

Progetto Mattoni e LEA Nell'Assistenza Geriatrica del SSN

Enrico Brizioli

**Responsabile Scientifico Mattone n. 12 (Prestazioni residenziali)
Coordinatore sottogruppo Socio-Sanitario della Commissione Nazionale LEA**

Codificare l'Assistenza Residenziale Agli Anziani

Lo sviluppo del sistema residenziale in Italia è cresciuto fino ad oggi in modo rapido e disordinato, fino a superare i 300.000 posti letto in strutture residenziali di varia tipologia, per una spesa annua stimata di circa 6 mld di euro sul FSN. Tuttavia non esiste oggi un flusso informativo per le prestazioni residenziali:

E non esiste un modello univoco di classificazione

delle strutture

delle prestazioni

dei pazienti

Situazione di fatto

Nelle Regioni italiane sono chiamate con nomi uguali cose diverse, e con nomi diversi cose uguali.

Le prestazioni residenziali si sovrappongono e sostituiscono spesso a prestazioni di lungodegenza e riabilitazione.

L'accessibilità ai servizi, il livello di offerta, gli standard assistenziali, le quote di partecipazione alla spesa, sono diverse da regione a regione.

Non esiste un sistema di compensazione della mobilità sanitaria e questo determina problemi nella circolazione dei pazienti.

Situazione di fatto

La mancanza di dati impedisce la verifica dei LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA erogati per questa tipologia di prestazioni.

Cosa tanto più grave se si tiene conto che, in assenza di chiari modelli normativi, di strumenti per la valutazione dei bisogni assistenziali, di criteri di appropriatezza e di verifica della qualità, le cure residenziali in Italia sono caratterizzate da una sostanziale casualità dell'assistenza !

La realizzazione del

NUOVO SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE (NSIS)

attraverso il Progetto “Mattoni del SSN”

è stata l’occasione per mettere ordine in questo livello di assistenza.

Mattone 12
**“Prestazioni Residenziali e
Semiresidenziali”**

***Flusso Informativo Nazionale per le
Prestazioni
Residenziali e Semiresidenziali***

Coordinatore Scientifico
Enrico Brizioli
Regione Marche

Coordinamento Mattone 12

Regione Marche

Capofila

Provincia Aut. Bolzano

Partner

Regione Friuli VG

Regione Lombardia

Regione Emilia Romagna

Regione Umbria

Regione Basilicata

Invitate permanenti

Regione Veneto

Regione Liguria

+

**COMITATO
SCIENTIFICO**

Comitato Scientifico Mattone 12

Enrico Brizioli

Coordinatore

Roberto Bernabei

Franco Di Stanislao

Marco Trabucchi

Invitati

Carlo Saitto

Luigi Tesio

Matilde Leonardi

Obiettivo del progetto

...”L’**obiettivo** del Mattone “Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali” è la costruzione di un

flusso informativo nazionale,

che impone la definizione di un

sistema di classificazione omogeneo

...”L’**ambito di riferimento** del progetto sono le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a favore di;

soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio:

- **Anziani**
- **Disabili fisici, psichici e sensoriali**
- **Pazienti psichiatrici**

Obiettivo del progetto

...”In ragione delle strette connessioni e parziali sovrapposizioni tra prestazioni residenziali di riabilitazione e le prestazioni ospedaliere di lungodegenza e riabilitazione, al Mattone 12 viene affidato anche il **mandato** di predisporre, in **collaborazione con il Mattone 3** (DRG), una revisione del flusso informativo per le prestazioni di

**Lungodegenza
e
Riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera.**

Per valutare e standardizzare il reale fabbisogno assistenziale è necessario adottare ove possibile

strumenti di misura

in grado di rilevare il

case-mix assistenziale

espresso nel rapporto tra bisogni ed assistenza (in tipologia e quantità) ed adeguato a definire standard organizzativi e dotazione di personale

Mattone 12 - ANZIANI

La VMD

La Valutazione Multidimensionale è una metodica che consente di standardizzare la Valutazione dei soggetti anziani e disabili integrando necessità assistenziali di tipo Socio-Sanitario, rilevando le criticità del caso e costruendo un piano coerente di trattamento.

