

FOGLIO INFORMATIVO

1 • 2008

Welfare



C I S L

**Unione Sindacale
Regionale
della Lombardia**

**Dipartimento
politiche sociali
e socio-sanitarie**

Le politiche socio-assistenziali in Lombardia

Direttore: **Carlo Borio**
Direttore Responsabile: **Costantino Corbari**
Quindicinale della Usr Cisl Lombardia
a cura dell'Ufficio Economico.
N° 1 del 31 gennaio 2008 - Anno XXVII°
20099 Sesto San Giovanni (Milano)
Viale Italia 2 - Tel. 02.2410111

Spedizione in abbonamento postale
art. 2 comma 20/C Legge 662/96 Milano
Registrazione al Tribunale di Monza n. 447
dell'11.6.1983
Stampa: Graficaperta s.n.c. - Tel. 02.9755524
Viale Industria, 95 - 20010 Boffalora Ticino (MI)
Copia gratuita

LE POLITICHE SOCIO-ASSISTENZIALI IN LOMBARDIA

**Dal 1997 al 2007
mutamenti, realtà e prospettive**

**STRUTTURE, SERVIZI, PRESTAZIONI
SOCIO-SANITARIE E SANITARIE PER
LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
NELLE ASL E NEI DISTRETTI
DELLA LOMBARDIA**

INDICE

Strutture e prestazioni socio-sanitarie	pag. 3
Non autosufficienza: emergenza sociale	pag. 7
Operatori socio-sanitari e assistenza	pag. 9
L'impegno del sindacato	pag. 12
LA RICERCA: Premesse generali e di metodo	pag. 13
PARTE PRIMA: Riepilogo generale dei servizi sanitari e socio-sanitari per persone non autosufficienti in Lombardia	pag. 17

PARTE SECONDA: Schede di sintesi dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nelle ASL lombarde

PARTE TERZA: RSA, CDI, IDR: Servizi e prestazioni socio-sanitarie nei Distretti delle ASL lombarde

Le parti seconda e terza sono disponibili sul sito www.lombardia.cisl.it nella sezione /Informazione/Pubblicazioni/Foglio Informativo

A cura di Nino Vialba, Dipartimento Politiche sociali e socio-sanitarie
Hanno collaborato: Aristide Pelagatti, Pensionati Cisl Lombardia, Fps Cisl Lombardia, Fisascat Cisl Lombardia

STRUTTURE E PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

Ci sono due dati di questa ricerca che hanno andamenti tra loro contrapposti e che, più di altri, segnano i cambiamenti positivi ma anche i nuovi affanni delle nostre comunità.

Sono il numero dei posti letto ospedalieri che diminuiscono e, viceversa, quello dei posti letto nelle RSA che, nello stesso periodo, aumentano.

Il primo dei dati dice del generale miglioramento dei sistemi di cura: alta la professionalità degli operatori, cresciute le conoscenze e le capacità di intervento, sviluppate le tecniche chirurgiche e le tecnologie applicate alla diagnostica, aumentati gli screening per prevenire e più mirate le terapie per guarire.

Tutto questo riduce i tempi di cura e degenza e, quindi, il bisogno di ospedale e di posti letto. E' un dato sicuramente positivo, anche se, per qualche attenzione di troppo ai bilanci aziendali piuttosto che alle persone, a volte si traduce, per i più fragili fra i ricoverati, in dimissioni precoci senza una piena garanzia di continuità assistenziale.

La crescita dei posti letto nelle RSA ci indica, invece, due altre condizioni che fra loro si legano e impegneranno sempre di più sia la politica che le strutture e gli operatori dei sistemi sanitari, sociosanitari e sociali: sono l'invecchiamento demografico e la crescente difficoltà delle famiglie a reggere il ruolo nell'assistenza domiciliare delle persone più anziane e fragili.

La popolazione delle RSA è ormai in larghissima misura di persone over 80 anni e, sempre più, di persone non autosufficienti, molto spesso con gravi non autosufficienze di natura psichica.

Le politiche di aiuto alle famiglie, in queste condizioni, non sembrano sufficienti ad aumentare la permanenza a domicilio degli assistiti, che pure è condizione preferibile ed anche meno onerosa per il sistema.

La stessa crescita delle badanti, che ha consentito in questi anni di garantire la permanenza a domicilio di molti anziani bisognosi di assistenza, è stata poderosa nei numeri ed importante negli effetti, ma non ha frenato la crescita dei ricoveri.

L'atomizzazione e la fragilità economica e sociale di molte famiglie, la condizione di solitudine di molti anziani, i contesti abitativi spesso del tutto inadatti a garantire assistenza domiciliare, l'esistenza di deficit psicofisici gravi e in peggioramento progressivo, non lasciano alternative a ricoveri non destinati a diminuire nelle quantità.

Diventa, allora, ancora più necessaria una politica socio sanitaria e sociale che sia, anche, capace di rimediare agli elementi di criticità che vengono rilevati dalla nostra indagine.

Il processo di privatizzazione delle ex Ipab se ha liberato energie nuove ha però messo a nudo anche la debolezza di troppe strutture che, nate su dimensione municipalistica e sostenute dalle solidarietà

locali, ora impattano con problemi finanziari spesso rilevanti, faticando via via di più a quadrare i bilanci.

La gran parte delle RSA in Lombardia sono cresciute in contesti territoriali ristretti, spesso solo municipali, anche per consentire la massima agibilità delle famiglie nelle loro necessità di rendere visita, in molti casi quotidiana, al congiunto ricoverato.

E' una caratteristica che per molte realtà (si pensi a Milano) è andata perdendosi per la mancanza di strutture di ricovero sufficienti rispetto alla popolazione interessata e che ha costretto a portare il parente in strutture di altre province e a limitare, di conseguenza, le visite ed il rapporto con il ricoverato.

A produrre lo stesso esito sono, sempre più, anche la ferocia dei costi a carico degli utenti e delle loro famiglie che spinge a cercare soluzioni più economiche anche se non le più vicine, così come le liste d'attesa che inducono a ricoveri lontani.

La crescita dei costi di gestione di queste strutture è questione ineludibile. Che la Regione debba pagare di più è chiaro dai dati che presentiamo: se essa è impegnata a coprire il 50% dei costi medi di degenza e ne copre, invece e da anni, il 42-44%, il problema c'è e ha bisogno di trovare rimedio, con gli impegni e le risorse che servono.

Che gli ospiti debbano pagare di più, appare, invece, difficile da pretendere se già oggi il ricovero di un congiunto grava sui bilanci familiari, ogni anno, per l'equivalente medio di un salario operaio.

Questa la ragione di una rivendicazione sindacale che non trova ancora una risposta vera, quella di costituire un Fondo per la non autosufficienza, nazionale e integrato regionalmente, che si assuma l'onere di coprire i costi non sanitari dell'assistenza nelle case di cura ed a domicilio dei cittadini, anziani e giovani, non autosufficienti.

Ma tutto quanto è atteso non impedisce già oggi e per iniziativa autonoma delle RSA di procedere ad operazioni, necessarie, di fusione tra le Fondazioni per aumentare le capacità operative e consentire quelle economie di scala e quelle possibilità gestionali altrimenti impediti se la soglia dei posti letto resta troppo bassa.

Occorre per questo sviluppare la cooperazione tra le RSA, sia negli acquisti che nelle attività non direttamente assistenziali, incentivandole a mettersi insieme, anche su vasta scala, nelle operazioni di acquisto come nella tenuta dei conti e dei libri paga.

Potrebbero unificare, per dimensioni territoriali che lo consentano, i servizi come quello di lavanderia e di cucina, utilizzare le strutture migliori già esistenti all'interno di singole RSA o rivolgersi congiuntamente allo stesso servizio esterno, per garantirsi, al meglio della qualità, i minori costi.

Aggregare servizi e strutture, quindi, ma non solo. Occorre espandere l'attività svolta dalle RSA, come si è incominciato a fare anche se con troppa timidezza. Le necessità economiche, ma prima ancora l'idea di un sistema integrato dei servizi di cura e il bisogno di garantire continuità assistenziale, devono spingere le RSA (ed i Comuni attraverso i Piani di Zona) ad organizzarsi per svolgere compiti di assistenza domiciliare.

Le case di riposo hanno conoscenze delle problematiche, hanno il personale capace, sanno che l'assistenza domiciliare è la fase che spesso precede il ricovero presso di esse: tutte condizioni che dovrebbero indurre il sistema delle case di riposo, almeno a livello distrettuale, a proporsi per organizzare questo servizio sul territorio. Un servizio che sono in grado di fare meglio di molti altri soggetti privati che si sono accreditati in questi anni.

Un servizio che per le casse pubbliche potrebbe essere meno oneroso che non costituire nuove strutture (società ed altro) a ciò dedicate.

Lo sviluppo delle attività verso il territorio è una parte di ciò che è necessario facciano le RSA.

La loro attività può ampliarsi e differenziarsi anche all'interno della struttura di ricovero, in accordo con le ASL e le Aziende Ospedaliere, per predisporre posti letto di tipo sanitario capaci di svolgere funzioni di lungodegenza dopo il ricovero ospedaliero per tutti coloro che lo necessitano, in particolare per quei pazienti che hanno meno possibilità di convalescenza assistita al loro domicilio e quelli che, essendo ospiti delle RSA, non possono essere immediatamente rimessi a costo (a loro carico o a carico delle famiglie) quando necessitano, invece, di un periodo di cura ancora tutto sanitario e, quindi, gratuito.

Il mondo delle Residenze Sanitarie Assistenziali in Lombardia ha la vastità che i numeri della ricerca non riescono a dire in tutta la sua dimensione, poiché esse rappresentano quasi il 40% dell'insieme delle RSA italiane, come a sottolineare una tradizione antica di grande e forse maggiore attenzione della società lombarda alle difficoltà della condizione anziana e della non autosufficienza.

Una dimensione ed una tradizione che per essere efficacemente proiettate negli anni a venire chiedono, però, che il settore sia governato mettendo in rete le strutture che lo compongono, in rete tra esse ed in rete con il territorio ed i presidi sanitari, in quella dimensione di integrazione tra sanità, socio sanitario e sociale che deve essere praticata e non solo affermata.

Una dimensione che chiede un governo pubblico del settore fondato non sui voucher ma sullo sviluppo di servizi a prevalente vocazione no profit; che assuma come necessità delle politiche di welfare orientate alle famiglie anche il sostegno alla non autosufficienza; che sappia sostenere l'assistenza domiciliare anche attraverso supporti economici e percorsi che regolarizzano e fanno crescere competenze fra coloro che svolgono la funzione di "badanti"; che aiuti il processo di

riorganizzazione e di crescita delle operatività delle Residenze Sanitarie Assistenziali; che riduca, in ragione delle diversità di reddito e di patrimonio, i costi dell'assistenza a carico delle famiglie.

Franco Giorgi

Segretario regionale Cisl Lombardia

NON AUTOSUFFICIENZA: EMERGENZA SOCIALE

In ogni nostra azione o proposta dovremmo sempre tenere nella giusta considerazione la dimensione nella quale operiamo. Riteniamo infatti fondamentale non scordarsi mai il contesto nel quale operiamo, facciamo le proposte ed in considerazione di ciò prendiamo le opportune decisioni. Questa premessa è fatta per ricordarci che in Italia, ma non solo, registriamo difficoltà nell'approccio ad una nuova dimensione della senilità ;siamo probabilmente un po' in ritardo nel renderci conto che le enormi modificazione demografiche presenti nel nostro secolo stanno profondamente modificando la struttura sociale.

Solo brevemente, per confermare appunto la premessa, voglio ricordare:

- Alla fine del XIX secolo solo una persona su tre riusciva a superare i 60 anni, e solo il 7% della popolazione superava gli 80 anni;
- Oggi il 95% delle donne supera tranquillamente i 60 anni (88% gli uomini);
- Sempre oggi il 65% delle donne supera gli 80 anni (poco più del 40% per gli uomini);
- Dall'inizio del secolo scorso ai nostri giorni l'aspettativa di vita che ci pone fra i primi paesi nel mondo è aumentata di 39 anni per le donne e 32 per i maschi

Il fenomeno continua, sia pur rallentato, negli ultimi anni. La popolazione italiana con più di 65 anni è attualmente fra il 17-18% del totale (19,44% in Lombardia) e le proiezioni demografiche concordano che raggiungerà il 27% nel 2030.

Diverse sono le cause dell'aumentata longevità, passano dalla grande riduzione delle malattie infettive, alla diminuita mortalità da parto, al netto miglioramento della situazione igienica alimentare e soprattutto dai progressi e dall'evoluzione in medicina e sanità.

Se, come abbiamo sinora visto, molteplici sono i fattori giustificativi della longevità da noi sommariamente elencati per ragioni di brevità, le conseguenze portano ad un dato inoppugnabile:

- l'aumento dell'età , se pur nella maggioranza dei casi accompagnata da un buono o discreto stato di salute, porta con sé l'aumento della non autosufficienza, diventata la prima emergenza sociale.

Limitandoci alla Lombardia le statistiche più attendibili (Istat – Censis – Assr) indicano che abbiamo fra 350/400.000 persone non autosufficienti, e fra questi, la stragrandissima maggioranza

riguarda gli anziani, in particolare evidenziano che la disabilità in forme più o meno gravi coinvolge almeno il 35% degli ultra ottantenni.

Diventa allora prioritario, (siamo già in ritardo), effettuare una programmazione socio-sanitaria assistenziale che tenga conto di queste ineludibili cifre considerandole peraltro non solo freddi ed asettici numeri ma vera e propria emergenza sociale che, ove non affrontata per tempo, rischia di travolgere tutta la società come la ricerca presentata illustra.

Esiste, ad esempio, una linea sempre più sottile, visti i costi, che può portare una famiglia da uno stato di relativo benessere alla indigenza o comunque alla relativa povertà in presenza di una improvvisa non autosufficienza; ciò significa, peraltro, sottoporre la stessa famiglia a tensioni indescrivibili considerando che, per diverse ragioni, è assai difficile incrementare il numero delle persone assistibili nelle RSA in Lombardia (oggi sono quasi 54.000). Occorre, allora, rendere meno onerosa la permanenza nelle stesse e contemporaneamente proporre soluzioni alternative, di tipo domiciliare che, anche loro, non possono prescindere dalla costituzione del fondo nazionale per la non autosufficienza. Un fondo la cui costituzione è attualmente all'esame del parlamento, ma che, pur riconoscendo l'apprezzabile sforzo dell'attuale governo nella volontà politica di realizzarlo, è dotato di risorse troppe scarse, tali da pregiudicare un suo discreto ed iniziale funzionamento.

