

Il bisogno della popolazione adulta fragile e anziana nella rete sociosanitaria Residenziale e Semiresidenziale di ATS Brianza

1

Sommario

Premessa	3
Metodologia	5
L'ANAGRAFE DELLA FRAGILITÀ	6
POPOLAZIONE ANAGRAFE DELLA FRAGILITÀ	6
Anziani	9
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)	11
La rete territoriale	11
Mobilità intra ATS e attrattività per Distretto	14
Consumo e Produzione (anno 2022)	16
ETÀ Media ospiti (FONTE SOSIA)	23
Assenze	26
Fragilità degli ospiti (classificazione SOSIA)	28
Caratterizzazione clinica degli Ospiti delle RSA	30
CENTRI DIURNI INTEGRATI (CDI)	31
La rete territoriale	31
Mobilità intra ATS e attrattività per Distretto	32
Consumo e produzione (anno 2022)	34
Gli ospiti dei CDI	35
Motivazione ingresso in struttura	38
Centri Diurni Disabili (CDD)	41
La Rete Territoriale	41
Mobilità	42
Consumo e produzione anno 2022	44

¹ Rif. PIAO – Impegno Strategico: analisi del bisogno per la governance dell'offerta in ATS Brianza – Impegno Operativo: predisposizione del piano triennale di analisi del bisogno per definire le aree prioritarie di analisi tramite allestimento di tavolo di lavoro con stakeholder interni e esterni; analisi delle aree identificate e predisposizione di documento inerente

Ospiti	45
Dimissioni	48
Fragilità.....	50
Condizioni cliniche ospiti	52
Residenze Sanitarie Disabili (RSD).....	53
Rete Offerta	53
Consumo e produzione anno 2022.....	56
Fragilità Ospiti	60
Condizioni cliniche ospiti	61
Comunità Sociosanitarie (CSS).....	62
La Rete di Offerta	62
Mobilità	63
Consumo e produzione anno 2022.....	65
Fragilità.....	69
Confronto con il tavolo	71

A cura di:

Roberto Rossi, Mauro Proserpio, Elisabetta Merlo, Luca Cavalieri d'Oro

SC Epidemiologia ATS Brianza

Premessa

Le azioni di governo e programmazione in area sanitaria e sociosanitaria non possono che essere concepite a valle di una attenta analisi a vasto raggio del bisogno della popolazione cui si rivolgono e di valutazione degli esiti delle iniziative. Le mutate condizioni socio-demografiche ed economiche, il numero crescente e la varietà dei portatori di interesse, il progresso tecnologico nonché la complessità del sistema, richiedono, infatti, una attenzione costante affinché sia garantita congruenza tra domanda e offerta di servizi. Il rischio che si vuole evitare è quello di “costringere” la domanda di cura del cittadino all’interno di proposte esistenti ma inadeguate al reale bisogno. Ciò nella consapevolezza che un intervento inappropriato, per quanto possa costituire una “risposta” alla domanda di assistenza del cittadino, può rappresentare costi elevati non solo sul piano dell’efficacia e dell’efficienza ma anche, e soprattutto, sul piano concreto personale, familiare e sociale.

Quanto sopra delineato trova particolare rilievo nel caso della popolazione fragile e anziana. I mutamenti che in questi ultimi anni hanno interessato tale porzione di popolazione sono diversi. Alcuni sono molto noti (es. invecchiamento delle popolazione, sviluppo tecnologico, ampliamento delle conoscenze scientifiche ecc.) altri, benché noti, sono di difficile analisi (es. variabili sociali, economiche, ecc.). La loro conoscenza, il modo con cui essi determinano la domanda di cura e il conseguente impatto sui servizi è di fondamentale importanza per il governo delle rete assistenziale. All’interno di tale contesto, il presente lavoro si pone, quale finalità generale, l’analisi dei fattori che concorrono alla definizione dei bisogni della popolazione fragile del territorio dell’ATS Brianza con riferimento al ruolo della rete dei servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali per Disabili (età > 18 anni) e Anziani. All’interno di tale contesto verrà, per quanto possibile, definito il quadro attuale dei bisogni che caratterizzano la popolazione in esame, la risposta del sistema di rete dei servizi sociosanitari nonché il punto di vista degli stakeholder presenti sul territorio in merito al sistema di servizi per tale fascia di popolazione.

Il presente documento costituisce espressione dell’impegno strategico di ATS Brianza per la governance dell’offerta sulla base dell’analisi del bisogno ai fini della definizione di uno strumento che agevoli tecnicamente le scelte interne ed esterne ad ATS. Tale impegno, delineato nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) si articola nel triennio 2023-2025 e si integra con le attività del tavolo istituito dal Dipartimento PAAPSS denominato “Governance dell’offerta in ATS Brianza sulla base dell’analisi del bisogno”.

Per l’anno 2023 l’area identificata prioritariamente per l’analisi del bisogno ha riguardato **“La rete Residenziale e Semiresidenziale sociosanitaria del territorio di ATS Brianza e i bisogni della popolazione fragile e anziana”**.

Il lavoro di analisi svolto ha fatto riferimento ai dati provenienti dalle seguenti fonti informative:

- Anagrafe Unica delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie (AFAM)
- Istituto nazionale di statistica ISTAT
- Flusso Economico FE (anni 2015-2022);
- Flusso Scheda di Osservazione intermedia Assistenza SOSIA (anni 2015-2022);
- Flusso Schede Individuali Disabili SIDI (anni 2016-2022)
- Flusso Schede Centro Diurni Integrati - CDI WEB (anni 2015-2022)

- Flusso Informativo FNA Misura B2 (2016-2022)
- Flusso Informativo FNA Misura B1 (2016-2022)
- Flusso Informativo RSA Aperta (2016-2022)
- Flusso Informativo Res. Assistita (anni 2016-2022)
- Flusso Sistema Informativo per il monitoraggio della Assistenza Domiciliare “Integrata” – SIAD (anni 2016-2022)
- Flusso Riabilitazione Semiresidenziale RIAFAM (anni 2015-2022)

Le elaborazioni effettuate sono state oggetto di confronto con il Gruppo di Lavoro istituito con Decreto ATS Brianza 261 del 26/06/2023. Il confronto effettuato ha permesso di meglio specificare il significato di alcune evidenze emerse dai dati e di suggerire ulteriori approfondimenti su tematiche specifiche. I contenuti presentati, pertanto, costituiscono espressione del confronto svolto all’interno del gruppo. Si è ritenuto comunque di raccogliere in uno spazio dedicato gli spunti di riflessione pervenuti dalle differenti componenti del gruppo di lavoro.