Sono disponibili diversi strumenti, il più noto dei quali è il **RAI (Resident Assessment Instrument)** obbligatorio in USA - nel sistema Medicare - ed in Canada.

Una variante del RAI è stata sviluppata dal ISS (**VALGRAF**) ed è oggi utilizzata in Friuli Venezia Giulia.

Un altro sistema con caratteristiche simili è stato sviluppato dalla Regione Veneto (**SVAMA**)

Dalla VMD al CASEMIX

Di norma una scheda di Valutazione Multi-Dimensionale produce i dati essenziali per la valutazione del profilo assistenziale del paziente, fornendole informazione necessarie per alimentare i sistemi di “pesatura”.

Dal Data-Base della VMD si può quindi costruire lo strumento di analisi del “case-mix”.

Il RAI ed il VALGRAF consentono di produrre il RUG. Lo SVAMA ha un proprio sistema di pesatura.

Il SOSIA (Lombardia) e l'AGED (Liguria) possono essere considerati strumenti di analisi del case-mix, pur non avendo le caratteristiche strutturali di una VMD.

Sistemi di Analisi del Case-Mix in RSA

RUG III (Resource Utilization Groups)	USA e Canada (e Italia)
FRED (Functionally Ranked Explanatory Designations)	California anni '80
CMAR (Case Mix Assessment Reimbursement System)	UK
RCS (Resident Classification Scale)	Australia
ARCS (Alberta Residents Classification System)	Alberta anni '90
AGGIR (Autonomie Gerontologique Groupes Iso-Resources)	Francia e ITA Liguria
SOSIA (Sistema Case-mix Lombardo)	ITA Lombardia
SVAMA (Sistema VMD + casemix)	ITA Veneto

- Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, et al. **Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy.** Aging Clin Exp Res. 15(3):243-53, 2003.
- Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. **Residenze Sanitarie per Anziani.** Edizioni il Mulino, Bologna 2002.
- Brizioli E, Ferrucci L, Bernabei R, et al. **Criticità e prospettive per il trasferimento dei "RUGs" alle Regioni.** Bollettino delle Ricerche del Ministero della Sanità 1:45-55, 2001.

Tra le diverse opzioni è necessario adottare uno strumento di Case-mix che:

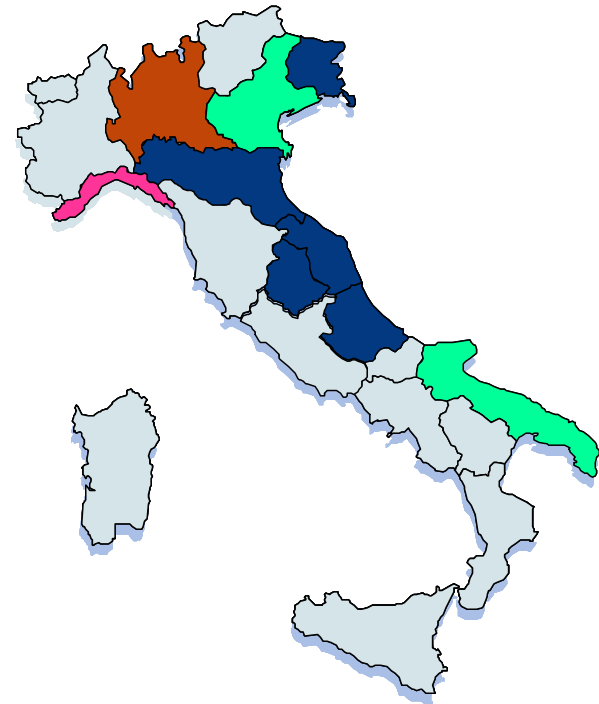
- ▶ **Consenta di valutare l'effettivo carico assistenziale degli ospiti presenti nella struttura**
- ▶ **Sia scientificamente validato**
- ▶ **Permetta di differenziare le tariffe in rapporto all'effettivo carico assistenziale**
- ▶ **Consenta la verifica dei livelli assistenziali effettivamente erogati**
- ▶ **Sia effettivamente integrato con uno strumento di VMD, essenziale per la programmazione dell'assistenza**

❖ Analisi dei principali strumenti regionali per la valutazione degli ospiti in strutture residenziali.