Non è per nulla superfluo ricordare che, in questo caso, gli studi più attendibili parlano di una dote finanziaria di circa 4 miliardi di euro annui, ben lontani dalle cifre attualmente in discussione.

Siamo altresì convinti che la Regione Lombardia deve provvedere anch'essa alla costituzione di un suo fondo regionale che, attraverso le necessarie integrazioni, provveda alla copertura della parte non sanitaria del bisogno di cura e di assistenza, come richiesto ripetutamente da Cgil Cisl Uil della Lombardia.

Se si vuole per davvero tentare di trovare soluzioni a questo enorme problema, occorre passare dalle dichiarazioni di principio ai fatti concreti visibili, accertabili agendo contemporaneamente su più fronti, dalle RSA alla continuità assistenziale, dai voucher socio-sanitari all'assistenza domiciliare e dal potenziamento/sviluppo dei CDI al supporto formativo culturale e finanziario necessario per le badanti.

La diffusione di questa ricerca in tutta la Regione accompagnata dagli opportuni approfondimenti potrebbe aiutare una maggiore presa di coscienza collettiva che costringa finalmente i responsabili pubblici ai vari livelli, siano essi regionali o comunali, a proporre azioni concrete.

Tino Fumagalli

Segretario generale aggiunto Fnp Cisl Lombardia

OPERATORI SOCIO-SANITARI E ASSISTENZA

Nell'ambito del diritto alla salute ed all'assistenza universalmente riconosciuto, le RSA in particolare, assieme alle altre strutture sanitarie e sociali, sono deputate a garantire questo diritto alle persone anziane e con patologie che richiedono un intervento di tipo sanitario.

Accanto all'assistenza domiciliare integrata, strumento di primaria importanza per il supporto alle famiglie nella gestione di anziani con patologie, peraltro mai pienamente decollata in Lombardia e che necessiterebbe di un intervento più strutturale, non limitandosi al sostegno attraverso i Voucher socio sanitari, vi è quello dell'istituzionalizzazione per garantire cure e assistenza agli anziani in difficoltà.

L'allungamento dell'aspettativa di vita delle persone ha portato con sé una modifica della tradizionale domanda di risposta ai bisogni sanitari e assistenziali. Di questa, per così dire, rivoluzione della domanda le RSA costituiscono l'ambito di evidenza privilegiata. Oggi più dell'80% degli ospiti è costituito da persone non autosufficienti affette da gravi patologie. Situazione questa destinata in futuro ad aumentare in misura esponenziale, ponendo un serio problema di accoglienza e di qualità dell'assistenza.

Nell'ambito di questa appena delineata tendenza evolutiva del settore Socio-Sanitario-Assistenziale ed al fine di mantenere ed incrementare l'attuale livello di qualità del sistema, permane costantemente il bisogno di ricercare un punto di equilibrio tra diverse esigenze che apparentemente sembrano tra loro poco conciliabili: da una parte l'allargamento della partecipazione dei soggetti erogatori per far fronte al continuo aumento della domanda, come già avvenuto in Lombardia e ben evidenziato dalla ricerca, dall'altra l'inserimento di figure professionali prioritariamente deputate all'assistenza diretta, soprattutto infermieri e operatori socio sanitari. Tutto ciò senza sottovalutare la necessità di costruire un sistema sostenibile sia dal punto di vista finanziario che dal punto di vista del rapporto costi/benefici.

In questa ottica si pongono due ordini di problemi che dovrebbero essere affrontati in maniera più compiuta.

Il primo attiene alla necessità di adeguare le risorse complessive destinate al finanziamento del sistema socio sanitario integrato, attraverso un incremento delle risorse pubbliche oggi disponibili ed inferiori alle percentuali previste dall'apposito DPCM, come dimostrato dalla ricerca, così da consentire la qualificazione del sistema, anche attraverso un importante e significativo aggiornamento delle professionalità oggi presenti, senza gravare ulteriormente sulle famiglie attraverso un incremento della già onerosa partecipazione alla spesa.

Il secondo, altrettanto importante, riguarda l'individuazione del fabbisogno di personale, espresso per qualifica, occorrente per garantire una cura e un'assistenza adeguate.

A questo proposito occorre rilevare che il sistema regionale di osservazione dell'assistenza (SOSIA) ha imposto alle RSA la riclassificazione degli ospiti in 8 classi di fragilità, superando così i vecchi riferimenti NAP-NAT-ALZ, attribuendo a ciascuna classe una tariffa giornaliera a carico del fondo sanitario della regione.

Contemporaneamente i requisiti per l'accreditamento in materia di personale prevedono che la composizione dell'equipe professionale di assistenza e cura, sia variabile in rapporto ad autonome valutazioni gestionali ed in funzione delle effettive esigenze assistenziali degli ospiti identificate nel piano di assistenza individuale, superando così la vecchia e rigida disposizione che prevedeva la presenza giornaliera e l'erogazione di minuti di assistenza per paziente, differenziati per qualifiche professionali quali infermieri, asa, terapisti, educatori ecc.

In realtà questa nuova impostazione sembrerebbe in controtendenza rispetto alla necessità futura di un'assistenza sempre più intensivamente dedicata alla cura delle patologie della persona anziana. L'allungamento dell'aspettativa di vita delle persone, come già detto, porta con sé l'inevitabile aumento delle malattie cronico/degenerative e la conseguente necessità di nuove e più cariche misure di assistenza e di cura, siano esse prestate in assistenza domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali.

Forse, dopo l'allargamento dell'offerta di servizi e prestazioni, avvenuta in questi ultimi anni nell'ambito socio sanitario assistenziale lombardo, è opportuno riflettere più approfonditamente sul tema della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dal sistema, a cominciare dal personale preposto, coinvolto e ad esse dedicato.

Si pone conseguentemente così il problema di assicurare uno standard assistenziale e di cura più elevato dell'attuale con la presenza quotidiana obbligatoria e differenziata tra i diversi profili professionali, interdipendenti e complementari, di medici, infermieri, fisioterapisti, animatori educatori e asa, nell'ambito degli attuali minuti di assistenza settimanali da garantire per ogni paziente, almeno per gruppi di classe di fragilità.

L'introduzione della nuova qualifica dell'OSS (Operatore Socio Sanitario) va, in questo contesto, correlata alla necessaria fase di avvio e definizione di nuovi modelli assistenziali che prevedano una compiuta ed adeguata ripartizione delle competenze di ciascun profilo professionale coinvolto nei percorsi assistenziali, incrementando ulteriormente i livelli di assistenza oggi erogati.

In conclusione di questa breve riflessione, un ultimo accenno merita la questione contrattuale.

In un settore dove la risorsa umana impiegata è il fattore fondamentale attorno al quale ruota l'intero sistema relazionale di cura e di assistenza, la certezza delle condizioni di sicurezza,

giuridiche ed economiche, in cui operano i lavoratori, costituisce un fattore che concorre a motivare e quindi ad elevare la qualità delle prestazioni rese da parte degli stessi operatori.

E' perciò importante che tra i requisiti di accreditamento delle Rsa e più in generale delle diverse strutture, presenti nelle molteplici forme giuridiche, che operano nell'ambito dei servizi alla persona, sia prevista l'applicazione di un contratto collettivo nazionale di lavoro. Ancor più importante è operare per giungere ad un contratto di riferimento per l'intero settore che sappia tutelare in maniera efficace i diritti dei lavoratori. Ciò in ragione del fatto che occorre pervenire ad una necessaria armonizzazione dei diversi trattamenti normo/economici oggi applicati ai lavoratori operanti nell'ambito del settore socio-sanitario-assistenziale e dipendenti da aziende con personalità giuridica diversa, uniformando peraltro le regole che presiedono alla competitività tra i diversi soggetti erogatori, siano essi pubblici o privati.

Maurizio Malini

Segretario regionale Fps Cisl Lombardia

L'IMPEGNO DEL SINDACATO

Il costante aumento del numero degli anziani, nel nostro Paese, ha prodotto e produce una domanda crescente di servizi sanitari, prevalentemente dedicati alle forme di assistenza socio sanitaria con particolare accentuazione per quel che riguarda la non autosufficienza.

Una risposta a questo fenomeno attraverso una tradizionale politica dei “posti letto” quale soluzione residenziale assistita, si rivela sempre più costosa e incontra sempre meno consensi tra i soggetti interessati.

Ne consegue una situazione di permanente emergenza a cui le famiglie hanno tentato di rispondere fino ad ora con mezzi propri, attraverso ad esempio il ricorso in massa di badanti.

Oggi le famiglie per molteplici difficoltà, economiche ma non solo, non sono più in condizione di compensare, se non sostituire, il ruolo deputato al soggetto istituzionale.

Tutto ciò vale anche per la nostra regione.

La proposizione dell'assunto, secondo il quale l'attuazione dei diritti dei cittadini dipende dalle compatibilità economiche, ha prodotto scelte di spesa in ambito sociale, da parte dell'amministrazione, evidentemente inadeguate.

Non solo. Con l'unico obiettivo di ridurre al massimo i costi, gli Istituti ricorrono, in misura crescente, alla terziarizzazione dei servizi, spesso attraverso gare di appalto al massimo ribasso, la cui conseguenza è una perdita di qualità dei servizi stessi oltre che un depauperamento delle professionalità degli operatori coinvolti.

In questo contesto risulta prioritario e non derogabile l'impegno del sindacato per collegare il complesso e articolato universo dei Servizi alla persona a regole e comportamenti in grado di riconoscere e di affermare tanto la progettualità aziendale quanto la valorizzazione professionale degli operatori.

La depublicizzazione realizzatasi in questi anni e attivata dalle Regioni rende, se mai ce ne fosse bisogno, ancora più evidente il ruolo centrale delle stesse cui spetta la definizione delle politiche tariffarie, e dei Comuni che dovranno accreditare le strutture abilitate ad erogare servizi.

In tale contesto il contratto nazionale può e deve diventare uno strumento omogeneo utile alle pubbliche amministrazioni per definire le tariffe e gli accreditamenti nonché, introducendo strumenti di intervento paritetici, consentire di monitorare il settore, seguirne lo sviluppo ed assumere le iniziative formative e di riqualificazione utili a sostenere il livello qualitativo delle prestazioni.

LA RICERCA: PREMESSE GENERALI E DI METODO

La presente ricerca si articola in tre parti:

- la prima parte contiene il riepilogo generale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in Lombardia, aggiornato al luglio 2007, integrato dai dati relativi ai Centri Diurni Integrati, agli Istituti di Riabilitazione intra ed extra ospedaliera e alle prestazioni domiciliari, queste ultime rese nel 2006. Completa questa prima parte la descrizione sintetica della ricerca sulle strutture, sui servizi e sulle prestazioni della rete ospedaliera già pubblicata sul "Foglio Informativo n. 1-2007" della USR Lombardia,
- la seconda parte descrive l'assetto organizzativo del sistema dei servizi socio sanitari e sanitari considerati nella dimensione territoriale delle singole Aziende Sanitarie Locali
- la terza parte fotografa i servizi socio-sanitari (RSA, C.D.I., I.D.R.) così come sono organizzati nella dimensione distrettuale e, per le sole RSA, l'evoluzione che in termini di strutture e posti letto è avvenuta dal 1997 al 2007.

I criteri generali che presiedono alla elaborazione delle tabelle sono i seguenti:

- i dati relativi alla popolazione residente suddivisa per Comuni e per fasce di età sono di fonte ISTAT, aggiornati al 1 gennaio 2006,
- i dati relativi alle RSA in termini di dotazione di posti letto accreditati, di domande in liste di attesa e di rette in vigore sono quelli dichiarati e aggiornati dalle stesse RSA nel luglio 2007 e pubblicati nei siti Internet delle ASL,
- l'indicazione relativa alla dotazione programmatica dei posti in RSA fa riferimento allo standard di 7 posti letto ogni 100 abitanti di età superiore ai 75 anni, indicato dal Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2005,
- i dati relativi ai Centri Diurni Integrati e agli Istituti di Riabilitazione extra-ospedaliera sono pubblicati nel sito dell'Assessorato Regionale alla Famiglia e Solidarietà Sociale, aggiornati al mese di gennaio 2007,
- per quanto riguarda le strutture e i posti letto della riabilitazione intra-ospedaliera e per tutti i dati sulla rete ospedaliera la fonte è la pubblicazione della Direzione Generale dell'Assessorato Regionale alla Sanità: Dati ed Indicatori di attività ed efficienza delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali pubbliche e private della Regione Lombardia - Rilevazione delle attività gestionali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere - Anno 2005 - Flussi Informativi di cui al D.M. 23/12/1996. Il riferimento all'anno 2005 è obbligato in quanto è l'ultimo anno pubblicato e disponibile.

