	553	697	132	146	145	341	16,4						
MARCHE	321	588	112	793	1.080	224	70,5	99	112	102	112	113	335	7,4						
LAZIO	1.688	2.900	69	2.179	4.844	141	82,1	147	172	94	433	555	228	9,4						
ABRUZZO	326	449	106	507	648	270	49,3				151	140	346	10,6						
MOLISE	54	74	254	138	163	300	52,8													
CAMPANIA	830	2.377	63	574	592	291	10,2	285	356	214	648	674	315	11,6						
PUGLIA	990	1.303	178	1.522	1.791	282	44,2	1.062	942	257	2.077	1.780	241	44,0						
BASILICATA	79	336	33	297	329	298	58,0				96	190	77	33,5						
CALABRIA	137	486	26	378	376	328	19,1	20	36	7	458	433	297	22,0						
SICILIA	809	2.043	46	1.552	2.068	251	41,1	95	180	45	465	686	231	13,6						
SARDEGNA	240	594	62	459	467	258	28,3	50	72	129	199	303	198	18,4						
ITALIA	14.921	33.558	70	22.871	33.946	209	56,1	11.494	11.496	177	12.883	13.182	276	21,8						



**auser**  
Associazione  
per l'invecchiamento attivo

La cittadinanza non ha età

STRUTTURE SANITARIE - ASSISTENZA AGLI ANZIANI E AI DISABILI FISICI - DATI DI ATTIVITA' - ANNO 2017

Regione	Assistenza agli anziani										Assistenza ai disabili fisici									
	Strutture semiresidenziali					Strutture residenziali					Strutture semiresidenziali					Strutture residenziali				
	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti x 100.000 anziani	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti	Giornate per utente	Utenti x 100.000 abitanti				
PIEMONTE	677	781	121	29.744	30.806	198	2.785,2	624	572	163	1.317	994	296	22,7						
VALLED'AOSTA											20	169	36	133,9						
LOMBARDIA	6.421	10.396	134	59.524	82.779	253	3.682,8	6.563	5.965	204	5.029	5.349	320	53,3						
PROV. AUTON. BOLZANO	80	110	249	4.351	6.481	231	6.316,8				30	27	406	5,1						
PROV. AUTON. TRENTO	343	679	106	4.617	7.096	236	6.050,5	1	1	1	95	102	340	18,9						
VENETO	1.566	2.688	123	30.387	38.798	232	3.498,6	896	909	174	657	769	257	15,7						
FRULI VENEZIA GIULIA	476	699	104	7.827	11.241	236	3.564,4	25	20	201	890	10.738	26	883,4						
LIGURIA	608	876	113	6.482	13.790	150	3.117,9				134	465	65	29,9						
EMILIA ROMAGNA	1.566	2.688	123	16.456	27.167	203	2.560,0	4.836	4.333	185	2.303	2.065	341	46,4						
TOSCANA	1.419	1.924	142	12.568	13.260	246	1.405,7	459	415	177	232	220	317	5,9						
UMBRIA	238	503	92	2.330	4.464	150	1.999,8	256	286	166	151	369	96	41,7						
MARCHE	124	174	133	5.290	11.031	161	2.937,6	492	454	176	154	463	114	30,2						
LAZIO	50	94	125	7.463	9.801	236	777,1	28	25	144	349	359	283	6,1						
ABRUZZO				1.722	3.361	156	1.084,9				70	61	246	4,6						
MOLISE				60	127	141	169,9													
CAMPANIA	125	134	111	1.464	1.515	187	140,9	245	230	221	372	405	223	7,0						
PUGLIA	533	498	194	4.476	5.427	247	618,3	855	620	204	559	436	334	10,8						
BASILICATA	10	9	43	252	534	87	416,6				0	0	0	0,0						
CALABRIA				2.432	3.333	200	803,9	20	36	7	319	812	87	41,5						
SICILIA	65	104	97	1.463	6.715	61	640,9				247	1.033	64	20,5						
SARDEGNA	105	78	103	829	1.139	201	298,3	15	9	101	183	373	141	22,6						
ITALIA	14.406	22.435	127	199.737	278.865	219	2.043,8	15.315	13.875	192	13.111	25.209	158	41,7						

STRUTTURE SANITARIE - ASSISTENZA AI PAZIENTI TERMINALI E TOTALE - DATI DI ATTIVITA' - ANNO 2017

Regione	Assistenza ai pazienti terminali										Totale							
	Strutture semiresidenziali				Strutture residenziali				Strutture semiresidenziali				Strutture residenziali					
	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti x 100.000 abitanti	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti x 100.000 abitanti				
PIEMONTE				167	2.602	17	59,5	5.041	6.423	107	36.319	39.454	201	901,6				
VALLED'AOSTA				7	138	17	109,3	31	112	32	230	497	94	393,8				
LOMBARDIA				882	13.928	18	138,8	15.954	23.917	134	70.433	109.398	225	1.090,0				
PROV. AUTON. BOLZANO	1	60	6	21	394	17	74,7	147	415	105	4.588	7.398	212	1.401,8				
PROV. AUTON. TRENTO				31	447	19	82,8	444	926	88	5.014	8.157	220	1.510,8				
VENETO				191	3.115	19	63,5	9.857	12.815	138	36.608	48.330	225	985,3				
FRULLI VENEZIA GIULIA				78	1.325	14	109,0	1.171	2.687	64	9.259	25.018	123	2.058,2				
LIGURIA				80	1.606	15	103,1	1.109	1.939	100	8.134	17.491	147	1.123,4				
EMILIA ROMAGNA				290	5.100	19	114,5	8.765	11.916	130	21.326	39.141	178	879,1				
TOSCANA	12	39	16	132	2.697	13	72,2	3.937	5.395	110	14.595	17.728	212	474,4				
UMBRIA				30	519	15	58,7	1.406	2.182	118	3.263	6.304	150	712,6				
MARCHE				66	914	21	59,7	1.036	1.328	136	6.415	13.601	156	887,9				
LAZIO	100	527	62	328	4.700	24	79,7	2.013	3.718	71	10.752	20.259	165	343,6				
ABRUZZO				61	930	17	70,7	326	449	106	2.511	5.140	152	390,8				
MOISE				16	240	19	77,8	54	74	254	214	530	135	171,8				
CAMPANIA				99	1.031	23	17,7	1.485	3.097	94	3.157	4.217	185	72,4				
PUGLIA				180	2.224	25	54,9	3.440	3.363	207	8.814	11.658	212	288,0				
BASILICATA				33	566	16	99,8	89	345	34	678	1.619	104	285,5				
CALABRIA				40	351	26	17,9	177	558	23	3.627	5.305	188	271,1				
SICILIA				123	1.794	18	35,7	969	2.327	48	3.850	12.296	97	244,6				
SARDEGNA				244	1.178	60	71,5	410	753	73	1.914	3.460	154	209,9				
ITALIA	113	626	54	3.099	45.799	20	75,7	57.861	84.739	121	251.701	397.001	193	656,4				