- RUG
- SOSIA
- SVAMA
- AGGIR (AGED)

❖ Valutazione comparativa degli items che caratterizzano ogni strumento: **128 items analizzati** solo **22 sovrapponibili in tutti e tre gli strumenti**

❖ Modalità di integrazione attraverso **strumento di transcodifica (FAR)**



Effetti della pluralità degli strumenti

La necessità di adottare diversi strumenti di analisi del Case-mix ci impedisce di utilizzare un unico modello VMD-Casemix.

Poichè i diversi strumenti non sono sovrapponibili, non è possibile definire la prestazione a partire dai bisogni, ma è necessario riprodurre continuamente il modello "bisogni-tipologia di assistenza" per rendere confrontabili gli strumenti e quindi i dati.

E' inoltre necessario costruire un Flusso Informativo Nazionale alimentato su un data-base comune limitato. Per questo abbiamo realizzato la SCHEDA FAR

- ❖ Gli strumenti testati sono 4 e tra questi le Regione dovranno scegliere quello da implementare.
- ❖ Per il Sosia manca un'ulteriore revisione dei parametri di transcodifica, che realizzerà la Regione Lombardia.
- ❖ Vista la varietà delle opzioni è necessario scongiurare la nascita spontanea di altri strumenti.
- ❖ L'implementazione dei diversi strumenti dovrà avvenire in maniera autonoma, garantendo l'individuazione di un ente che svolga funzioni di "agenzia" per l'aggiornamento, l'analisi dei dati, la definizione di standard di qualità :

Strumento

- RUG
- SOSIA
- SVAMA
- AGGIR (AGED)

"Agenzia"

- INRCA (Irccs) Regione Marche
- Ass Famiglia Regione Lombardia
- Ass. Sanità – Regione Veneto
- Agenzia Sanitaria – Regione Liguria

Dal CASEMIX alla Prestazione

Per “prestazione residenziale” non si intende il singolo atto assistenziale, ma più in generale

“classi di prestazioni residenziali”,

intese come

complesso organico di prestazioni erogate a categorie omogenee di utenti all'interno di adeguati moduli organizzativo-professionali.