Ai fini della corretta lettura dei dati relativi allo standard di dotazione dei posti letto in RSA, nonchè alla carenze e alle eccedenze, occorre rilevare che:

- la popolazione presa in considerazione per determinare la dotazione dei posti letto in base allo standard del PSSR, è quella residente al 1 gennaio 2006 e non tiene conto del naturale incremento della popolazione, che negli ultimi 10 anni è stato del 6,61%, cioè lo 0,66% su base annua.
- in termini indicativi, incrementando dell'1% i dati sulla popolazione (0,66 : 12 x 18), lo standard di dotazione dei posti letto sarebbe di 57.972 in luogo dei 57.262 indicati nella colonna 5 della successiva Tab. 2, con una differenza di 4.152 posti letto, e non di 3.441, rispetto a quelli attivi al luglio 2007,
- i dati riportati per ogni ASL relativi alle risorse delle RSA quali derivanti dalle rette in vigore, per quanto corretti dal punto di vista matematico in base ai dati di base disponibili (numero degli ospiti e rette medie in vigore per ogni RSA e per tutte le RSA), sicuramente non lo sono nella realtà in quanto non si conosce la distribuzione degli ospiti rispetto alle rette in vigore. In merito ai contributi regionali e alla loro incidenza rispetto alla retta complessiva (indicata nel 45%), si precisa che si tratta di una stima che considera due fatti:

1. la sostanziale invarianza dei contributi regionali dal luglio 2003 ad oggi, salvo il marginale adeguamento dell'agosto 2005 per una quota che varia da 0,70 a 1,30 euro al giorno per ospite. Supposto che l'accordo del gennaio 2003 avesse realizzato l'obiettivo del 50% dei costi complessivi delle RSA a carico delle rette e del 50% a carico della Regione come indicato dal DPCM del 29 novembre 2001 sui LEA, il mancato adeguamento dei contributi regionali ha alterato tale equilibrio ponendo a carico delle rette pagate dagli ospiti i maggiori costi derivanti dal tasso di inflazione annuo pari a circa il 2% annuo per 3 anni.
2. che nel 2006 i contributi regionali integrativi delle rette RSA sono stati pari a 715.000.000 euro per un numero medio di 52.500 ospiti delle RSA, pari a 37,31 al giorno per persona. Considerato che nel 2006 la retta media a carico degli ospiti delle RSA è stata di circa 48,00 euro su una retta complessiva di 85,31 euro, significa che gli ospiti hanno pagato quasi il 56% della retta complessiva mentre la Regione solo il 44%.

Per il 2007, pur considerando i marginali effetti prodotti dall'adeguamento sopra richiamato e tenendo conto dell'aumento della retta media di circa 2,50 euro si può, con ragione, ritenere che le percentuali sopra indicate rimangano invariate. In ogni caso, nelle schede relative alle singole ASL, si assumono le percentuali del 55% della retta complessiva quale onere a carico degli assistiti nelle RSA e del 45% quale quota a carico della Regione.

- i dati relativi alla rete ospedaliera in rapporto a quelli della popolazione residente sono corretti in quanto i primi si riferiscono al 31 dicembre 2005 e i secondi al 1 gennaio 2006.

- lo standard di dotazione dei posti letto ospedalieri di cura, di riabilitazione e di Day Hospital, è definito dall'Intesa Stato - Regioni del 25 marzo 2005 in 4,5 posti letto ogni mille abitanti, quale obiettivo da realizzare entro la fine del 2007. Va notato che la Regione Lombardia, come indicato nella successiva Tab. 6, colonna 1, già alla fine del 2005 aveva realizzato questo obiettivo.

ELEMENTI DI CRITICITA' GENERALI

I dati riportati nelle tabelle della Prima parte consentono di rilevare, tra gli altri, i seguenti aspetti:

- la disorganicità che esiste tra la dimensione territoriale dei distretti e quella delle Comunità Montane,
- la disomogenea distribuzione territoriale della RSA e dei relativi posti letto nei diversi ambiti distrettuali che evidenzia l'assenza di RSA e di posti letto nel Distretto di Binasco della ASL Milano 2 e la sovra dotazione di 1.077 P.L. del Distretto Lomellina della ASL di Pavia,
- la prevalenza di RSA con meno di 100 posti letto (il 72% del totale) che hanno una capienza media di circa 59 P.L.,
- la natura giuridica delle RSA che assume ben 20 diverse tipologie, pur se la prevalenza è delle Fondazioni, considerando quelle semplici, oppure ONLUS pubbliche e religiose (322 su 603 = 53,40%),
- la eccessiva variabilità delle rette medie tra le diverse ASL (da 35,28 euro della Valcamonica a 71,32 euro di Milano Città) e tra le singole RSA (ASL di Milano 1, Distretto di Legnano: retta media giornaliera di 150 euro nella RSA Vitaresidence 4; ASL Valcamonica: retta media giornaliera di 29 euro nell'Ente per Anziani di Breno),
- la riduzione, dal 1997 al 2007, del 19,81% dei posti letto ospedalieri a cui ha fatto riscontro l'incremento del 47,90% dei posti letto nelle RSA,
- l'elevato numero delle domande in lista di attesa, pari al 51,14% dei posti letto attivi nelle RSA, tale da far ritenere che le RSA suppliscano ai vincoli e ai limiti posti alle strutture ospedaliere, oltre che alle debolezze, alle carenze e alle fragilità della rete dei servizi territoriali, siano essi sanitari che socio-sanitari,
- il modello di integrazione socio sanitaria attuato in Lombardia risulta essere diverso da quello indicato dalla legge regionale n. 31/1997 in particolare su due temi fondamentali:
 - dei rapporti tra settore sanitario e settore socio-sanitario, tra Regione - Comuni - ASL - Distretti - A.O, - RSA, tra strutture residenziali e prestazioni territoriali e domiciliari, tra servizi pubblici e servizi privati accreditati, tra rete formale delle prestazioni e rete informale quale rete "sussidiaria" ma essenziale per rispondere efficacemente alla domanda di

salute delle persone, in particolare delle fasce marginali e deboli della popolazione,

- della continuità assistenziale nella definizione che di essa ne dà l'art. 9 della L.R. n. 31 affermando essere compito del distretto garantire il diritto di accesso all'insieme dei servizi socio-sanitari e la continuità assistenziale nei diversi luoghi di trattamento, mentre nella prassi odierna con questa definizione si indicano, in termini riduttivi, solo i rapporti tra la medicina generale territoriale e la guardia medica,
- la non omogeneità delle prestazioni rese dalle RSA e finanziate con le rette pagate dagli ospiti, che pone l'esigenza di uniformare e vincolare la definizione delle rette a prestazioni omogenee.
- nella rete delle RSA, in base agli standard di accreditamento, gli operatori sanitari, socio-sanitari e sociali addetti all'assistenza diretta degli ospiti sono compresi tra 40.400 e 43.000 unità. E' escluso da questo calcolo il personale addetto ad altre funzioni: direzione, amministrazione, pulizia, manutenzione, cucina, ecc.
- la dimensione attuale della rete delle RSA sia in termini di persone che assiste, della natura del bisogno che queste persone esprimono in termini di domanda sanitaria, socio sanitaria e sociale, e che è sicuramente diversa e maggiore rispetto a quella di 10 anni fa, ma anche in termini di quantità e qualità degli operatori addetti all'assistenza diretta alla persona, pone problemi nuovi e urgenti che chiamano in causa la qualità e l'adeguatezza delle risposte e delle professionalità. Ciò vale per l'oggi ma ancor più per il futuro prossimo, tempo rispetto al quale la realtà socio culturale lombarda non può farsi trovare impreparata.

Parte prima

Riepilogo generale dei servizi sanitari e socio-sanitari per persone non autosufficienti in Lombardia

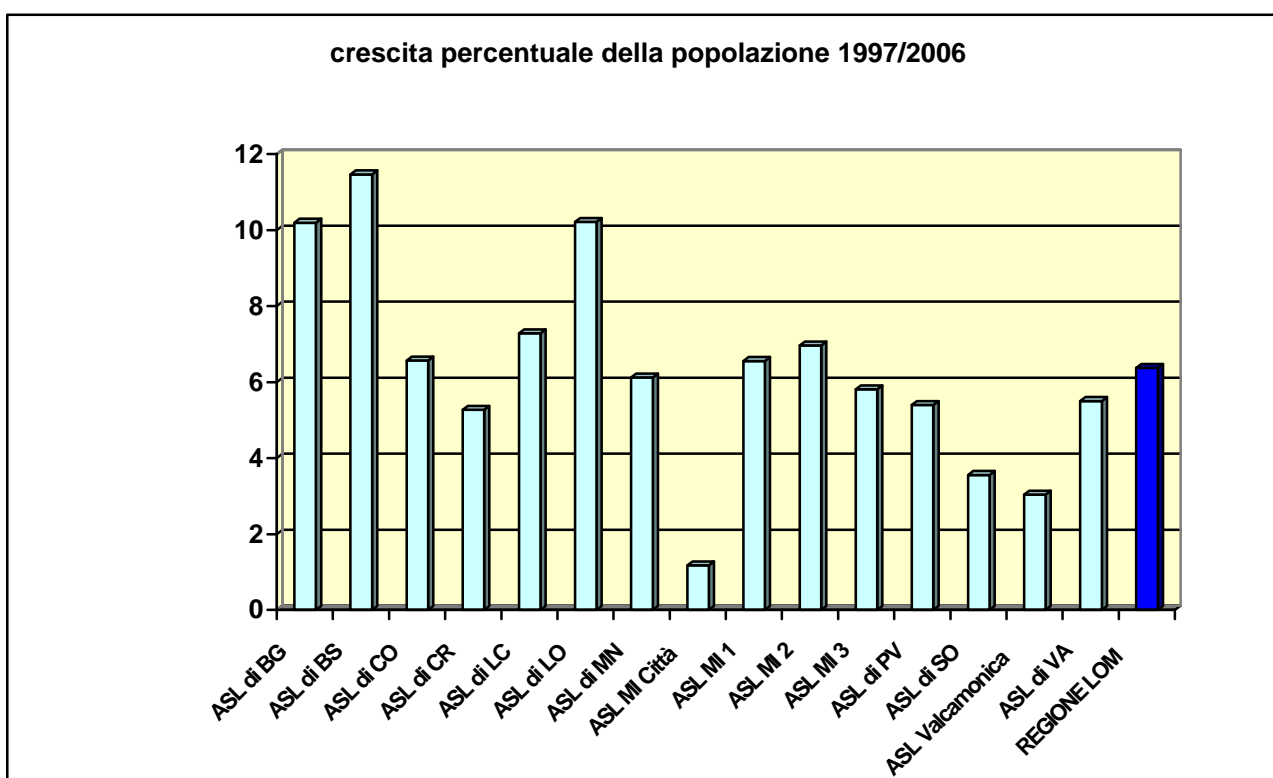
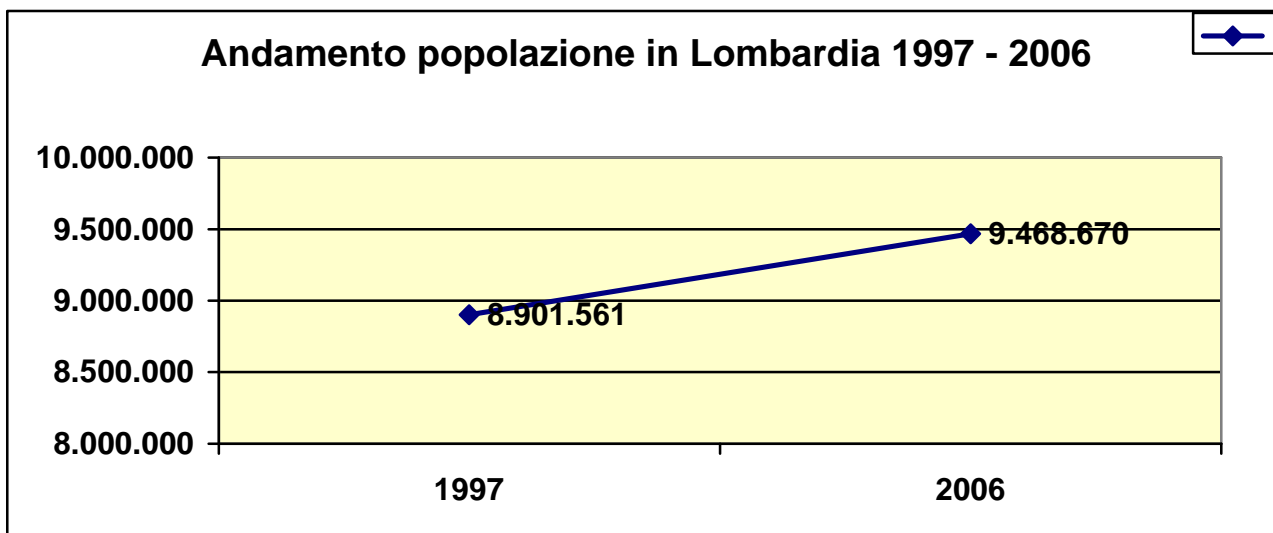
IL QUADRO GENERALE DEL SISTEMA DEI SERVIZI DELLA REGIONE LOMBARDIA

Le tabelle 1, 2, 3, 4, 5 e 6 forniscono l'immagine reale, aggiornata al mese di agosto 2007, della rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali accreditate comprensiva della dotazione di posti letto per anziani non autosufficienti, delle rette media poste a carico degli assistiti, nonché della rete dei Centri Diurni Integrati, degli Istituti di Riabilitazione extra-ospedaliera e dell'attività di riabilitazione intra-ospedaliera e delle prestazioni di assistenza domiciliare rese dalla Aziende Sanitarie Locali.

Al fine di offrire una immagine esaustiva e completa dei servizi e delle prestazioni di tutela della salute, le tabelle dalla 7 alla 14 riportano le trasformazioni intervenute dal 1997 alla fine del 2005 nella rete delle strutture e delle prestazioni sanitarie, in particolare nella dotazione dei posti letto ospedalieri delle strutture accreditate, nel numero delle persone che hanno fatto ricorso alle prestazioni sanitarie di degenza per acuti, di degenza per riabilitazione intra-ospedaliera, di Day Hospital e di Pronto Soccorso e nelle prestazioni specialistiche ambulatoriali rese dalle strutture accreditate e dal Pronto Soccorso.