Al Gruppo di lavoro hanno partecipato:

Dott. Antonio Colaiani (Direttore sociosanitario)
 Dott. Aldo Bellini (Direttore Sanitario)
 Dott. Luca Cavalieri D’Oro (UOC Epidemiologia)
 Dott. Adelio Brillo (Consorzio Desio Brianza)
 Dott. Andrea Millul (RSA Airolti Muzzi)
 Dott. Andrea Proserpio (CDD La Rosa Nibionno)
 Dott. Corrado Guzzon (Distretto Monza)
 Dott.ssa Elisabetta Merlo (UOC Epidemiologia)
 Dott. Filippo Viganò (CSV Monza – Lecco – Sondrio)
 Dott. Giovanni Prestini (Dipartimento Veterinario)
 Dott. Luca Sesana (Distretto di Lecco)
 Dott. Mauro Proserpio (SC Innovazione e Comunicazione)
 Dott. Ruggero Plebani (Ufficio dei Piani di Lecco)
 Dott. William Scaltriti (Ambito Carate)
 Dott.ssa Alessandra Casè (DIP PAAPS)
 Dott.ssa Elisa Pesenti (Dip PAAPSS)
 Dott.ssa Francesca Biffi (Ufficio Unico Ambito di Desio, Carate, Monza e Seregno)
 Dott.ssa Francesca Galbiati (Hospice Santa Maria delle Grazie – CDOM e UCP DOM)
 Dott.ssa Gabriella Mazzeo (Dip. PIPSS)
 Dott.ssa Ilaria Paleari (Ufficio di Piano Vimercate)
 Dott.ssa Irene Savino (Dip. DIPS)
 Dott.ssa Paola Pastorelli (RSA Residenza Amica – Giussano)
 Dott. Roberto Rossi (UOC Epidemiologia)
 Dott.ssa Sara Munizza (RSA Don gnocchi Ronzoni Villa)

Metodologia

L'analisi dei bisogni richiede uno sguardo sufficientemente ampio per includere, per quanto possibile e ragionevole, punti di osservazione differenti sul tema oggetto di analisi. Fondare l'analisi del bisogno sui soli dati di "consumo", quali ad esempio, quelli derivanti dai flussi informativi sanitari e sociosanitari, contiene in sé margini di errore rilevanti: primo tra tutti quello derivante dal confondere il bisogno del cittadino e la domanda che da esso scaturisce con la risposta del sistema assistenziale. Benché si possa osservare una relazione tra bisogno e offerta, è altrettanto vero che vi sono aree scoperte difficili da cogliere con i soli dati di attività di una struttura. È in quest'ultimo spazio che si collocano, per esempio, i temi relativi:

- **Alla domanda espressa cui non corrisponde bisogno** (es. medicina difensiva, esami ripetuti, alcuni elementi di inappropriatezza, ecc.)
- **Al bisogno che non riesce a tradursi in domanda** (es. perché viene espresso in un punto errato della rete o perché la persona non dispone degli strumenti per portarlo all'attenzione dei servizi);
- **Al bisogno che non è domanda** (es. parte delle prescrizioni non consumate)
- **Alla modalità con cui la rete "ricompone" la risposta a bisogni complessi**

Da un punto di vista metodologico, il lavoro di analisi del bisogno svolto ha cercato di superare, per quanto possibile, i limiti citati attraverso la messa in campo di alcuni accorgimenti. Nello specifico è stata posta particolare cura:

- **Nell'ampliamento delle basi informative consultate sia in termini di profondità storica disponibile, sia per quanto attiene l'inclusione di fonti dati non direttamente riguardanti i servizi di interesse.** Nello specifico, le analisi dei flussi informativi relativi all'area di interesse (es. Flusso SOSiA e Flusso SIDi) sono state ampliate al fine di comprendere la massima profondità storica disponibile (2015-2022). Inoltre, la base dati consultata è stata ampliata al fine di raccogliere altre informazioni riferibili allo stato di salute della popolazione oggetto di analisi (Invalidità, SDO, ecc...).
- **Nel confronto con le persone che a diverso titolo sono coinvolte nella gestione della domanda di cura della popolazione oggetto di analisi.** Il lavoro svolto ha coinvolto i rappresentanti ai diversi livelli della rete dei servizi per Anziani e Disabili. Nello specifico, al gruppo di lavoro hanno preso parte i rappresentanti:
 - o Delle strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali per disabili e anziani;
 - o Dei dipartimenti interni all'ATS Brianza (PAPPS; Veterinari; PIPPS);
 - o Degli Uffici di Piano;
 - o Dei Direttori di Distretto;
 - o Del mondo dell'Associazionismo;

L'ANAGRAFE DELLA FRAGILITÀ

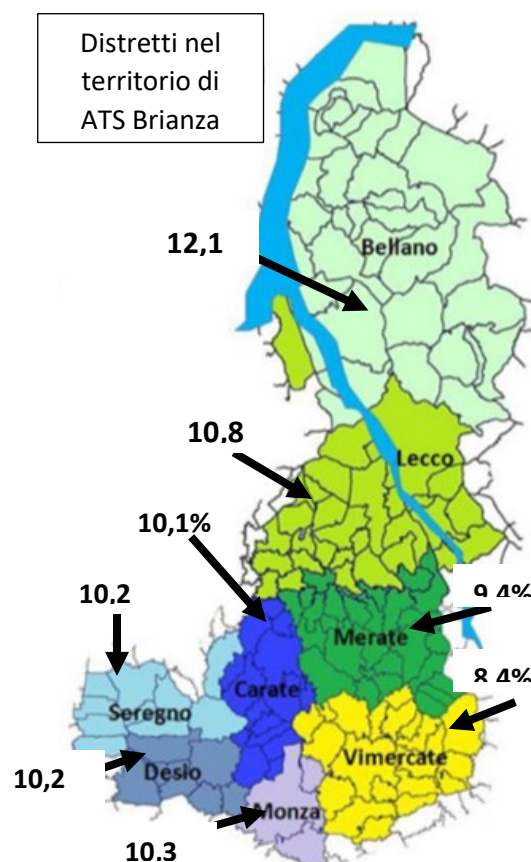
POPOLAZIONE ANAGRAFE DELLA FRAGILITÀ

(PREVALENZA NEI DISTRETTI E AMBITI DISTRETTUALI TERRITORIALI)

Dal 2005 sul territorio di Monza e Brianza e dal 2016 anche su quello di Lecco è attivo il progetto Anagrafe della Fragilità. Tale progettualità si configura essenzialmente come una banca dati relativa alla presenza di condizioni di fragilità, al loro grado nonché del tipo di supporto che i servizi sono chiamati ad offrire al fine di garantire agli individui la partecipazione alle attività della vita quotidiana. L'Anagrafe viene aggiornata annualmente con il contributo di tutti gli attori del sistema di cure: nella tabella 1 si sintetizza l'andamento negli anni più recenti per distretto del numero di fragili ogni 100 residenti.