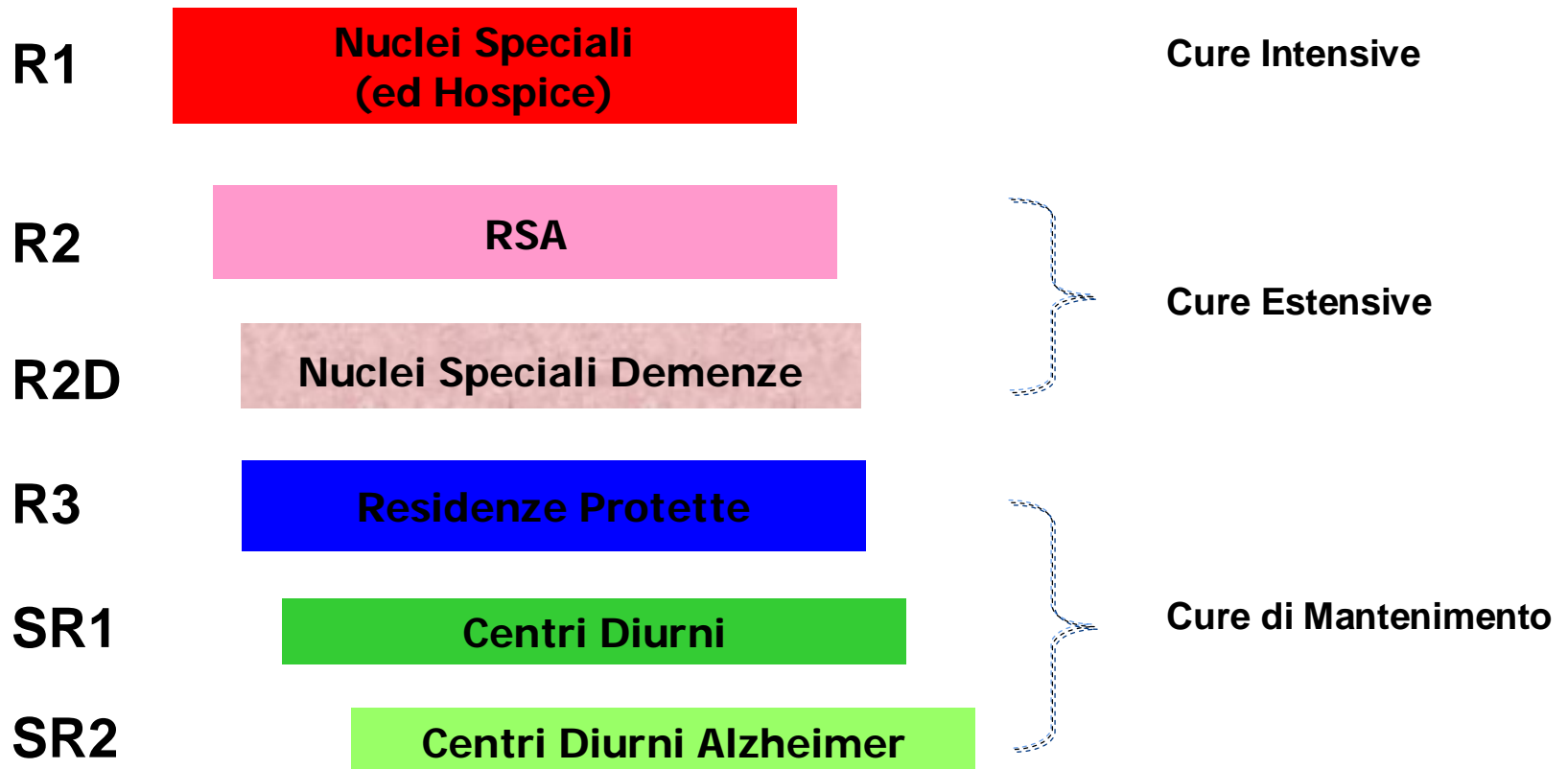
Dal CASEMIX alla Prestazione

Il “**complesso organico di prestazioni**” che costituiscono la prestazione residenziale possono essere ben definite dal “**Modulo Organizzativo**” attivato presso la struttura.

Ogni struttura può essere accreditata per più moduli organizzativi:

- Stati Vegetativi
- Residenza ad alta integrazione Sanitaria
- Nuclei Demenze
- Residenza Protetta
-

Classificazione delle Moduli Residenziali



Commissione LEA : Classificazione dei livelli assistenziali residenziali

R1

Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.).

R2

Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.

R2D

Prestazioni erogate in nuclei specializzati (*Nuclei Alzheimer*) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico".

R3

Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento)

SR1

Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni

SR2

Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale

Debito Informativo Residenziale

A Livello di Struttura

Scheda VMD

A Livello Regionale

**Scheda RUG
SOSIA
SVAMA
AGED**

**A Livello di Nazionale
(NSIS)**

Dati FAR

Flusso Informativo NSIS Residenziale

Dai dati raccolti con i singoli strumenti di classificazione si alimenta in via automatica una scheda di rilevazione nazionale – (FAR):

- Codice e Tipologia di struttura (prestazione)**
- Dati anagrafici**
- Dati Paziente su autonomia, cognitività, trattamenti speciali, comportamento, socio-economici**

Flusso Informativo NSIS Residenziale

I Dati delle Regioni che utilizzano sistemi di case-mix omogenei vengono gestiti dalle relative "agenzie" che eseguiranno un servizio di elaborazione dati comune con seguenti obiettivi:

- statistica**
- indicatori di qualità**
- benchmark**
- revisione di sistema**

Sezione 2. AMMISSIONE/DIMISSIONE		
<u>PROVENIENZA OSPITE</u>		
Tipologia di struttura di provenienza:		
<input type="checkbox"/> abitazione	<input type="checkbox"/> struttura protetta socio-sanit.	<input type="checkbox"/> struttura sociale
<input type="checkbox"/> struttura ospedaliera	<input type="checkbox"/> struttura di riabilitazione	<input type="checkbox"/> struttura post-acuzia
<u>Iniziativa della richiesta di inserimento :</u>		
<input type="checkbox"/> propria	<input type="checkbox"/> familiare-affine	<input type="checkbox"/> soggetto civilmente obbligato
<input type="checkbox"/> assistente sociale	<input type="checkbox"/> medico di medicina generale	<input type="checkbox"/> medico ospedaliero
<u>Valutazione della richiesta da parte della Unità Valutativa (UV):</u>		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<u>Motivazione della richiesta di inserimento:</u>		
<input type="checkbox"/> perdita dell'autonomia (decorso degenerativo)	<input type="checkbox"/> stabilizzazione stato clinico (post-acuzie)	
<input type="checkbox"/> insufficienza del supporto familiare	<input type="checkbox"/> insufficienza della rete socio-sanitaria domiciliare	
<input type="checkbox"/> alloggio non idoneo	<input type="checkbox"/> solitudine	<input type="checkbox"/> altra motivazione sociale
<u>Tariffa giornaliera applicata :</u>		
Quota_SSR € <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	Tariffa giornaliera complessiva applicata: € <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	
<u>Dimissione:</u>		
<input type="checkbox"/> domicilio senza assist.	<input type="checkbox"/> domicilio con assist.	<input type="checkbox"/> Struttura ospedaliera per acuti
<input type="checkbox"/> altra tipologia di residenza	<input type="checkbox"/> Decesso	

Sezione 3. VALUTATIVA	
ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA (alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso bagno)	
	1 Autonomo
	2 Parzialmente dipendente
	3 Totalmente dipendente
AREA DELLA MOBILITA'	
	1 Si sposta da solo
	2 Si sposta assistito
	3 Non si sposta
AREA COGNITIVA (memoria, orientamento, attenzione)	
	1 Assente/Lieve
	2 Moderato
	3 Grave
AREA DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI	
	1 Assenti/Lievi
	2 Moderati
	3 Gravi
AREA TRATTAMENTI SPECIALISTICI	
	Alimentazione parenterale
	SNG / PEG
	Tracheostomia
	Respiratorie / ventil. assistita
	Ossigenoterapia
	Dialisi
	Ulcere da decubito
	1°-2° stadio
	3°-4° stadio
AREA SOCIALE (supporto delle reti formali ed informali)	
	1 Presenza
	2 Parziale e / o temporanea
	3 assenza
AREA FINANZIARIA (capacità di copertura dell'assistenza)	
	1 Autonomo finanziariamente
	2 A carico totale o parziale dei familiari
	3 A carico totale o parziale del comune

Conclusioni Mattone

Il Mattone 12 ha proceduto a:

- Definire le prestazioni residenziali come complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate nell'arco delle 24 ore (12 ore per le semiresidenziali) a soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di strutture accreditate per lo specifico livello assistenziale“
- Dettagliare le prestazioni residenziali per anziani, disabili e salute mentale per classi a differenti intensità assistenziale e classificarle secondo codici di prestazione coerenti con il decreto dei LEA e la specifica normativa di settore.
- Definire un set minimo di informazioni (dati identificativi delle strutture, codici di prestazione, dati identificativi dell'ospite, dati amministrativi etc.) in grado di alimentare un flusso informativo nazionale sulle prestazioni residenziali

Inoltre, per le sole prestazioni per anziani, il mattone ha proceduto a:

- Individuare strumenti per la valutazione multidimensionale (VMD) e la misura del case-mix assistenziale, testando un set di strumenti (RUG-VAOR, SVAMA, SOSIA e AGED) che le regioni dovranno sviluppare, a libera scelta, per mettere a regime i loro flussi informativi
- Sviluppare un Data Set sintetico unico su base nazionale (FAR = Flusso Assistenza Residenziale) alimentato automaticamente dai singoli strumenti di VMD, capace di realizzare un flusso informativo nazionale contenente, oltre ai dati identificativi di struttura, prestazione ed ospite, anche alcuni dati sui principali bisogni assistenziali degli ospiti

Conclusioni Commissione LEA

1. Definisce la prestazione residenziale

Si intende per prestazione residenziale e semiresidenziale il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione. La prestazione non si configura come un singolo atto assistenziale, ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore.

2. Per quanto attiene agli anziani individua differenti "livelli" di erogazione delle prestazioni, identificate in base a "livelli di complessità assistenziale" o "codici di attività", coerenti con parametri di *carico assistenziale* e di *fragilità* dell'assistito
3. Per quanto attiene a disabili e psichici chiarisce alcune classificazioni e specifica i criteri differenziali tra prestazioni "terapeutico-riabilitative" e socio-riabilitative".
4. Definisce il rapporto tra questi i diversi livelli complessità assistenziale e i parametri di partecipazione alla spesa per cure intensive, estensive e di mantenimento individuate dal DPCM 29.11.2001.
5. Prevede che ogni anziano venga valutato con strumenti oggettivi di Valutazione Multidimensionale (es. VAOR, SMAMA etc.)
6. Prevede che il giudizio di "gravità" riferito alla disabilità venga definito non solo sulla base di scale di autonomia, ma anche tenendo conto dei disturbi cognitivo-comportamentali e delle necessità assistenziali e sanitarie.
7. Ribadisce la necessità di flussi informativi completi su scala regionale e nazionale, (Mattone 12)
8. Definisce modalità di valutazione, criteri di accesso, parametri di appropriatezza e di durata dei trattamenti. Viene ribadito in particolare il diritto della scelta del luogo di cura nell'ambito delle strutture accreditate in grado di fornire livelli di assistenza appropriati per i propri bisogni, per tutto il tempo in cui permangono le citate condizioni di bisogno
9. Inserisce le prestazioni residenziali all'interno di un percorso di continuità assistenziale acuzie / post-acuzie / cronicità
10. Individua standard qualificanti della prestazione (minuti di assistenza per qualifica professionale per ciascun livello di complessità assistenziale) e indicatori per il monitoraggio dell'offerta.

Indicazioni della Commissione LEA

La commissione LEA ha fornito inoltre alcune indicazioni, che non hanno carattere normativo, in rapporto agli indicatori di verifica, nonché agli standard qualificanti di assistenza e di offerta dei servizi:

Indicatori di Verifica

Prestazioni *	indicatori
R1	<ul style="list-style-type: none"> - Numero p.l. per 1.000 anziani - Numero di assistiti - Tasso occupazione annuo medio - N. pz in lista di attesa - Durata media attesa
R2	<ul style="list-style-type: none"> - Numero p.l. per 1.000 anziani - Numero di assistiti - Tasso occupazione annuo medio - N. pz in lista di attesa - Durata media attesa
R2D	<ul style="list-style-type: none"> - Numero p.l. per 1.000 anziani - N. pz in lista di attesa - Durata media attesa
R3	<ul style="list-style-type: none"> - Numero p.l. per 1.000 anziani - N. pz in lista di attesa - Durata media attesa
SR	<ul style="list-style-type: none"> - Numero p.l. per 1.000 anziani - N. pz in lista di attesa - Durata media attesa
SRD	<ul style="list-style-type: none"> - Numero p.l. per 1.000 anziani - N. pz in lista di attesa - Durata media attesa

Tabella n. 1.1.