Tab. 1 : ASL, Comuni, Comunità montane e popolazione 1997 - 2006

Aziende Sanitarie Locali	1 N° Comuni	2 Com. Mont.	3 N° Distr.	4 Popolazione 1997	5 Popolazione 2006	6 Pop. diff. 2006/1997	7 Diff. % 07/97
ASL di Bergamo	244	138	14	938.186	1.033.848	+ 95.662	+ 10,19
ASL di Brescia	164	58	12	972.182	1.083.635	+ 111.453	+ 11,46
ASL di Como	162	90	4	529.869	564.627	+ 34.758	+ 6,56
ASL di Cremona	115		3	330.946	348.370	+ 17.424	+ 5,26
ASL di Lecco	90	51	3	302.909	324.979	+ 22.070	+ 7,28
ASL di Lodi	62		3	199.163	219.515	+ 20.352	+ 10,21
ASL di Mantova	70		6	371.258	393.993	+ 22.735	+ 6,12
ASL Milano Città	1		5	1.293.813	1.308.981	+ 15.168	+ 1,17
ASL Milano 1	78		7	902.064	961.153	+ 59.089	+ 6,55
ASL Milano 2	46		7	505.011	540.189	+ 35.178	+ 6,96
ASL Milano 3	63		7	991.883	1.049.543	+57.660	+ 5,81
ASL di Pavia	190	45	3	489.354	515.726	+ 26.372	+ 5,39
ASL di Sondrio	78	78	5	170.935	177.001	+ 6.066	+ 3,55
ASL Valcamonica	42	41	1	95.797	98.702	+ 2.905	+ 3,03
ASL di Varese	141	57	12	804.191	848.408	+ 44.217	+ 5,50
TOTALI	1.546	558	92	8.901.561	9.468.670	+ 567.109	+ 6,37



Note Tab. 1: La colonna 1 indica il numero dei Comuni che costituiscono le ASL, la colonna 2 indica quanti dei Comuni appartengono anche ad una Comunità Montana e la colonna 3 indica il numero dei Distretti su cui è organizzata l'ASL e i Comuni. Le colonne 4 e 5 indicano il totale della popolazione delle ASL al 1 gennaio 1997 e al 1 gennaio 2006 e le colonne 6 e 7 le variazioni assolute e percentuali.

Nelle note alle tabelle relative alle singole ASL vengono evidenziate le uniformità o meno che esistono tra le aree distrettuali e le Comunità Montane e tra le Province e le ASL.

In questa Tabella, e in quelle analoghe delle singole ASL, si riportano i dati relativi alla popolazione complessiva e quella superiore ai 65 anni (colonna 5) e ai 75 anni (colonna 6). Ciò al fine di poter determinare sia l'incidenza delle prestazioni di assistenza domiciliare sulla popolazione con più di 65 anni, sia lo standard di dotazione dei posti letto per anziani non autosufficienti che è pari al 7% della popolazione con più di 75 anni.

Appare opportuno precisare che:

- le prestazioni di assistenza domiciliare, come illustrate nella successiva Tab. 5, sono correttamente rapportate alla popolazione con più di 65 anni di ogni singola ASL,
- lo standard di dotazione di Posti Letto per anziani non autosufficienti, di cui alla Tab. 2, è calcolato sul totale della popolazione lombarda con più di 75 anni e, pertanto, i dati della Tab. 2, Colonna 5, relativi alle singole ASL hanno valore puramente indicativo e servono al solo scopo di evidenziare la disomogenea distribuzione dei posti letto tra i diversi territori.

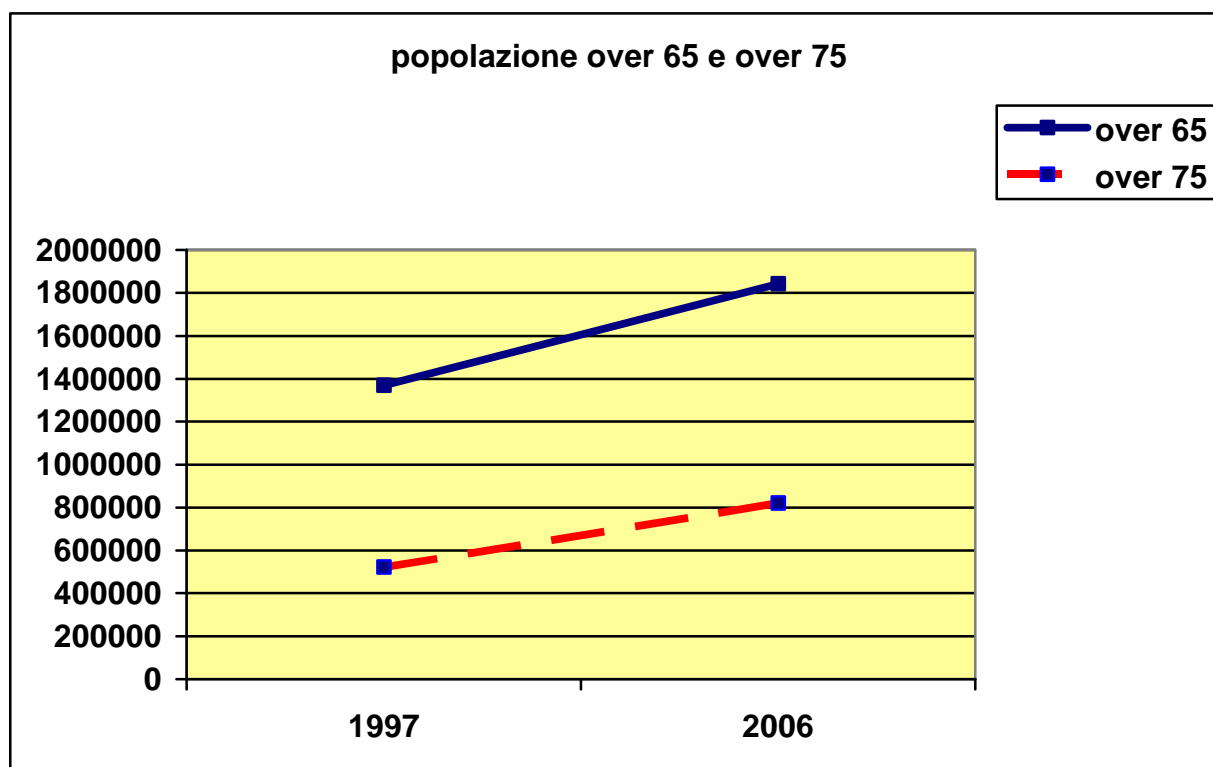
In base alla L.R. n. 31/1997 il criterio generale che presiede alla definizione del territorio delle ASL è la coincidenza con quello della Provincia fatto salvo che la Provincia di Milano, in ragione delle sue dimensioni, è suddivisa in 4 ASL, di cui una per la sola Città di Milano, che in Provincia di Brescia le ASL sono due in quanto la Valcamonica costituisce ASL autonoma rispetto a quella di Brescia e, infine, l'ASL di Lodi comprende, oltre ai Comuni della relativa Provincia, anche il Comune di S. Colombano al Lambro della Provincia di Milano.

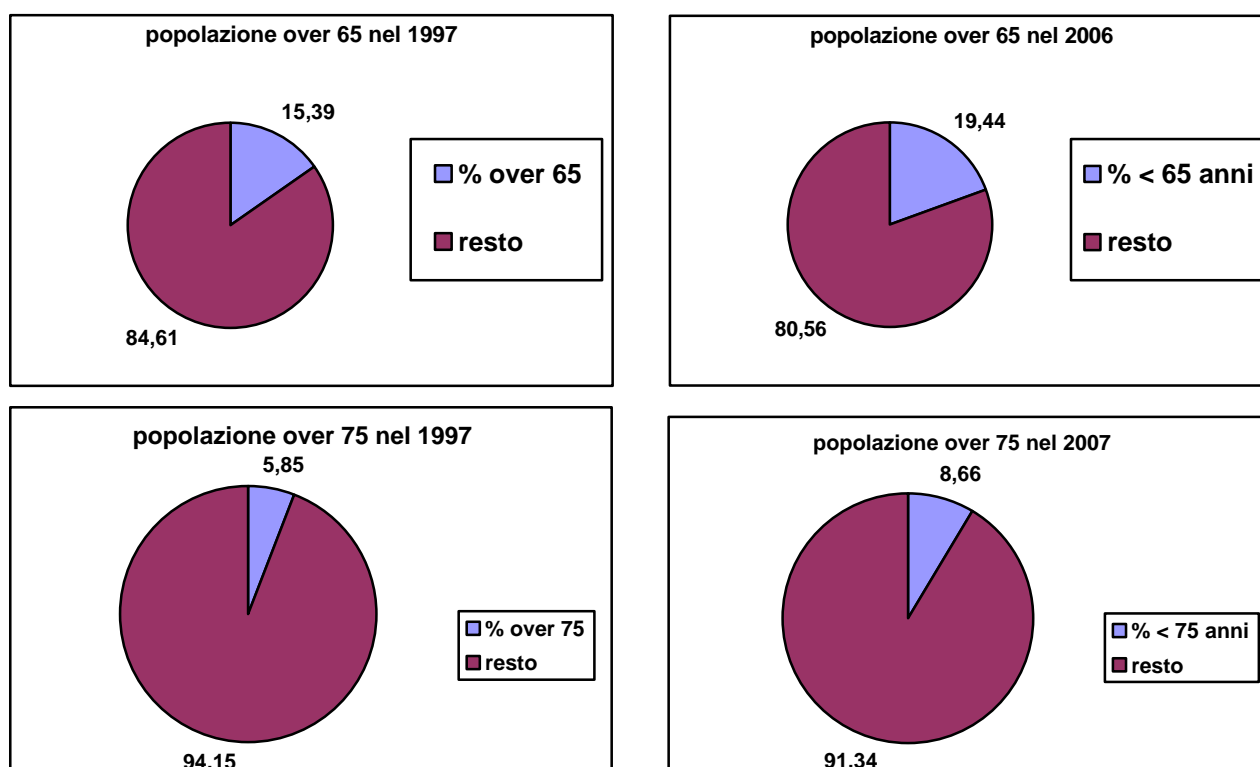
Tab. 1.1: popolazione con più di 65 anni. Raffronto 1997 - 2006

Aziende Sanitarie Locali	1 Popolazione + 65 anni anno 1997	2 % + 65 su totale Popol.	3 Popolazione + 65 anni anno 2006	4 % + 65 su totale Popol.	5 Differenza popolazione '06 su '97	6 Diff. % su totale Popol.	7 Incr. % + 65 '06/'97
ASL di Bergamo	125.640	13,39	176.073	17,03	+ 50.433	+ 3,64	+ 40,14
ASL di Brescia	140.925	14,49	193.095	17,81	+ 52.170	+ 3,32	+ 37,02
ASL di Como	80.115	15,12	107.397	19,02	+ 27.282	+ 3,90	+ 34,05
ASL di Cremona	59.061	17,84	74.820	21,47	+ 15.759	+ 3,63	+ 26,68
ASL di Lecco	45.073	14,88	61.349	18,87	+ 16.276	+ 3,99	+ 36,11
ASL di Lodi	30.827	15,47	41.370	18,84	+ 10.543	+ 3,37	+ 34,20
ASL di Mantova	71.039	19,13	85.529	21,70	+ 14.490	+ 2,57	+ 20,39
ASL Milano Città	253.531	19,59	306.896	23,44	+ 53.365	+ 3,85	+ 21,04
ASL Milano 1	140.723	15,60	169.208	17,60	+ 28.485	+ 2,00	+ 20,24
ASL Milano 2	60.078	11,89	88.824	16,44	+ 28.746	+ 4,55	+ 47,85
ASL Milano 3	144.229	14,54	198.339	18,89	+ 54.110	+ 4,35	+ 37,51
ASL di Pavia	97.886	20,00	118.754	23,02	+ 20.868	+ 3,02	+ 21,31
ASL di Sondrio	26.433	15,46	34.392	19,43	+ 7.959	+ 3,97	+ 30,11
ASL Valcamonica	14.496	15,13	18.187	18,42	+ 3.691	+ 3,29	+ 25,46
ASL di Varese	127.598	15,86	167.213	19,70	+ 39.615	+ 3,84	+ 31,04
TOTALI	1.369.966	15,39	1.841.446	19,44	+ 471.480	+ 4,05	+ 34,41

Tab. 1.2: popolazione con più di 75 anni. Raffronto 1997 - 2006

Aziende Sanitarie Locali	1 Popolazione + 75 anni anno 1997	2 % + 75 su totale Popol.	3 Popolazione + 75 anni anno 2006	4 % + 75 su totale Popol.	5 Differenza popolazione '06 su '97	6 Diff. % su totale Popol.	7 Incr. % + 75 '06/'97
ASL di Bergamo	45.670	4,87	76.858	7,43	+ 31.188	+ 2,56	+ 68,28
ASL di Brescia	51.844	5,33	87.292	8,05	+ 35.448	+ 2,72	+ 68,37
ASL di Como	31.354	5,91	48.456	8,58	+ 17.102	+ 2,67	+ 54,54
ASL di Cremona	22.047	6,66	35.222	10,11	+ 13.175	+ 3,45	+ 59,75
ASL di Lecco	17.013	5,61	27.720	8,52	+ 10.707	+ 2,91	+ 62,93
ASL di Lodi	11.288	5,67	18.312	8,34	+ 7.024	+ 2,67	+ 62,22
ASL di Mantova	28.635	7,71	41.797	10,60	+ 13.162	+ 2,89	+ 45,96
ASL Milano Città	101.320	7,83	144.522	11,04	+ 43.202	+ 3,21	+ 42,64
ASL Milano 1	59.625	6,60	69.469	7,22	+ 9.844	+ 0,62	+ 16,50
ASL Milano 2	21.934	4,34	33.849	6,26	+ 11.915	+ 1,92	+ 54,32
ASL Milano 3	54.068	5,45	81.764	7,70	+ 27.696	+ 2,25	+ 51,22
ASL di Pavia	39.515	8,07	56.489	10,95	+ 16.974	+ 2,88	+ 42,95
ASL di Sondrio	10.690	6,25	15.736	8,89	+ 5.046	+ 2,64	+ 47,20
ASL Valcamonica	5.470	5,70	8.099	8,20	+ 2.629	+ 2,50	+ 48,06
ASL di Varese	48.680	6,05	74.519	8,78	+ 25.839	+ 2,73	+ 53,08
TOTALI	520.489	5,85	820.104	8,66	+ 299.615	+ 2,81	+ 57,56