Tabella 1: Prevalenza percentuale di soggetti inclusi in Anagrafe Fragilità

Prevalenza aa 2018-2021				
Distretto	2018	2019	2020	2021
Carate	9,2%	9,6%	9,9%	10,1%
Desio	9,2%	9,5%	10,0%	10,2%
Monza	9,4%	9,8%	9,8%	10,3%
Seregno	8,9%	9,1%	9,6%	9,8%
Vimercate	7,9%	8,3%	8,8%	8,4%
Bellano	11,0%	11,5%	11,8%	12,1%
Lecco	10,0%	10,3%	10,8%	10,8%
Merate	8,0%	8,4%	9,1%	9,4%
ATS Brianza	9,2%	9,5%	9,9%	10,1%



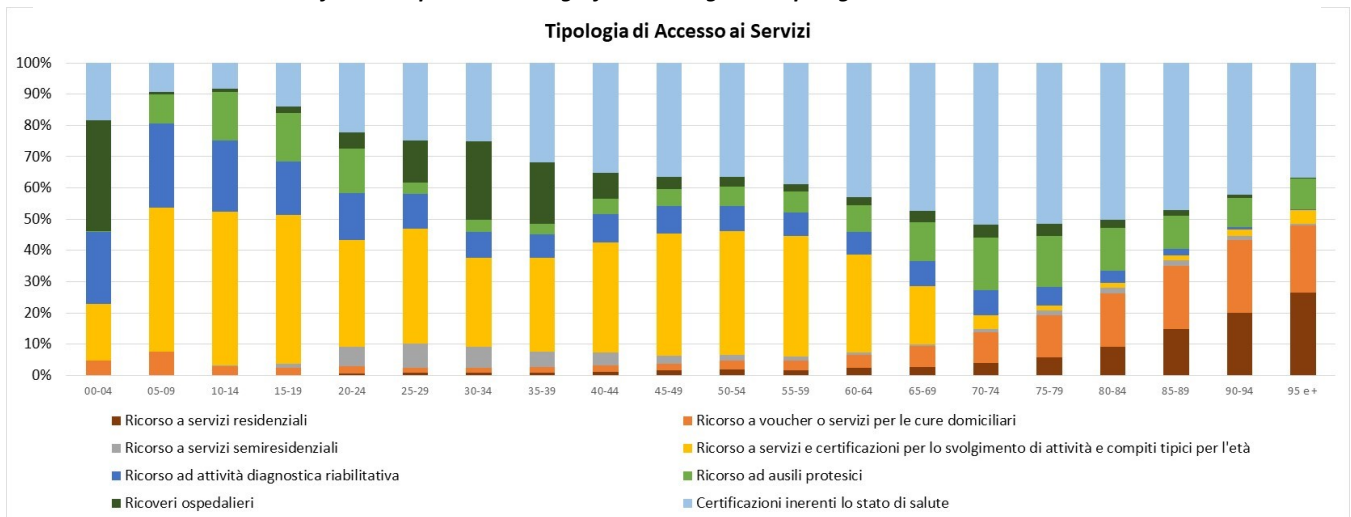
La popolazione compresa nell'Anagrafe della Fragilità rappresenta il 10,1% della popolazione complessiva residente nel territorio dell'ATS della Brianza. L'incremento nel tempo è trasversale ai distretti ed è di entità contenuta, dell'ordine di un punto percentuale. Le differenze tra distretti variano tra 8,4 e 12,1 soggetti fragili ogni 100 residenti rispettivamente nei Distretti di Vimercate e di Bellano.

Ai fini di una migliore rappresentazione dei dati, i servizi sono stati raggruppati in insiemi rispetto ad un criterio ordinale che comprende: al limite superiore le persone che ricorrono ai Servizi Residenziali (RSA, RSD, CSS ecc.) e pertanto si caratterizzano per una maggiore fragilità, al limite inferiore le persone in possesso della sola certificazione inerente il proprio stato di salute (es. certificato di Invalidità Civile). Mentre il gruppo che si colloca al limite superiore riguarda persone che, in forza della situazione di fragilità, devono ricorrere ad ambienti protetti, il secondo

caratterizza persone che pur essendo interessati da una situazione clinica di rilievo (testimoniata dalle certificazioni) non accedono in modo significativo ad altri servizi della rete territoriale. I soggetti indicati «con certificazione» non hanno altre fonti che testimonino il deficit.

Il grafico 1 rappresenta per classi di età quinquennali la ripartizione dei servizi che risultano essere fruiti dalla popolazione di ATS Brianza.

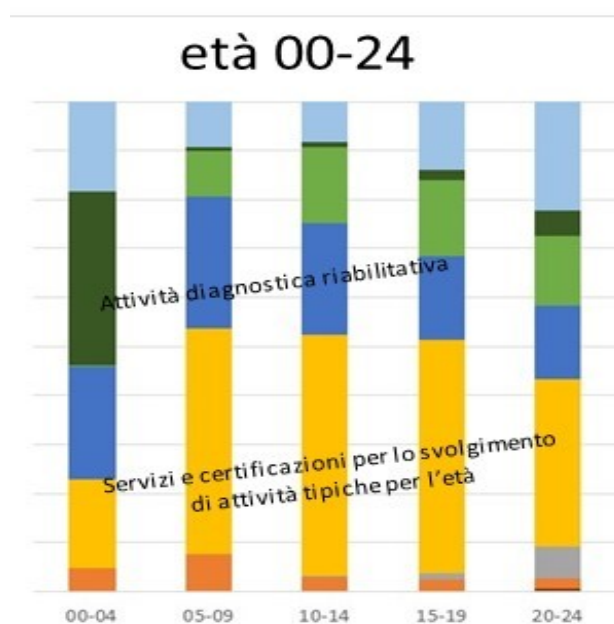
Grafico 1 - Popolazione Anagrafe della Fragilità – tipologia di accesso ai servizi



I grafici seguenti dettagliano porzioni del grafico 1 relative ad alcune classi di età.

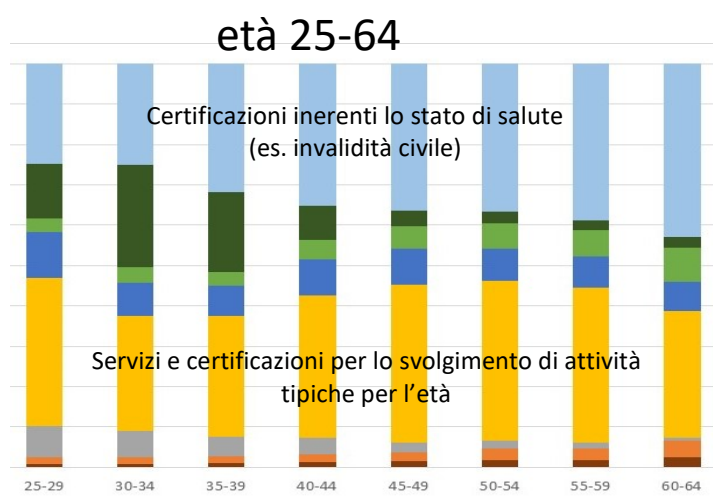
Nel grafico 1a si osserva come l'area dei servizi sulla quale si concentrano maggiormente gli accessi della popolazione fragile di età compresa tra gli **00 e i 24** anni riguardi gli accessi alle certificazioni per lo svolgimento delle attività tipiche per l'età (certificazioni di alunno disabile in **giallo** nel grafico) e ai servizi di carattere diagnostico/riabilitativo (in **blu** nel grafico).