Prestazioni *	Standard qualificanti **
R1	Guardia medica: h 24 Assistenza medica: 300 minuti / die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min
R2	Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo Infermiere h 24 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 45 min
R2D	Assistenza: 120 minuti / die per nucleo Infermiere h 12 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 36 min
R3	Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo Infermiere h 8 Assistenza globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min
SR	Staff: Infermiere, OSS, Animazione Assistenza globale > 50 min.
SRD	Staff: Infermiere, OSS, Psicologo Terapia cognitiva e orientamento Assistenza globale > 80 min.

* Per la descrizione delle prestazioni vedi Capitolo 1.4.1.

** Per Guardia Medica h 24, si intende la presenza del medico su 24 ore nella struttura nel suo insieme. L'assistenza indicata come copertura oraria (h.) è riferita alle ore di copertura per nucleo. L'assistenza globale è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, terapisti, per nucleo, per ospite (tot minuti / 20); la specifica "assistenza infermieristica" è un "di cui".

**Standard
Qualificanti
Di Assistenza**

Standard qualificanti di offerta teorica (stima)

Tab 1.3 - Fabbisogno di RSA nelle regioni - ANNO 2005

	Quota % Persone Sole 65-74 anni su popolazione 65- 74	Quota % Persone Sole 75 anni e oltre su popolazione 75 anni e oltre	Quota % anziani > 75 su popolazione totale	%Anziani poveri sul totale anziani	Popolazione >65 anni	Ospiti > 65 anni corretti	Fabbisogno stimato per 1.000 anziani > 65
	2005	2005	2005	2005	2005		
Piemonte	22,9	35,5	9,9	8,9	979.327	42.447	43,3
Valle d'Aosta	22,9	35,5	9,0	8,9	25.046	1.034	41,3
Lombardia	18,9	51,7	8,2	4,9	1.847.997	86.377	46,7
Trentino Alto-Adige	20,8	42,8	8,2	8,9	174.100	7.494	43,0
Veneto	15,2	37,2	8,7	8,3	910.228	36.995	40,6
Friuli Venezia Giulia	26,7	37,7	10,8	8,9	272.804	12.755	46,8
Liguria	26,3	42,6	12,8	7,6	428.971	22.871	53,3
Emilia Romagna	20,6	36,4	11,1	3,7	954.955	43.258	45,3
Toscana	15,9	28,8	11,3	7,5	842.901	35.292	41,9
Umbria	15,3	30,2	11,4	10,2	202.503	8.761	43,3
Marche	14,0	35,4	10,8	8,8	345.079	15.266	44,2
Lazio	22,1	33,9	8,2	8,5	1.014.064	39.116	38,6
Abruzzo	16,3	31,2	10,0	16,1	277.712	11.574	41,7
Molise	19,5	36,1	10,3	35,5	70.567	3.393	48,1
Campania	16,7	31,9	6,4	33,2	887.682	32.680	36,8
Puglia	16,3	34,7	7,4	25,5	704.155	27.604	39,2
Basilicata	16,2	35,3	8,7	31,7	118.404	5.123	43,3
Calabria	18,8	38,3	7,9	27,1	366.164	15.630	42,7
Sicilia	21,7	44,6	7,9	34,8	901.426	42.635	47,3
Sardegna	18,5	34,4	7,4	21,3	291.617	11.308	38,8
ITALIA	19,2	38,3	8,8	14,0	11.615.702	496.148	42,7

Spesa prevista su obiettivo di standard 35/1000

Tabella n. 1.5

Valutazione di Spesa Assistenza Residenziale a Regime

	Std	Pop > 65	PL	Spesa
R1	0,3	10.901.318	3.270	253.619.163
R2	6,7	10.901.318	73.039	2.988.748.948
R2D	5	10.901.318	54.507	2.230.409.663
R3	20	10.901.318	218.026	6.475.382.892
SR	1,5	10.901.318	16.352	404.711.431
SRD	1,5	10.901.318	16.352	269.807.621
Totale	35	Popolazione >	381.546	12.622.679.717