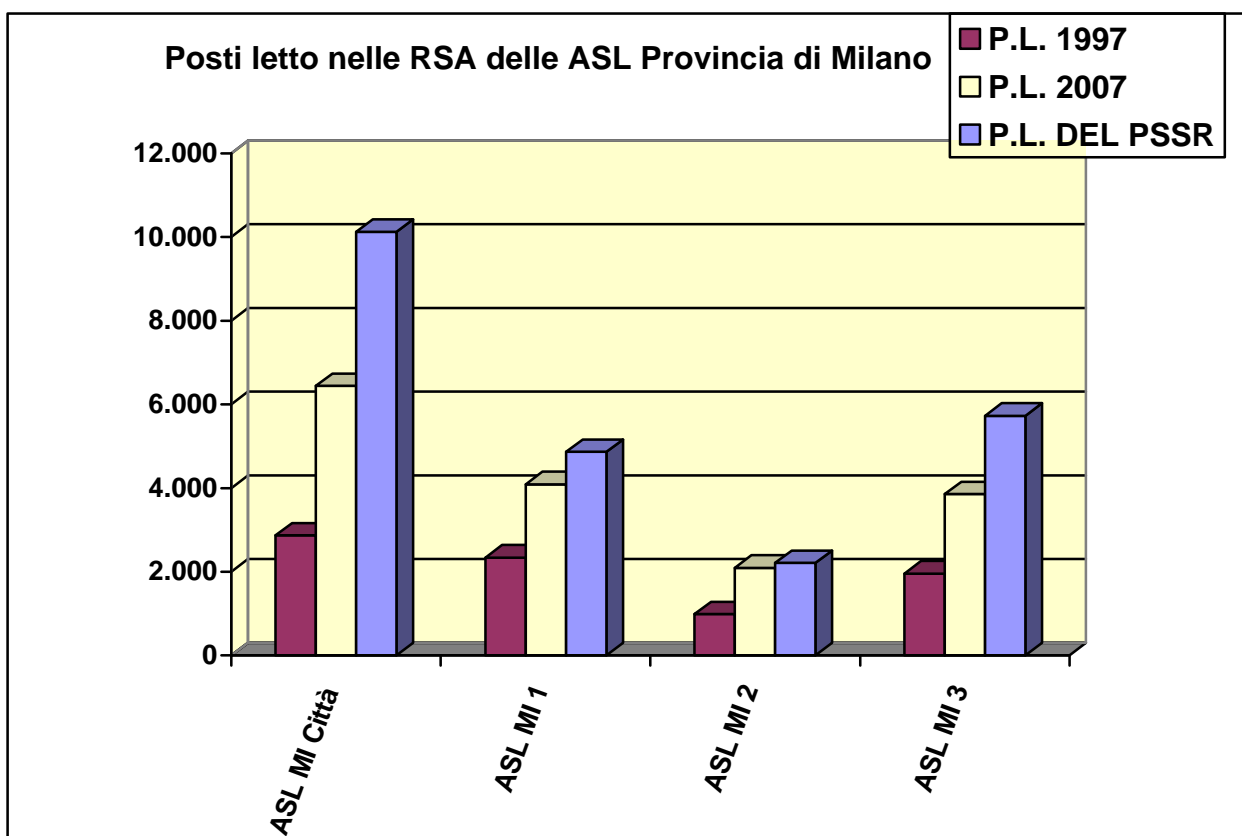
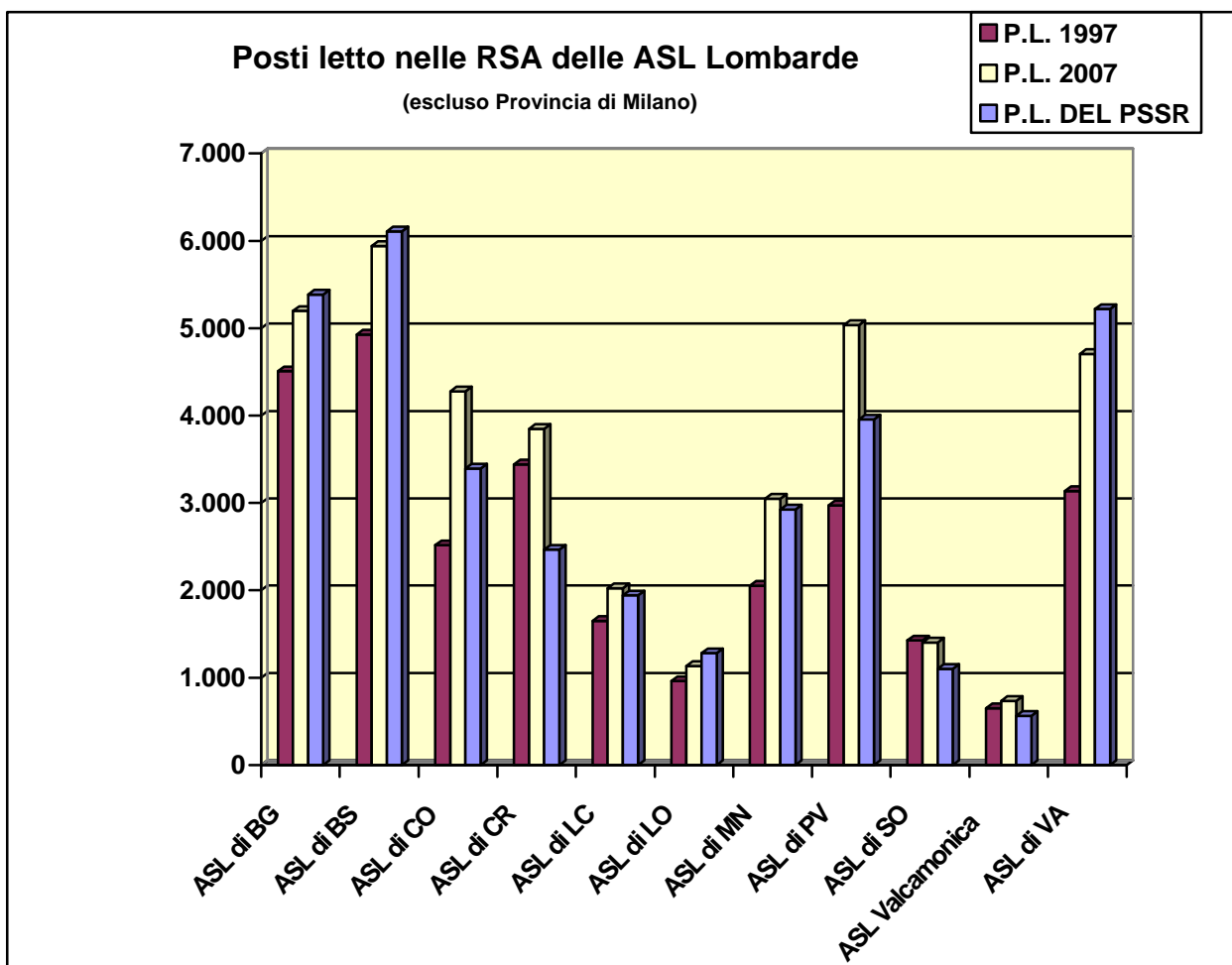




Note Tab. 1.1 e 1.2: queste due tabelle consentono il raffronto tra la popolazione delle fasce di età considerate degli anni 1997 e 2006 con quella totale delle singole ASL e della Regione evidenzia le variazioni intervenute. le colonne 1 e 3 indicano la popolazione con più di 65 anni e 75 anni. Le colonne 2 e 4 l'incidenza percentuale rispetto alla popolazione totale. La colonna 5 indica la differenza assoluta tra le colonne 1 e 3 mentre la colonna 6 indica la differenza in termini percentuali. La colonna 7 indica il tasso di crescita della popolazione con più di 65 anni e 75 anni che si registra nel 2006 rispetto al 1997.

Tab. 2: posti letto nelle RSA delle ASL lombarde

Aziende sanitarie Locali	1 RSA 1997	2 RSA 2007	3 P.L. 1997	4 P.L. 2007	5 P.L. PSSR	6 Diff. +/-	7 Lista attesa
ASL di Bergamo	55	58	4.508	5.196	5.382	- 186	2.278
ASL di Brescia	76	84	4.927	5.940	6.109	- 169	5.508
ASL di Como	36	52	2.518	4.278	3.393	+ 885	1.737
ASL di Cremona	28	29	3.441	3.845	2.467	+ 1.378	2.104
ASL di Lecco	22	25	1.649	2.022	1.941	+ 81	206 + ?
ASL di Lodi	12	13	963	1.134	1.282	- 148	2.182
ASL di Mantova	34	43	2.053	3.050	2.927	+ 123	2.597
ASL Milano Città	12	45	2.862	6.434	10.117	- 3.683	112 + ?
ASL Milano 1	28	44	2.341	4.091	4.866	- 775	1.953
ASL Milano 2	8	15	988	2.093	2.209	- 116	527
ASL Milano 3	23	41	1.960	3.859	5.725	- 1.866	1.803
ASL di Pavia	46	73	2.972	5.034	3.956	+ 1.078	2.233
ASL di Sondrio	19	19	1.427	1.402	1.103	+ 299	1.701
ASL Valcamonica	13	13	652	737	567	+ 170	402
ASL di Varese	36	49	3.135	4.706	5.218	- 512	2.184
TOTALI	448	603	36.396	53.821	57.262	- 3.441	27.525 + ?



Nota Tab. 2: questa tabella riassume l'evoluzione delle RSA e dei Posti Letto dal 1 gennaio 1997 al 30 luglio 2007. Va rilevato che i totali delle colonne 3 e 4 comprendono anche i Nuclei Alzheimer rispettivamente per 415 e 1.454 posti letto. Dalla Tabella emerge che:

- il numero delle RSA è aumentato di 155 unità, pari al 34,59% in più rispetto al 1997 (differenza tra colonna 2 e colonna 1),
- i posti letto sono aumentati di 17.425, pari al 47,87% in più rispetto al 1997 (differenza tra colonna 4 e colonna 3),
- mancano ancora 3.441 posti letto (colonna 6) al raggiungimento dello standard programmatico indicato dal PSSR 2002-2005 (colonna 5)
- le persone che risultano essere iscritte alle liste di attesa (colonna 7) al 30 luglio 2007 sono 27.525, pari al 51,14% dei posti letto totali, a cui si devono aggiungere quelle delle RSA di Lecco e di Milano Città, le quali pur affermando l'esistenza di domande nella Lista di Attesa non né indicano la quantità.
- il forte incremento dei posti letto e l'elevato numero delle persone in lista di attesa che questa tabella pone in evidenza una serie di temi che devono essere affrontati con carattere di priorità:
 1. la validità o meno del modello di integrazione tra settore sanitario e settore socio sanitario,
 2. l'adeguatezza o meno delle politiche a sostegno della famiglia,
 3. se esiste e quale è il rapporto tra posti letto in RSA, liste di attesa e attività di assistenza domiciliare,
 4. il grado di credibilità che hanno le liste di attesa considerato che sono gestite dalle singole RSA e che possono contenere persone iscritte, se non già inserite in altra RSA o anche decedute.

Tutto ciò appare importante soprattutto in riferimento al prevedibile prossimo raggiungimento dello standard del 7% e alla necessità di verificare la congruità di questo standard con le reali esigenze della popolazione anziana della Lombardia.

Tab. 3: la natura giuridica delle RSA lombarde

ASL	Natura giuridica della R.S.A.													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
ASL di Bergamo	16	15	1	2	1			17	1		1		2	2
ASL di Brescia	46	4		1	1			13		2	2		10	5
ASL di Como	14	9	3	1	4	2	1	3			11		2	2
ASL di Cremona	18	1		1				3	1	3			1	1
ASL di Lecco	9	1	1					2	5	1	2		2	2
ASL di Lodi	5	2		1		1		1		2			1	
ASL di Mantova	14	1	1	2	1	1	2	8	2	5	2		4	
ASL Milano Città	3	2	3	1		3	2	3	3	3	18		3	1
ASL Milano 1	10			2	1	5	2	2	4	2	4	1	6	5
ASL Milano 2	4			2		1			1	1	5		1	
ASL Milano 3	10	1	3	2	2	2	5	1	4	3	5	1	1	1
ASL di Pavia	14	3		6	3	1	4	16	2	3	12		7	2
ASL di Sondrio	9	4		1				1					4	
ASL Valcamonica	7							3					3	
ASL di Varese	15	7	2	1		2	3	5	1	1	8			4
TOTALI	194	50	14	23	13	18	19	78	24	26	70	2	47	25

Note Tab. 3: sulla base dei dati disponibili le RSA sono classificate, al mese di luglio 2007, secondo le seguenti diverse nature giuridiche:

colonna 1: Fondazioni Onlus	(Onlus F.)
colonna 2: Fondazioni religiose Onlus	(Onlus R.)
colonna 3: Associazioni Onlus	(Onlus As.)

In questa definizione sono comprese 3 RSA con natura giuridica di Associazione non Onlus.

colonna 4: Cooperative sociali Onlus	(Onlus Cs.)
colonna 5: Cooperative Onlus	(Onlus Cp.)
colonna 6: Cooperative sociali	(Coop. So.)
colonna 7: cooperative	(Coop.)
colonna 8: Fondazioni	(Fond.)
colonna 9: RSA Religiose	(Relig.)
colonna 10: Azienda Servizi alla Persona	(ASP)

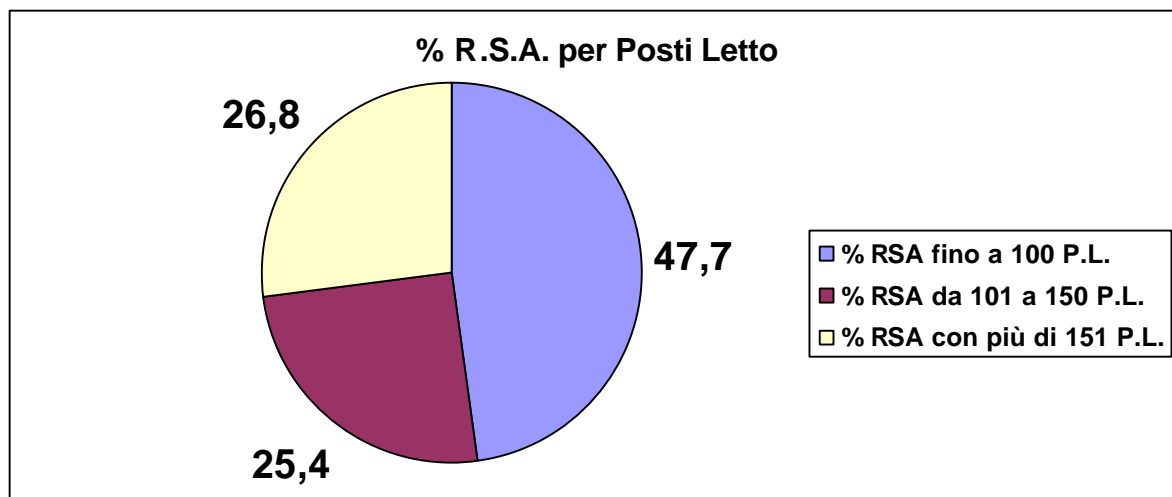
Con questa definizione si indicano le strutture gestite dalle ASP e non il numero delle stesse che a livello regionale, a seguito della L.R. di riordino delle IPAB del 2003, sono 14.

colonna 11: Società Commerciali	(Soc. Com.)
colonna 12: RSA Gestione ASL	(ASL)
colonna 13: RSA Gestione Comunale	(Comuni)
colonna 14: Altre forme di gestione.....	(Altro)

Sono compresi: Consorzi Intercomunali, Enti Morali di diritto privato, Aziende Speciali Comunali, Ditte individuali, Enti Privati senza scopo di lucro.