Grafico 1a - Anagrafe della Fragilità – tipologia di accesso ai servizi della popolazione <25 anni



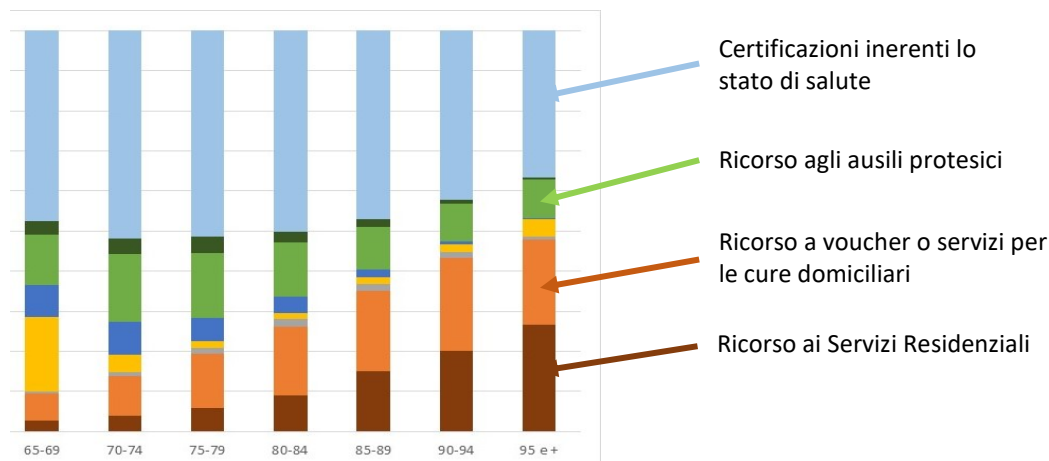
Il grafico 1b dettaglia la situazione per la classe di età compresa tra i **25 e i 64** anni: il «Ricorso a Servizi e Certificazioni per lo svolgimento di attività e compiti tipici per l'età» (in **arancio** nel grafico) costituisce un'area di attivazione importante. All'interno di tale area trovano particolare spazio i Servizi che operano a favore delle persone con disabilità e fasce deboli con la finalità di favorire l'accesso al mondo del lavoro. Altrettanto importante risulta la presenza di persone con situazioni cliniche riconosciute dalle commissioni per l'Invalidità civile e/o certificate come malattie rare (nel grafico in **Azzurro**). Tale gruppo di persone al momento della rilevazione non risulta in carico a nessun servizio della rete pur presentando una condizione di salute di rilievo. Per esempio, è stato più volte osservato come le persone in carico ai servizi per le fasce deboli della provincia presentassero condizioni cliniche certificate dalla commissioni per l'invalidità civile per le quali tuttavia non vengono reperiti contatti significativi con i servizi.

Grafico 1b - Anagrafe della Fragilità – tipologia di accesso ai servizi della popolazione 25-64 anni



Il grafico 1c mostra come, in linea con l'atteso, con il progredire dell'età si riduca il ricorso ai servizi inerenti l'attività diagnostica riabilitativa (in blu nel grafico). I dati mostrano come per la popolazione fragile anziana sia possibile distinguere due ampie tipologie: da un lato coloro che si trovano nella necessità di ricorrere ai servizi residenziali (RSA) o ai servizi per le cure domiciliari (es. ADI, RSA Aperta ecc.); dall'altro, coloro che, pur trovandosi in uno stato di deficit di salute di rilievo (attestazione di Invalidità Civile, Esenti per malattia rara; ricorso ad ausili protesici), non subiscono una limitazione significativa della possibilità di permanere presso la propria abitazione con un buon grado di autonomia e/o con il supporto dei propri familiari.

Grafico 1c - Anagrafe della Fragilità – tipologia di accesso ai servizi della popolazione 65+ anni



Anziani

È ampiamente noto come il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione costituisca una caratteristica del nostro paese ancor più di molti altri paesi sviluppati. Tale realtà, se da un lato trova ragione nel calo della natalità e nell'aumento dell'aspettativa di vita, dall'altro è eredità del passato, di epoche ad alta natalità (e.g. *Baby Boom*), i cui componenti oggi occupano i vertici della piramide dell'età².

I dati ISTAT a riguardo mostrano con particolare evidenza il percorso di incremento della popolazione anziana in questi ultimi anni. Come è possibile osservare dai grafici 2 e 3, nel ventennio più recente l'età media della popolazione italiana ha registrato un incremento di 4 anni, passando da 42 anni nel 2002 a 46 anni nel 2022. Allo stesso modo, l'indice di vecchiaia³ riporta un incremento da 131 nel 2002 a 187 nel 2022. Ciò significa che nel 2022 c'erano 187 persone ultrasessantacinquenni ogni 100 bambini di età compresa tra gli 0 e i 14 anni.

Grafico 2 - andamento età media negli anni 2002-2022: confronto tra dati Nazionali, Regionali e province di MB e LC

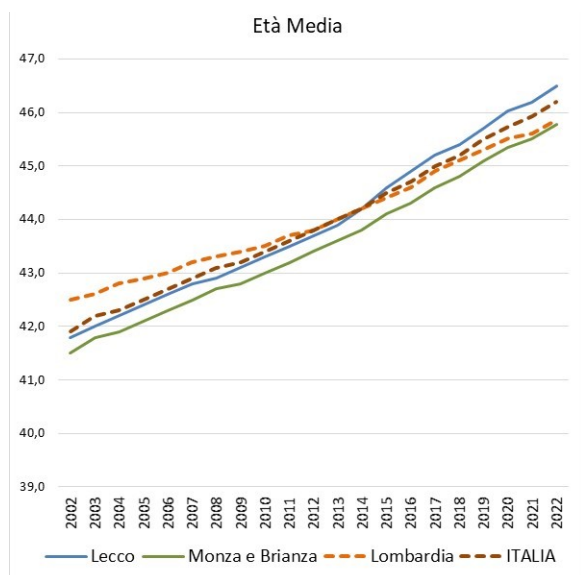
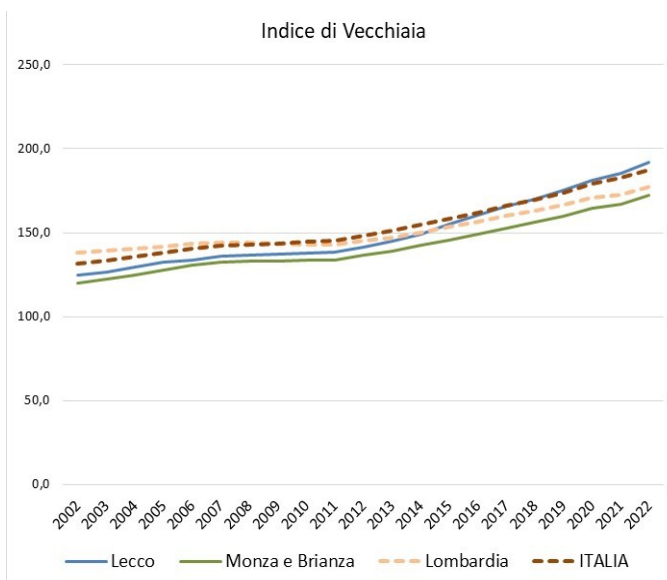


Grafico 3 - andamento età media negli anni 2002-2022: confronto tra dati Nazionali, Regionali e province di MB e LC



Il territorio dell'ATS Brianza segue la linea di tendenza nazionale pur con alcune peculiarità. Mentre la provincia di Monza e Brianza riduce progressivamente lo scarto rispetto al dato nazionale e regionale per arrivare nel 2022 quasi a sovrapporsi, la provincia di Lecco inverte la tendenza per mostrare negli anni successivi al 2014 un valore di età media e un indice di vecchiaia superiori al dato nazionale e regionale.

La tabella 2 mostra i valori a confronto tra 2021 e 2022 di alcuni importanti indicatori demografici in ATS, Lombardia e Italia.

² ISTAT – invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia (2020).

³ L'indice di vecchiaia è il rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni. Permette di valutare il livello d'invecchiamento degli abitanti di un territorio. La variazione dell'indice nel tempo dipende dalla dinamica sia della popolazione anziana che di quella giovane. Valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai molto giovani.

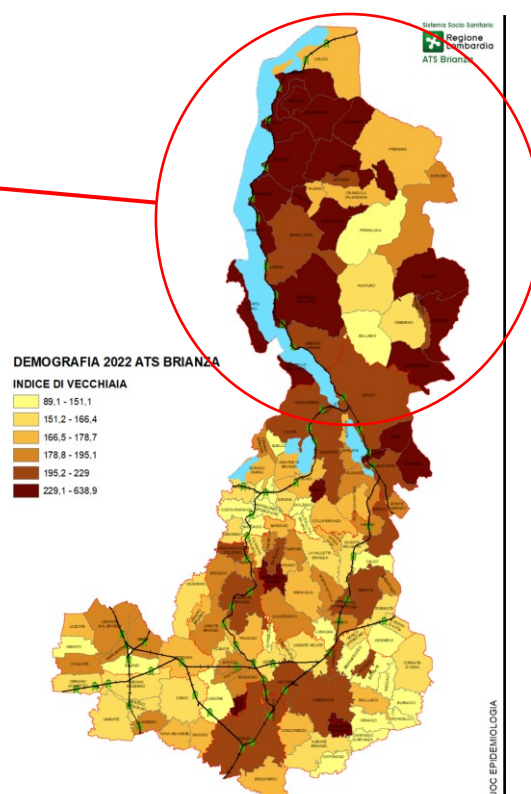
Tabella 2 - Indicatori demografici ATS Brianza, Distretti ATS, Lombardia e Italia – 2020 e 2021

ANNO	Ambito territoriale	Quote di popolazione per età			Indice di vecchiaia
		<15 anni	65+ anni	80+ anni	
2022	ITALIA	12,68%	23,81%	7,64%	187,9
	LOMBARDIA	13,05%	23,16%	7,57%	177,5
	ATS BRIANZA	13,17%	23,49%	7,58%	178,4
	Distretto di Lecco	12,76%	24,55%	7,79%	192,4
	Distretto di Monza	12,79%	24,68%	8,68%	193,0
	Distretto di Brianza	13,45%	22,69%	7,21%	168,7
2021	ITALIA	12,89%	23,54%	7,56%	182,6
	LOMBARDIA	13,29%	22,91%	7,42%	172,3
	ATS BRIANZA	13,47%	23,15%	7,39%	171,9
	Distretto di Lecco	13,06%	24,19%	7,63%	185,2
	Distretto di Monza	13,08%	24,44%	8,38%	186,9
	Distretto di Brianza	13,76%	22,34%	7,03%	162,3

Se si osserva il dettaglio territoriale relativo all'indice di vecchiaia riportato nella tabella 3 risulta evidente l'incremento nel tempo dal 2007 al 2022 e come il distretto di Bellano costituisca l'ambito con l'indice di vecchiaia più elevato. La mappa a fianco consente di evidenziare come, al suo interno, molti comuni mostrino valori anche più elevati, compresi tra 229 e 639 (in marrone scuro nella cartina). Scendendo verso sud i valori sono progressivamente meno estremi, cominciando dal Distretto di Lecco. Gli altri ambiti distrettuali (Carate, Desio, Seregno, Monza, Vimercate e Merate), pur mostrando valori di rilievo, evidenziano una situazione territoriale in cui molti Comuni presentano un Indice di vecchiaia inferiore al dato di ATS.

Tabella 3 - Andamento Indice di vecchiaia per Distretti, ASST e ATS, 2015 e 2022

		Indice di Vecchiaia			
Ambito		2007	2011	2015	2022
Bellano		142,8	146,0	172,0	213,7
Lecco		139,0	141,8	157,6	193,1
Merate		125,7	127,3	143,3	182,4
Carate Brianza		128,7	130,6	142,3	173,1
Desio		122,3	125,5	137,1	163,9
Monza		154,8	159,0	172,1	193,0
Seregno		134,9	133,6	142,1	170,9
Vimercate		123,1	124,4	137,0	168,0
ATS BRIANZA		133,1	135,1	148,1	178,4
ASST	LECCO	135,0	137,4	154,5	192,4
	MONZA	154,8	159,0	172,1	193,0
	BRIANZA	128,0	128,6	139,6	168,7



RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)