Tab. 4: Classi di ampiezza per Posti Letto delle RSA Lombarde

ASL	RSA fino a 100 P.L.				da 101 a 150 P.L.				con più di 151 P.L.			
	1		2		3		4		5		6	
	Strutture		Posti letto		Strutture		Posti letto		Strutture		Posti letto	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
ASL di Bergamo	45	77,6	2.757	53,1	6	10,4	813	15,7	7	12,1	1.626	31,3
ASL di Brescia	69	82,1	3.933	66,1	10	11,9	1.190	20,2	5	5,9	817	13,7
ASL di Como	39	75,0	2.319	54,2	9	17,3	1.191	27,8	4	7,7	768	18,0
ASL di Cremona	15	51,7	913	23,7	6	20,7	736	19,1	8	27,6	2.196	51,1
ASL di Lecco	19	76,0	875	43,3	3	12,0	346	17,1	3	12,0	801	39,6
ASL di Lodi	10	76,9	610	53,7	2	15,4	265	23,4	1	7,7	259	22,9
ASL di Mantova	34	79,1	1.807	59,2	7	16,3	847	27,8	2	4,7	396	13,0
ASL Milano Città	22	48,9	1.562	24,3	15	33,3	1.994	31,0	8	17,8	2.878	44,7
ASL Milano 1	32	72,7	2.107	51,5	9	20,4	1.090	26,6	3	6,8	894	21,9
ASL Milano 2	7	46,7	476	22,7	4	26,7	567	27,1	4	26,7	1.050	50,2
ASL Milano 3	25	61,0	1.737	45,0	14	34,1	1.755	45,5	2	4,9	367	9,6
ASL di Pavia	60	82,2	3.172	63,0	10	13,7	1.156	23,0	3	4,10	706	14,0
ASL di Sondrio	13	68,4	677	48,3	5	26,3	570	40,6	1	5,3	155	11,1
ASL Valcamonica	13	100	737	100								
ASL di Varese	33	67,3	2.007	42,6	10	20,4	1.154	24,5	6	12,3	1.545	32,8
TOTALI	436	72,3	25.689	47,7	110	18,2	13.674	25,4	57	9,5	14.458	26,8



Note Tab. 4: la tabella evidenzia una rete molto articolata sul territorio costituita in gran parte da strutture di piccole dimensioni che non solo hanno difficoltà nell'assicurare il rispetto degli standard di accreditamento, ma non riescono a praticare politiche di economia di scala con la conseguenza di scaricare sulle rette i maggiori costi.

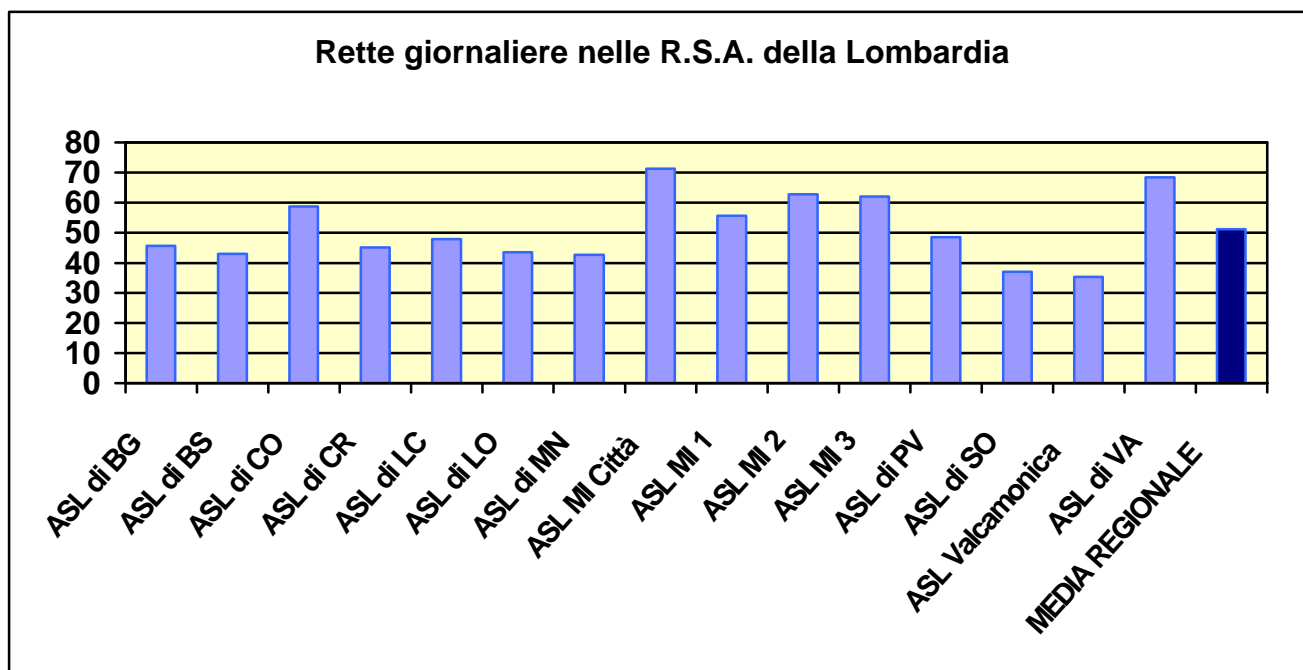
Disaggregando ulteriormente i dati riportati in tabella la frammentazione della rete appare ancora più evidente:

- fino a 30 P.L.: 41 RSA con 966 P.L.
- Da 31 a 50 P.L.:118 RSA con 4.876 P.L.
- Da 51 a 75 P.L.:185 RSA con 11.708 P.L.
- Da 76 a 100 P.L.:92 RSA con 8.119 P.L.
- Da 101 a 125 P.L.:67 RSA con 7.581 P.L.
- Da 126 a 150 P.L.:43 RSA con 6.093 P.L.
- Da 151 a 200 P.L.:21 RSA con 3.657 P.L.
- Da 201 a 300 P.L.:24 RSA con 5.821 P.L.
- Oltre 301 P.L.:12 RSA con 4.980 P.L.

Questa rete delle RSA così articolata in base agli standard regionali di accreditamento, operano tra le 40.400 e le 43.000 (0,75-0,80 operatori per posto letto) figure professionali di assistenza diretta alla persona escluso, quindi, il personale addetto alle altre funzioni: direzione, amministrazione, pulizia, cucina, manutenzione, ecc.

Tab. 5: le rette giornaliere in vigore nelle RSA delle ASL lombarde

ASL	1		ASL	2	
	Retta 2007 Min - Max	Retta media		Retta 2007 Min - Max	Retta media
ASL di Bergamo	42,67 - 48,60	45,64	ASL Milano 1	50,27 - 61,03	55,65
ASL di Brescia	40,12 - 45,94	43,02	ASL Milano 2	58,86 - 66,82	62,84
ASL di Como	52,14 - 65,26	58,70	ASL Milano 3	56,14 - 68,01	62,07
ASL di Cremona	44,17 - 46,04	45,10	ASL di Pavia	45,20 - 51,93	48,56
ASL di Lecco	44,98 - 50,80	47,89	ASL di Sondrio	34,29 - 39,55	36,92
ASL di Lodi	41,00 - 46,02	43,51	ASL Valcamonica	33,28 - 37,29	35,28
ASL di Mantova	41,32 - 44,25	42,74	ASL di Varese	61,80 - 74,97	68,38
ASL Milano Città	65,42 - 77,22	71,32			
Retta 2007 Minimo - Massimo		47,44 - 54,91	Retta giornaliera media		51,17



Note Tab. 5: Le rette giornaliere indicate sono quelle poste a carico degli assistiti e assicurano le prestazioni indicate dalla RSA come prestazioni di base. In molte RSA oltre a questa retta vi sono altre prestazioni che sono pagate al momento della loro fruizione (barbiere/parrucchiere, dentista, podologo, ecc)

Rispetto a questi dati tre avvertenze sono necessarie:

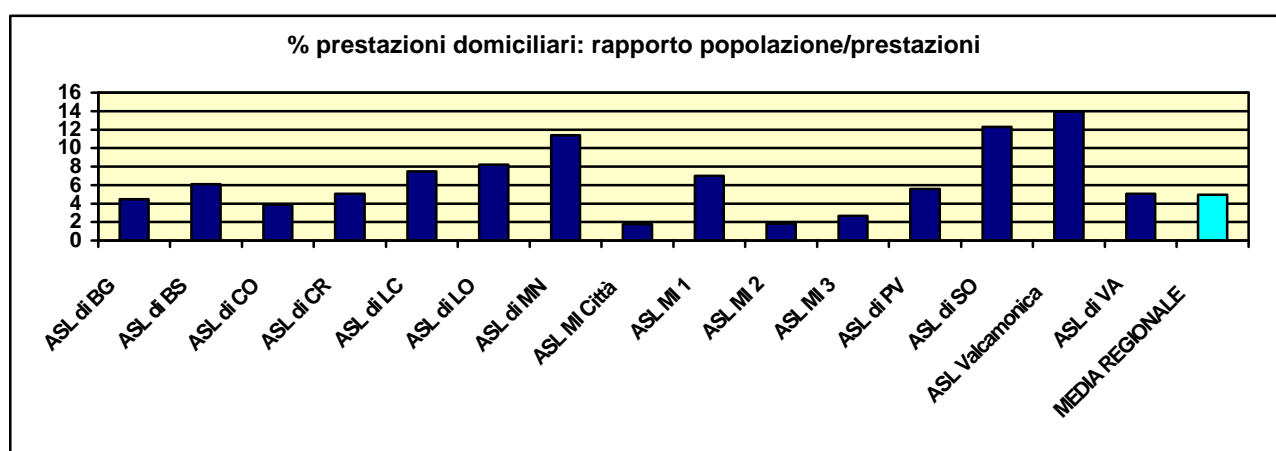
- che si tratta di rette medie in vigore nelle singole ASL quali ricavate dai calcoli matematici sui dati delle singole RSA
- che non si conosce il numero degli ospiti delle RSA che beneficiano della retta minima e di quella massima,
- che le rette non comprendono le stesse prestazioni e pertanto non sono facilmente comparabili. Si evidenzia qui la necessità di pervenire alla definizione di una base omogenea di prestazioni rese della RSA e su tale base indicare la retta praticata.

Tenendo presenti queste avvertenze si può calcolare, con buona approssimazione alla realtà, in 1.005.217.000 euro la somma che complessivamente pagano gli assistiti nelle RSA nel 2007 (retta media 51,17 x 53.821 assistiti x 365 giorni).

Al momento in cui si scrivono queste note non è dato conoscere l'entità complessiva delle risorse della Regione per l'anno 2007 e pertanto non è possibile calcolare l'incidenza delle rette pagate dagli ospiti delle RSA e delle risorse regionali sulla rette complessiva.

Tab. 6: CDI, IDR e prestazioni domiciliari

ASL	1 C. D. I.		2 I.D.R. Extra-Osp		3 I. D. R. Intra-Osp.		4 Prestazioni domiciliari 2006	5 Popolazione + 65 anni 2006	6 Rapporto popolazione prestazioni
	Num.	Posti	Num.	Posti	Num.	Posti			
ASL di Bergamo	25	443	11	368	17	498	7.890	176.063	4,48%
ASL di Brescia	42	760	8	463	14	749	11.781	193.095	6,10%
ASL di Como	12	293	2	30	8	455	4.165	107.397	3,87%
ASL di Cremona	19	425	9	667	5	215	3.788	74.820	5,06%
ASL di Lecco	4	97	5	197	5	279	4.598	61.349	7,49%
ASL di Lodi	5	112	2	248	2	70	3.404	41.370	8,22%
ASL di Mantova	16	232	7	162	6	271	9.766	85.529	11,41%
ASL Milano Città	21	506	15	795	18	1.136	5.401	306.896	1,76%
ASL Milano 1	17	457	5	786	7	351	11.872	169.208	7,01%
ASL Milano 2	6	137	3	434	5	149	1.625	88.824	1,83%
ASL Milano 3	18	489	4		8	384	5.325	198.339	2,68%
ASL di Pavia	20	404	3	330	14	636	6.614	118.754	5,56%
ASL di Sondrio	4	71			4	203	4.232	34.392	12,31%
ASL Valcamonica	8	107					2.541	18.187	13,97%
ASL di Varese	11	233	7	227	12	559	8.468	167.213	5,06%
TOTALI	228	4.766	81	4.707	125	5.955	91.490	1.841.436	4,96%



Note Tab. 6: La Tabella 6 nella colonna 1 riporta l'attuale situazione dei Centri Diurni Integrati, mentre le colonne 4, 5 e 6 illustrano le attività di assistenza domiciliari del 2006. La rete dei servizi e delle strutture di assistenza agli anziani è costituita anche dalla attività territoriali e da quelle di riabilitazioni riportate in questa tabella.