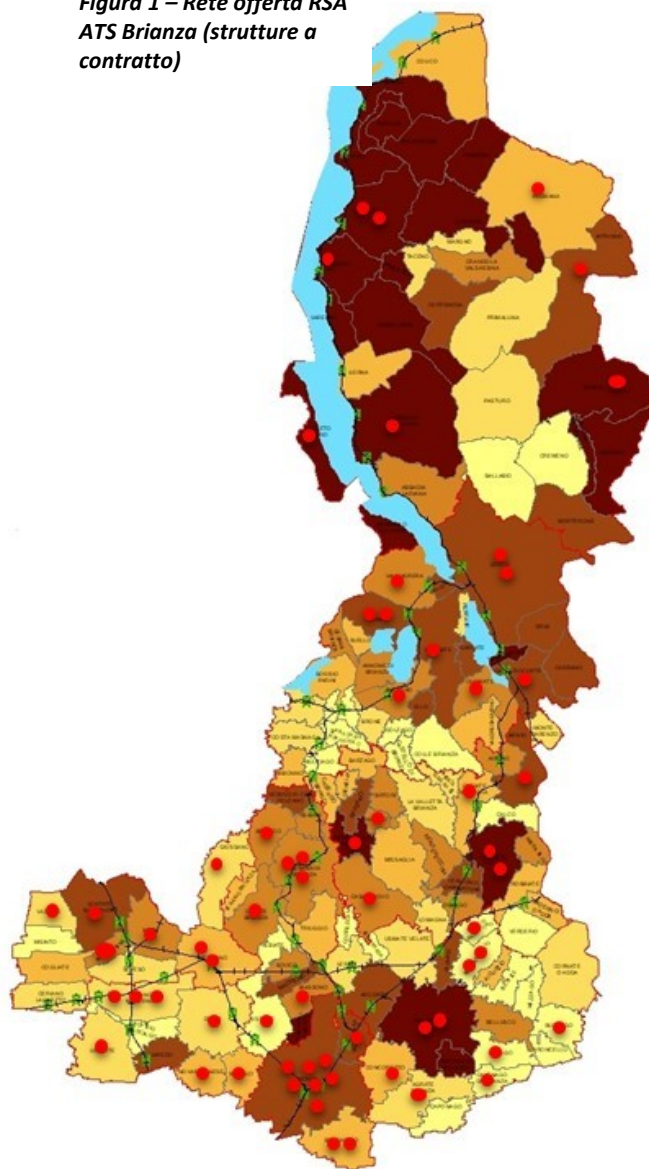
La rete territoriale

Sul territorio dell'ATS sono presenti **65 RSA** a contratto con una disponibilità complessiva di **6.106** posti abilitati, di cui **5.311** a contratto (Tabella 4 e figura 1).

Tabella 4 – Offerta RSA nel territorio di ATS Brianza

RSA Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani (AFAM Luglio 2023)				
Ambiti Distrettuali	Strutture a Contratto	Posti Abilitati	Posti Accreditati	Posti a contratto
BELLANO	7	322	321	295
LECCO	10	1.095	1.042	984
MERATE	7	761	751	719
Area Lecco	24	2.178	2.114	1.998
CARATE BRIANZA	7	678	664	664
DESIO	7	784	784	496
MONZA	10	1.073	1.073	1.039
SEREGNO	7	587	587	571
VIMERCATE	10	806	741	543
Area Monza e Brianza	41	3.928	3.849	3.313
ATS Brianza	65	6.106	5.963	5.311

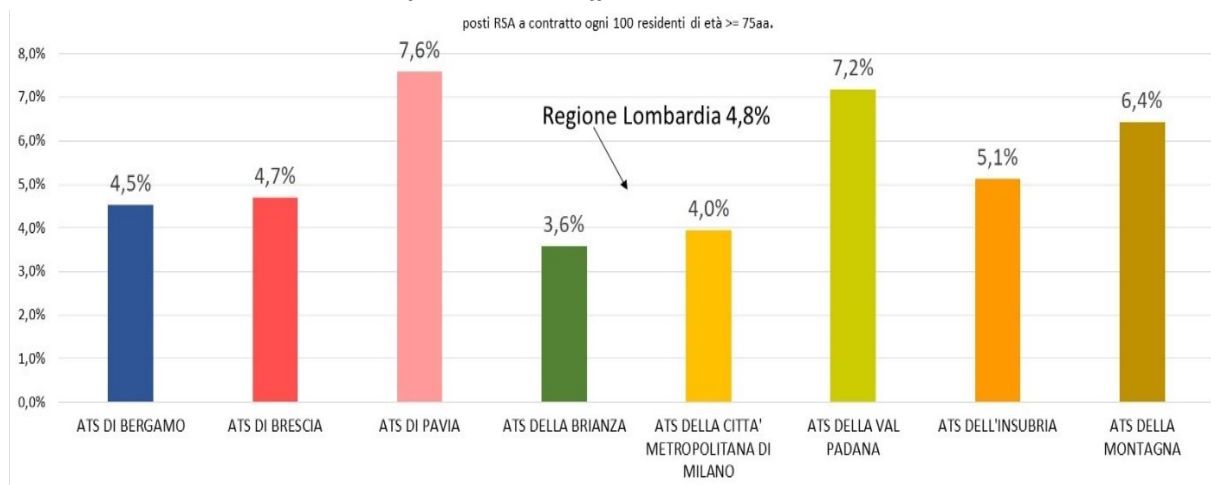
*Figura 1 – Rete offerta RSA
ATS Brianza (strutture a contratto)*



Esaminando la collocazione delle strutture sul territorio, è evidente una maggiore numerosità di strutture nell'area della Provincia di Monza e Brianza (41 Strutture a contratto). La Provincia di Lecco, invece, dispone di 24 RSA.