I dati riportati nelle colonne 1 e 2, relativi ai Centri Diurni Integrati, sono del gennaio 2007 e sono pubblicati nel sito Internet dell'Assessorato Regionale alla Famiglia. Queste strutture assieme alle attività indicate nelle colonne 4, 5 e 6 sono parte essenziale della rete delle prestazioni e delle strutture territoriali socio sanitarie, a cui si aggiungono quelle sociali, indicate dai Piani di Zona, e gestite dai Comuni singoli o associati.

I dati della colonna 3 sono relativi ai posti letto di riabilitazione presenti nella rete ospedaliera pubblica e privata accreditata e sono riferiti al consuntivo 2005. Queste non sono attività territoriali in quanto sono rese da strutture intra ed extra-ospedaliere

e sono riportate solo in quanto la riabilitazione è una attività essenzialmente socio sanitaria, come tale collegata all'attività socio sanitaria della RSA. La colonna 4 riporta il numero delle prestazioni di assistenza domiciliare rese nel 2006 agli persone in stato di bisogno con più di 65 anni e la colonna 6 indica l'incidenza percentuale di queste prestazioni sulla popolazione interessata, indicata nella colonna 5.

Considerate le grandi differenze che si registrano tra le diverse ASL, che come indicato nella colonna 6 vanno dall'1,76% di Milano Città al 13,97% della Valcamonica, appare essenziale una approfondita verifica del sistema delle prestazioni domiciliari nelle singole ASL non essendo in alcun modo giustificabili tali grandi differenze.

Tab. 7: dotazione posti letto ospedalieri nelle ASL lombarde

Posti letto ospedalieri	1 P.L./Abit. 2005	2 Anno 1997	3 Anno 2005	4 Totale 2005 su 1997	5 Percentuale 2005 su 1997
ASL di Bergamo	3,78%°	5.021	3.914	- 1.107	- 22,04
ASL di Brescia	4,58%°	6.832	4.972	- 1.860	- 27,22
ASL di Como	3,77%°	2.476	2.134	- 342	- 13,81
ASL di Cremona	4,55%°	2.175	1.587	- 588	- 27,03
ASL di Lecco	4,20%°	1.671	1.368	- 303	- 18,13
ASL di Lodi	3,31%°	957	728	- 229	- 23,92
ASL di Mantova	3,74%°	1.805	1.477	- 328	- 18,17
ASL Milano Città	7,33%°	10.814	9.597	- 1.217	- 11,25
ASL Milano 1	2,64%°	3.589	2.541	- 1.048	- 29,20
ASL Milano 2	2,81%°	1.684	1.519	- 165	- 9,79
ASL Milano 3	2,70%°	3.699	2.835	- 864	- 23,35
ASL di Pavia	6,75%°	3.989	3.484	- 505	- 12,65
ASL di Sondrio	5,84%°	1.423	1.035	- 388	- 27,26
ASL Valcamonica	3,40%°	424	336	- 88	- 20,75
ASL di Varese	4,03%°	4.512	3.422	- 1.090	- 24,15
TOTALI	4,32%°	51.071	40.949	- 10.122	- 19,81

Note Tab. 7: i posti letto considerati in questa tabella sono quelli per acuti, di riabilitazione e di Day Hospital attivi nelle strutture pubbliche e private accreditate e sono gli stessi utilizzati per determinare, in rapporto alla popolazione residente, lo standard di dotazione dei posti letto.

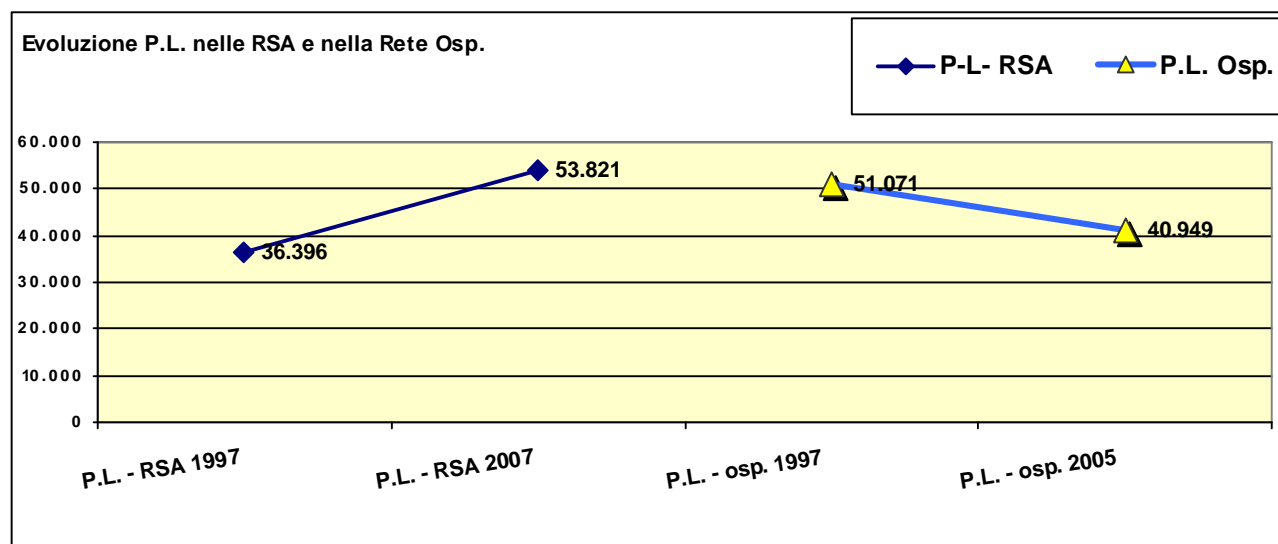
Dal 1997 al 2005 le strutture della rete ospedaliera hanno perso circa il 20% dei posti letto. In realtà la riduzione dei posti letto ha interessato esclusivamente le strutture pubbliche in quanto le strutture private hanno mantenuto lo stesso numero di posti letto aumentando la loro incidenza percentuale del 9% nel periodo considerato.

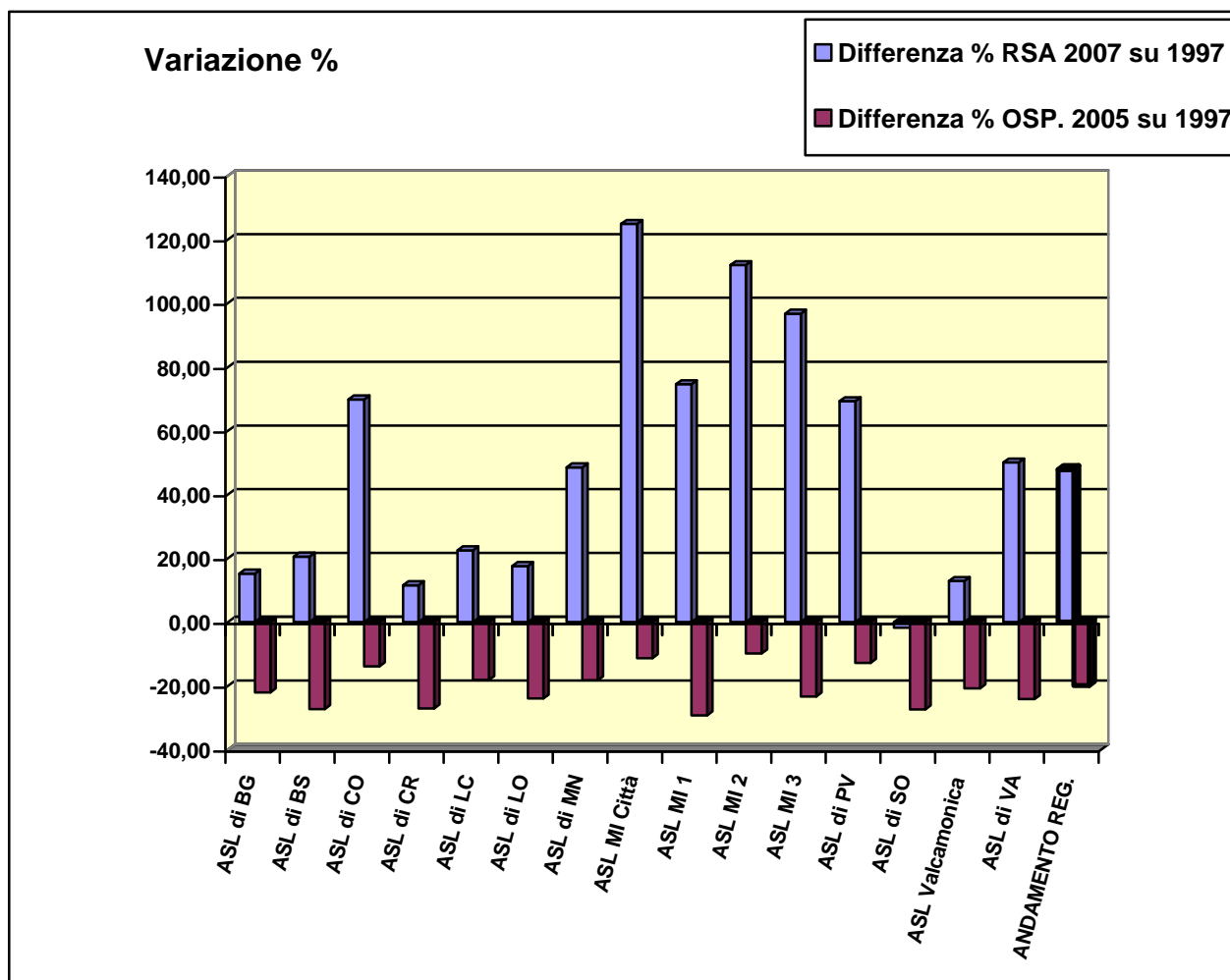
L'Intesa Stato Regioni del 25 Marzo 2005 stabilisce che lo standard di dotazione dei posti letto deve essere di 4,5 posti letto per mille abitanti entro la fine del 2007. La tabella dimostra che già alla fine del 2005, in Lombardia, questo standard era stato raggiunto e superato.

La riduzione del numero dei posti letto ha comportato la riduzione del numero dei degenzi e la riduzione delle giornate di degenza come evidenziato nella Tabella 7.

Tab. 8: evoluzione dei Posti letto in RSA e nella rete ospedaliera

ASL	1 P. L. RSA 1997	2 P. L. RSA 2007	3 Differenza RSA 2007 su 1997		4 P.L. Osp. 1997	5 P.L. Osp. 2005	6 Differenza Osp. 2005 su 1997	
			Totale	%			Totale	%
ASL di Bergamo	4.508	5.196	+ 688	+ 15,3	5.021	3.914	- 1.107	- 22,0
ASL di Brescia	4.927	5.940	+ 1.013	+ 20,6	6.832	4.972	- 1.860	- 27,2
ASL di Como	2.518	4.278	+ 1.760	+ 69,9	2.476	2.134	- 342	- 13,8
ASL di Cremona	3.441	3.845	+ 404	+ 11,7	2.175	1.587	- 588	- 27,0
ASL di Lecco	1.649	2.022	+ 373	+ 22,6	1.671	1.368	- 303	-18,1
ASL di Lodi	963	1.134	+ 171	+ 17,7	957	728	- 229	- 23,9
ASL di Mantova	2.053	3.050	+ 997	+ 48,6	1.805	1.477	- 328	- 18,2
ASL Milano Città	2.862	6.434	+ 3.572	+ 125,0	10.814	9.597	- 1.217	- 11,3
ASL Milano 1	2.341	4.091	+ 1.750	+ 74,7	3.589	2.541	- 1.048	- 29,2
ASL Milano 2	988	2.093	+ 1.105	+ 112,0	1.684	1.519	- 165	- 9,80
ASL Milano 3	1.960	3.859	+ 1.899	+ 96,8	3.699	3.989	- 864	-23,3
ASL di Pavia	2.972	5.034	+ 2.062	+ 69,4	2.835	3.484	- 505	- 12,7
ASL di Sondrio	1.427	1.402	- 25	- 1,75	1.423	1.035	- 388	- 27,3
ASL Valcamonica	652	737	+ 85	+ 13,0	424	336	- 88	- 20,7
ASL di Varese	3.135	4.706	+ 1.571	+ 50,1	4.512	3.422	- 1.090	- 24,1
TOTALI	36.396	53.821	+ 17.425	+ 47,9	51.071	40.949	- 10.122	- 19,8





Note Tab. 8: questa tabella evidenzia l'evoluzione dei posti letto in RSA e nella rete ospedaliera nelle singole ASL e nella dimensione regionale.

Per quanto possa apparire improprio il raffronto tra il sistema socio sanitario, a cui appartengono le RSA, e il sistema sanitario, a cui appartengono gli ospedali, si può rilevare che a fronte di una riduzione di 10.122 posti letto ospedalieri si registra un incremento di 17.425 posti letto nelle RSA e che, in termini di dotazione di posti letto, la rete RSA è del 23,90% superiore alla rete ospedaliera. Se si tiene conto che i dati relativi ai posti letto nelle RSA sono aggiornati alla fine del mese di luglio 2007 mentre quelli relativi alla rete ospedaliera sono riferiti al resoconto 2005, si può stimare nel 25% la maggiore dotazione di posti letto nelle RSA rispetto a quelli della rete ospedaliera.

Tab. 9: totale dei ricoveri di cura e di riabilitazione nelle ASL lombarde

Ricoveri di cura e di riabilitazione	1 Anno 1997	2 Anno 2005	3 Totale 2005 su 1997	4 Percentuale 2005 su 1997
ASL di Bergamo	166.073	137.613	- 28.460	- 17,13
ASL di Brescia	256.619	188.459	- 68.160	- 26,56
ASL di Como	88.885	69.009	- 19.876	- 21,15
ASL di Cremona	67.414	48.658	- 18.756	- 27,82
ASL di Lecco	43.679	38.938	- 4.741	- 10,85
ASL di Lodi	28.910	20.823	- 8.087	- 27,97
ASL di Mantova	62.507	45.248	- 17.259	- 27,61
ASL Milano Città	352.524	339.053	- 13.471	- 3,82
ASL Milano 1	108.008	85.719	- 22.289	- 20,63
ASL Milano 2	60.106	66.790	+ 6.684	+ 11,12
ASL Milano 3	121.004	121.914	+ 910	+ 0,75
ASL di Pavia	119.302	107.767	- 11.535	- 9,67
ASL di Sondrio	38.548	26.061	- 12.487	- 32,39
ASL Valcamonica	17.134	11.627	- 5.507	- 32,14
ASL di Varese	140.175	120.097	- 20.078	- 14,32
TOTALI	1.670.888	1.427.776	- 243.112	- 14,55

Note Tab. 9: la riduzione del numero dei ricoveri, in particolare di quelli di cura, è la conseguenza della introduzione del sistema di pagamento delle prestazioni ospedaliere basato sulle tariffe predefinite, i così detti DRG. Secondo i dati pubblicati dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali del Ministero della Sanità il costo medio del ricovero ospedaliero in Lombardia era di 3.412 euro, cioè 323 euro in meno della media nazionale di 3.735 euro. Pur se questi dati sono relativi al 2003, quindi inferiori a quelli del 2005, si può stimare in circa 830.000.000 di euro i minori costi che il sistema sanitario ha dovuto sostenere, non solo nel 2005 ma ogni anno, in conseguenza della riduzione dei ricoveri.

Tab. 10: totale giornate di degenza di cura e di riabilitazione nelle ASL lombarde

Giornate di degenza di cura e di riabilitazione	1 Anno 1997	2 Anno 2005	3 Totale 2005 su 1997	4 Percentuale 2005 su 1997
ASL di Bergamo	1.251.162	998.828	- 252.334	- 20,16
ASL di Brescia	1.694.266	1.264.152	- 430.114	- 25,38
ASL di Como	680.400	537.808	- 142.592	- 20,95
ASL di Cremona	544.327	385.327	- 159.000	- 29,14
ASL di Lecco	394.251	345.380	- 48.871	- 12,39
ASL di Lodi	246.378	193.689	- 52.689	- 21,38
ASL di Mantova	470.920	369.682	- 101.238	- 21,49
ASL Milano Città	3.006.148	2.424.657	- 581.491	- 19,34
ASL Milano 1	984.892	692.907	- 291.985	- 29,64
ASL Milano 2	456.199	435.714	- 20.485	- 4,49
ASL Milano 3	1.032.715	819.490	- 213.225	- 20,69
ASL di Pavia	1.018.262	904.198	- 114.064	- 11,20
ASL di Sondrio	323.694	229.595	- 94.099	- 29,07
ASL Valcamonica	119.933	75.870	- 44.063	- 36,73
ASL di Varese	1.256.480	945.978	- 310.502	- 24,71
TOTALI	13.480.027	10.623.275	- 2.856.752	- 21,19

Note Tab. 10: secondo l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali nel 2003 la giornata di degenza in Lombardia aveva un costo di 587 euro, pari a 50 euro in meno rispetto alla media nazionale di 637 euro.

Pur se in termini approssimativi, e dunque puramente indicativi, si può stimare che la riduzione delle giornate di degenza nel 2005 ha comportato un minore costo di circa 1.677.000.000 euro, fattore che ha probabilmente consentito la sostanziale parità tra entrate ed uscite nel Bilancio della Sanità lombarda, obiettivo che secondo la Corte dei Conti è stato centrato.

Tab. 11: posti letto e presenze in Day Hospital nelle ASL lombarde

P. L. e presenze in Day Hospital	1 Anno 1997	2 Anno 2005	3 Totale 05/07	4 % 05/07	5 Anno 1997	6 Anno 2005	7 Totale 05/07	8 % 05/07
ASL di Bergamo	249	361	+ 112	+ 44,97	79.396	115.118	+ 35.722	+ 44,94
ASL di Brescia	363	467	+ 104	+ 28,65	92.122	127.382	+ 35.260	+ 38,27
ASL di Como	140	225	+ 85	+ 60,71	48.626	61.281	+ 12.655	+ 26,02
ASL di Cremona	80	155	+ 75	+ 93,75	33.000	46.294	+ 13.294	+ 40,28
ASL di Lecco	112	142	+ 30	+ 26,78	36.655	45.442	+ 8.787	+ 23,97
ASL di Lodi	75	89	+ 14	+ 18,66	14.476	21.281	+ 6.805	+ 47,00
ASL di Mantova	132	154	+ 22	+ 16,66	44.588	55.548	+ 10.960	+ 24,58
ASL Milano Città	854	1.069	+ 215	+ 25,17	222.520	409.842	+ 187.322	+ 84,18
ASL Milano 1	217	267	+ 50	+ 23,04	62.711	87.361	+ 24.650	+ 39,30
ASL Milano 2	175	135	- 40	+ 22,84	32.557	63.119	+ 30.562	+ 94,14
ASL Milano 3	306	346	+ 40	+ 13,07	94.977	121.226	+ 26.249	+ 27,63
ASL di Pavia	266	322	+ 56	+ 21,05	64.777	110.582	+ 45.805	+ 70,71
ASL di Sondrio	77	112	+ 35	+ 45,45	13.607	18.420	+ 4.813	+ 35,37
ASL Valcamonica	22	25	+ 3	+ 13,63	3.583	6.912	+ 3.329	+ 92,91
ASL di Varese	244	320	+ 76	+ 31,14	54.046	86.817	+ 32.771	+ 59,71
TOTALI	3.312	4.189	+ 877	+ 26,47	897.641	1.376.625	+ 478.984	+ 53,36

Note Tab. 11: La Tabella 11 riporta i posti letto e le presenze di Day Hospital che, forse impropriamente, annoveriamo tra le attività territoriali in quanto non prevedono il ricovero ospedaliero di durata superiore al giorno singolo. I dati riportati in tabella indicano che il Day Hospital, sia come numero di posti letto che come numero di presenze, ha registrato forti incrementi nel 2005 rispetto al 1997. Nel 2005, secondo l'Intesa Governo - Regioni dell'8 agosto 2001, la dotazione di posti letto di Day Hospital doveva essere pari al 10% dei posti letto complessivi. Considerato che questi 40.949 e quelli di Day Hospital 4.189 (colonna 2), lo standard indicato in Lombardia nel 2005 è stato realizzato. Va ricordato che l'Intesa Governo - Regioni del 25 marzo 2005 prevede che la dotazione di posti letto di Day Hospital dovrà essere pari al 20% dei posti letto totali, e quindi ulteriormente incrementati.

Tab. 12: totale degli accessi al Pronto Soccorso

Accessi al Pronto Soccorso	1 Totale 1997	2 Totale 2005	3 2005 su 1997 totali	4 2005 su 1997 percentuali
ASL di Bergamo	309.576	379.980	+ 70.404	+ 22,74
ASL di Brescia	388.294	466.022	+ 77.728	+ 20,01
ASL di Como	179.176	166.560	- 12.616	- 7,84
ASL di Cremona	126.302	134.992	+ 8.690	+ 6,88
ASL di Lecco	105.979	86.433	- 19.546	- 18,44
ASL di Lodi	59.448	66.493	+ 7.045	+ 11,85
ASL di Mantova	151.642	120.685	- 30.957	- 20,41
ASL Milano Città	620.660	708.250	+ 87.590	+ 14,11
ASL Milano 1	261.682	275.591	+ 13.909	+ 5,31
ASL Milano 2	160.451	200.270	+ 39.819	+ 24,81
ASL Milano 3	282.282	371.480	+ 89.198	+ 31,59
ASL di Pavia	165.632	164.076	- 1.556	- 0,93
ASL di Sondrio	62.190	60.041	- 2.149	- 3,45
ASL Valcamonica	43.649	39.155	- 4.494	- 10,29
ASL di Varese	400.769	349.393	- 51.376	- 12,82
Totale generale	3.317.732	3.589.421	+ 271.689	+ 8,18

Note Tab. 12: nonostante che nel 2003 la Regione abbia introdotto il ticket di 35 euro sulle prestazioni di Pronto soccorso classificate con il Codice Bianco si registra, nel periodo 1997 - 2005, un incremento del numero degli accessi dell'8,18%, il che testimonia l'inutilità di questo ticket sia ai fini del contenimento del ricorso al Pronto Soccorso, sia per la marginalità dei ricavi economici pari, nel 2006, a soli 4.063.060 euro. Le prestazioni specialistiche rese dal Pronto Soccorso sono passate da 6.167.649 del 1997 a 15.650.237 del 2005 registrando un incremento di 9.482.588 prestazioni pari al 153,74%

Tab. 13: totale assistiti dalla rete ospedaliera nelle ASL lombarde

Numero assistiti dalla rete ospedaliera	1 Assis./Pop. 2005	2 Anno 1997	3 Anno 2005	4 Totale 2005 su 1997	5 Percentuale 2005 su 1997
ASL di Bergamo	61,21%	555.045	632.844	+ 77.799	+ 14,01
ASL di Brescia	72,79%	737.035	788.846	+ 51.811	+ 7,02
ASL di Como	53,13%	316.687	300.010	- 16.677	- 5,26
ASL di Cremona	66,00%	226.716	229.944	+ 3.228	+ 1,42
ASL di Lecco	52,56%	186.313	170.813	- 5.500	- 2,95
ASL di Lodi	49,22%	102.834	108.057	+ 5.223	+ 5,07
ASL di Mantova	56,21%	258.737	221.481	- 37.256	- 14,40
ASL Milano Città	111,25%	1.195.704	1.456.145	+ 260.441	+ 21,78
ASL Milano 1	46,68%	432.401	448.671	+ 16.270	+ 3,76
ASL Milano 2	56,07%	253.114	308.235	+ 55.121	+ 21,77
ASL Milano 3	58,56%	501.263	614.620	+ 116.357	+ 23,21
ASL di Pavia	74,15%	349.711	382.425	+ 32.714	+ 9,35
ASL di Sondrio	59,05%	114.345	104.522	- 9.823	- 8,59
ASL Valcamonica	58,45%	64.366	57.694	- 6.672	- 10,36
ASL di Varese	66,49%	594.990	564.135	- 30.855	- 5,18
TOTALI	67,46%	5.889.261	6.388.442	+ 549.474	+ 9,33

Note Tab. 13: la tabella evidenzia l'andamento del ricorso alle prestazioni della rete ospedaliera da parte della popolazione lombarda.

I dati riportati nelle colonne 2 e 3 comprendono i ricoveri ospedalieri per prestazioni di cura e di riabilitazione, le presenze in Day Hospital e il ricorso al Pronto Soccorso.

I dati riepilogativi pubblicati nel Sito della Regione Lombardia non consentono di definire se e quante persone hanno fatto ricorso alle prestazioni indicate più volte nel corso dell'anno. Considerato che questo è un limite comune per tutte le ASL si può ragionevolmente ritenere corretti e validi i dati riportati e soprattutto le variazioni che si registrano tra le ASL.

Dal 1997 al 2005 si registra un incremento del 9,33%.

Nel 2005 il 67,47% della popolazione Lombarda ha fatto ricorso alle prestazioni della rete ospedaliera.

Tab. 14: prestazioni specialistiche ambulatoriali nelle ASL lombarde

Ambulatoriali e del Pronto Soccorso	1 Pres./Pop. 2005	2 Anno 1997	3 Anno 2005	4 Totale 2005 su 1997	5 Percentuale 2005 su 1997
ASL di Bergamo	14,30	10.268.389	14.788.440	4.520.051	+ 44,01
ASL di Brescia	14,86	10.402.376	16.104.881	+ 5.702.505	+ 54,82
ASL di Como	13,84	5.917.735	7.815.190	+ 1.897.455	+ 32,06
ASL di Cremona	19,13	4.302.171	6.665.301	+ 2.363.130	+ 54,92
ASL di Lecco	13,90	2.916.034	4.520.379	+ 1.604.345	+ 55,01
ASL di Lodi	13,23	2.234.934	2.905.902	+ 670.958	+ 30,02
ASL di Mantova	14,48	4.378.450	5.705.873	+ 1.327.423	+ 30,31
ASL Milano Città	28,30	17.685.273	37.047.288	19.362.015	+ 109,48
ASL Milano 1	11,39	7.277.373	10.956.773	+ 3.679.400	+ 50,55
ASL Milano 2	12,59	3.532.720	6.804.291	+ 3.271.571	+ 92,60
ASL Milano 3	15,68	9.710.538	16.459.069	+ 6.748.531	+ 69,49
ASL di Pavia	19,11	7.534.036	9.856.855	+ 2.331.819	+ 30,95
ASL di Sondrio	14,11	1.848.661	2.499.184	+ 650.523	+ 35,18
ASL Valcamonica	13,67	1.148.986	1.349.416	+ 200.430	+ 17,44
ASL di Varese	16,61	5.949.201	14.092.649	+ 8.143.448	+ 136,88
TOTALI	15,68	95.106.877	157.571.491	62.473.604	+ 65,58

Note Tab. 14: le colonne 2 e 3 riportano il totale delle prestazioni specialistiche rese nelle singole ASL e in Regione sia dalle strutture specialistiche ambulatoriali, sia dal Pronto Soccorso, registrando nel 2005 un incremento del 66,22% rispetto al 1997.

La colonna 1 che indica il numero delle prestazioni per abitante per ogni ASL.

FOGLIO INFORMATIVO 2005

- N. 4 La presenza straniera in Lombardia. Consistenza, dinamica e caratteristiche
- N. 5 Consistenza e dinamica delle imprese nel 2004
- N. 6 L'interscambio con l'estero della Lombardia nel 2004

FOGLIO INFORMATIVO 2006

- N. 1 I conti economici della Lombardia e delle province lombarde
- N. 2 L'offerta di laureati in Lombardia
- N. 3 Il mercato del lavoro in Lombardia e nelle province lombarde nel 2005
- N. 4 Consistenza e dinamica delle imprese nel 2005
- N. 5 L'artigianato in Lombardia
- N. 6 La presenza straniera in Lombardia 2002-2006

FOGLIO INFORMATIVO 2007

- N. 1 Il sistema dei servizi di tutela della salute in Lombardia
- N. 2 Consistenza e dinamica delle imprese nel 2006
- N. 3 Il mercato del lavoro in Lombardia e nelle province lombarde nel 2006
- N. 4 I conti economici della Lombardia 2000-2005
- N. 5 Le tasse locali in Lombardia
- N. 6 Il Sindacato Confederale in Lombardia

FOGLIO INFORMATIVO 2008

- N. 1 Le politiche socio-assistenziali in Lombardia