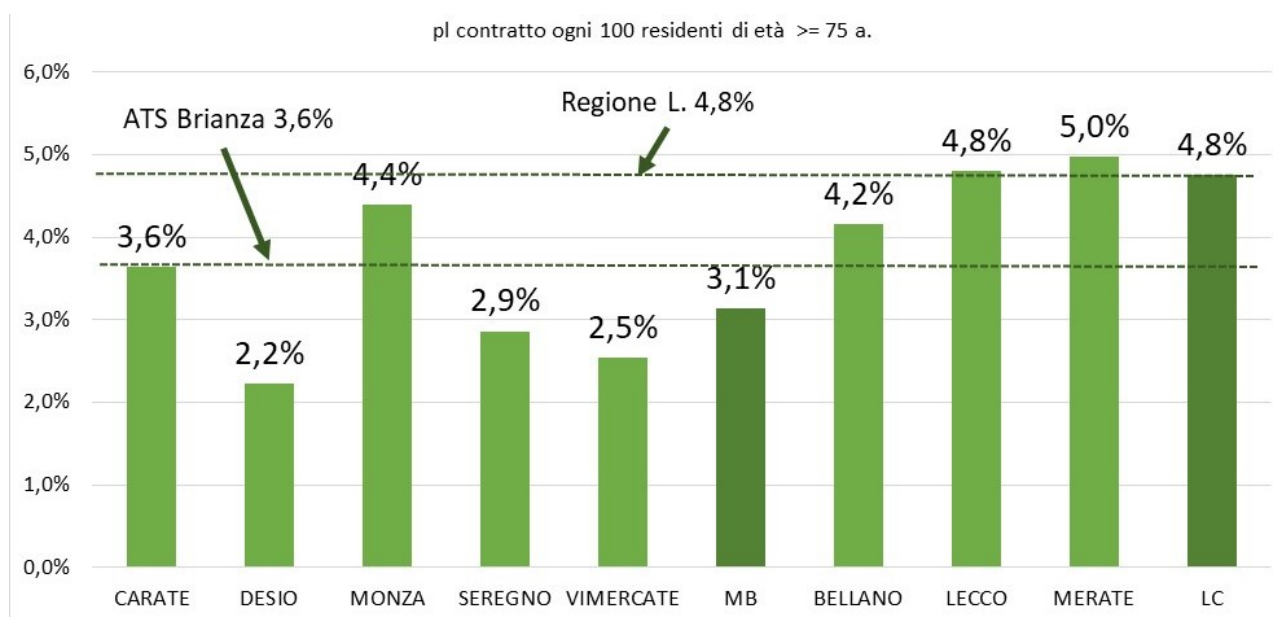
L'attuale sistema di offerta residenziale di Regione Lombardia è pari a 4,8 posti letto ogni 100 anziani di età $\geq$ a 75 anni (grafico 4).

Grafico 4 – Indice di Offerta ATS Lombarde



Il confronto degli indici di offerta tra le varie ATS di Regione Lombardia pone ATS Brianza sul gradino più basso, distante poco più di un punto percentuale dal valore regionale (3,6% ATS Brianza vs 4,8% Regione Lombardia) e di quattro punti percentuali dall'indice di offerta più elevato (3,6% ATS Brianza vs 7,6% di ATS Pavia). Il grafico 5 fornisce dettagli distrettuali.

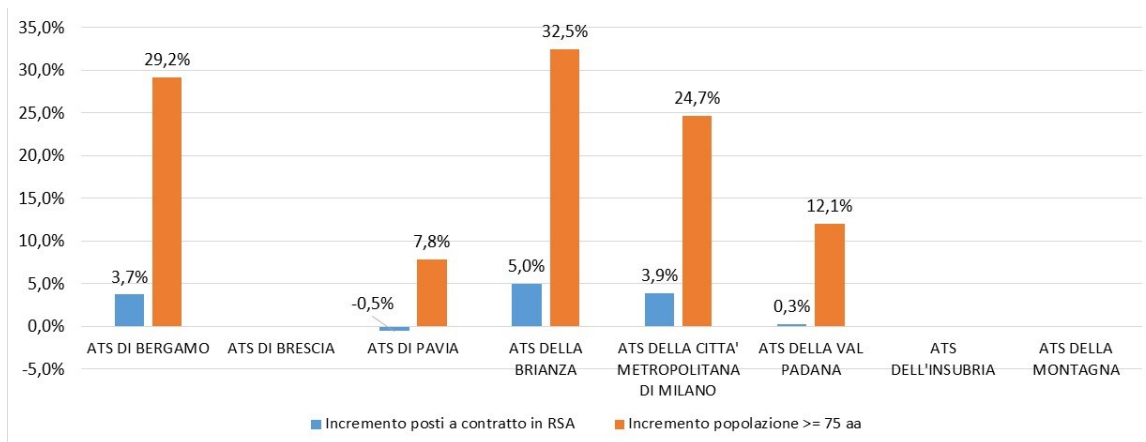
Grafico 5 – Indice di Offerta nel territorio di ATS Brianza



Se si confrontano i dati relativi ai posti a contratto nel 2012 con quelli del 2023 (grafico 6), si osserva come in questi ultimi dodici anni ATS Brianza sia stato il territorio che ha registrato il più elevato incremento (5,0%) nei posti a contratto in RSA rispetto alle ATS con cui è stato possibile effettuare il confronto, a fronte di un incremento della popolazione di età >=75 anni del 32,5%⁴.

⁴ I calcoli sono stati effettuati utilizzando i dati dei posti a contratto contenuti all'interno della DGR 4574 del 2012. I confronti sono stati effettuati solo per i territori per i quali è stato possibile ricondurre le informazioni presenti nella DGR (distinte per ASL) alle attuali ATS (ATS Bergamo, ATS Pavia, ATS Brianza, ATS Milano, ATS della Val Padana).

Grafico 6 – Confronti incrementi posti a contratto RSA e popolazione >= 75 a (2012 vs 2023)



È evidente che la definizione di standard di offerta regionale non può fare affidamento sui soli dati di popolazione: lo sviluppo demografico, infatti, è tale per cui si rischierebbe (come del resto accade), di avere dei valori di indice d'offerta sempre più bassi, nonostante gli incrementi della numerosità di posti. Anche i dati derivanti dalle indagini ISTAT relativi alle non autosufficienze, benché maggiormente caratterizzanti la fascia della popolazione potenzialmente interessata a questa tipologia di offerta, risentono comunque della metodologia impiegata che fa riferimento a condizioni autoriferite rispetto a gravi difficoltà motorie, comorbidità, compromissioni dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura della persona e nelle attività strumentali della vita quotidiana. Sarebbe pertanto opportuno valutare la definizione di un indice composito (che comprenda variabili di carattere socio-sanitario-assistenziale) che possa definire all'interno di una determinata area territoriale una porzione di popolazione rispetto alla quale calcolare il bisogno di offerta.

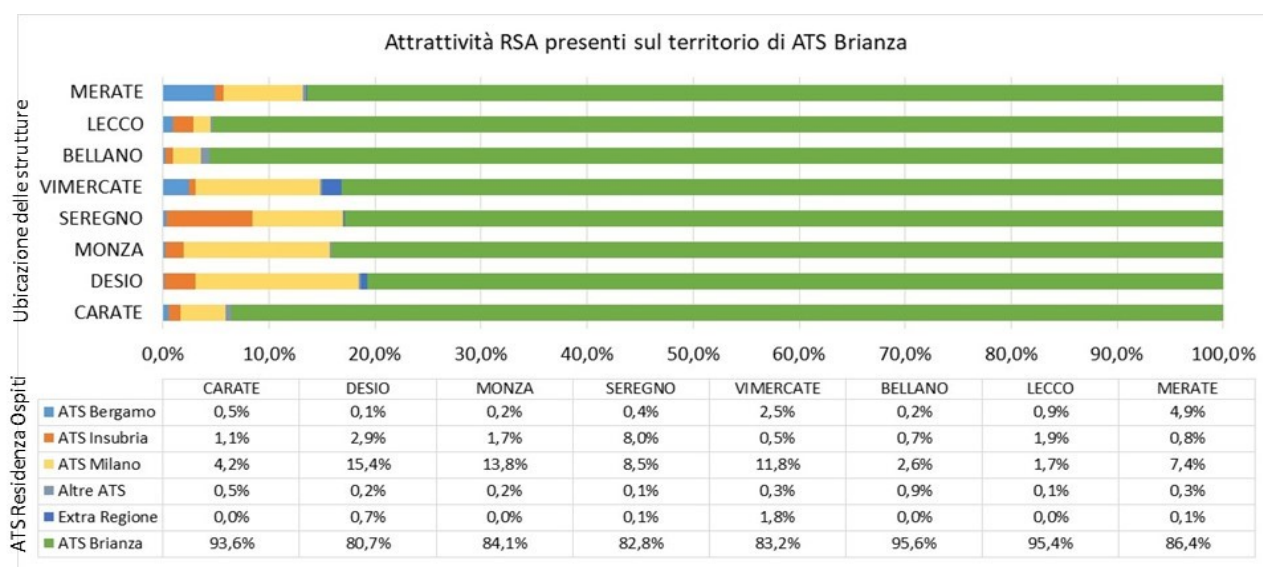
Come è possibile osservare dal Grafico 5 l'osservazione degli indici di offerta all'interno dei vari distretti di ATS Brianza evidenzia una rilevante disomogeneità: l'area di Lecco mostra un valore di offerta uguale al dato regionale (4,8%) e nettamente superiore al dato di ATS (3,6%). Ciò vale per tutti i distretti dell'area ad eccezione di Bellano, che mostra un valore di poco inferiore (4,2%) al dato regionale. Diversamente, l'area di Monza e Brianza evidenzia una situazione di sofferenza: oltre a mostrare complessivamente un valore inferiore al dato regionale e territoriale (3,1%) i distretti di Desio, Seregno e Vimercate, mostrano valori inferiori al 3%.

Mobilità intra ATS e attrattività per Distretto

L'osservazione dei dati di mobilità intra ATS evidenzia come la prossimità costituisca un fattore importante nella scelta della struttura cui accedere. Come è possibile osservare in tabella 5, la maggior parte delle persone è ospitata in strutture che insistono nello stesso distretto di residenza o nelle immediate vicinanze. Il valore di attrattività più elevato viene mostrato dalle strutture di Lecco: oltre il 91% degli ospiti risulta residente nel distretto.

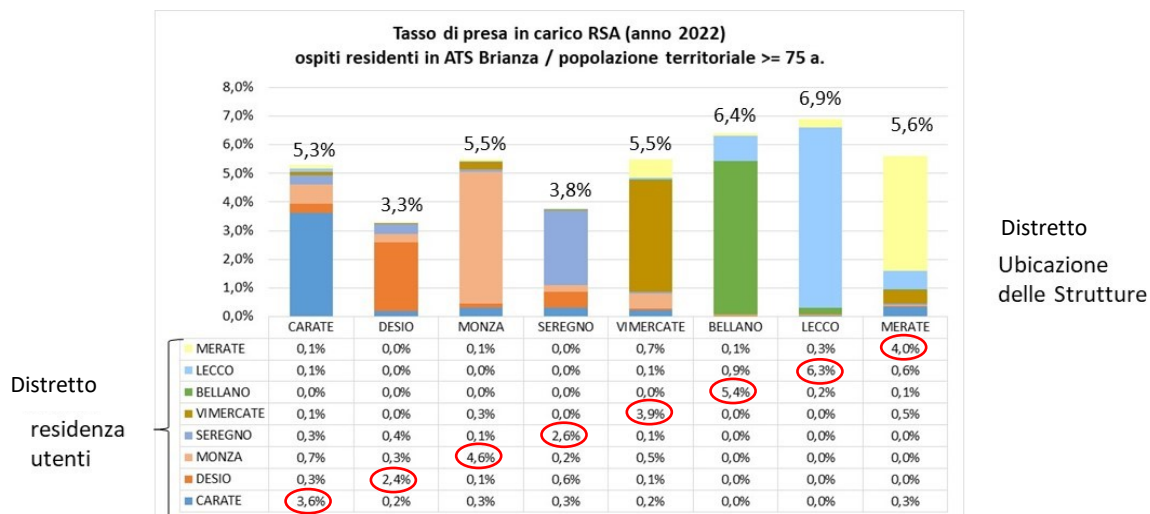
Tabella 5 – Mobilità intra ATS

Residenza Ospiti (*)	Ubicazione Strutture									Ubicazione Strutture									% riga
	CARATE	DESIO	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	BELLANO	LECCO	MERATE	Totale	CARATE	DESIO	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	BELLANO	LECCO	MERATE		
CARATE	652	55	124	56	21	0	19	26	953	68,4%	5,8%	13,0%	5,9%	2,2%	0,0%	2,0%	2,7%	100%	
DESIO	39	529	65	77	6	0	1	9	726	5,4%	72,9%	9,0%	10,6%	0,8%	0,0%	0,1%	1,2%	100%	
MONZA	70	32	1075	18	61	3	7	13	1279	5,5%	2,5%	84,1%	1,4%	4,8%	0,2%	0,5%	1,0%	100%	
SEREGNO	62	109	46	512	1	2	4	9	745	8,3%	14,6%	6,2%	68,7%	0,1%	0,3%	0,5%	1,2%	100%	
VIMERCATE	47	12	110	11	809	3	11	138	1141	4,1%	1,1%	9,6%	1,0%	70,9%	0,3%	1,0%	12,1%	100%	
Provincia MB	870	737	1420	674	898	8	42	195	4844	18,0%	15,2%	29,3%	13,9%	18,5%	0,2%	0,9%	4,0%	100%	
BELLANO	1	2	1	0	0	376	61	6	447	0,2%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	84,1%	13,6%	1,3%	100%	
LECCO	9	1	2	2	5	44	1292	62	1417	0,6%	0,1%	0,1%	0,1%	0,4%	3,1%	91,2%	4,4%	100%	
MERATE	49	1	7	5	66	8	89	566	791	6,2%	0,1%	0,9%	0,6%	8,3%	1,0%	11,3%	71,6%	100%	
Provincia Lecco	59	4	10	7	71	428	1442	634	2655	2,2%	0,2%	0,4%	0,3%	2,7%	16,1%	54,3%	23,9%	100%	
ATS Brianza	992	918	1700	822	1165	456	1556	959	8568	11,6%	10,7%	19,9%	9,6%	13,6%	5,3%	18,2%	11,2%	100%	
Extra ATS	63	177	270	141	196	20	72	130	1069	5,9%	16,6%	25,3%	13,2%	18,3%	1,9%	6,7%	12,2%	100%	



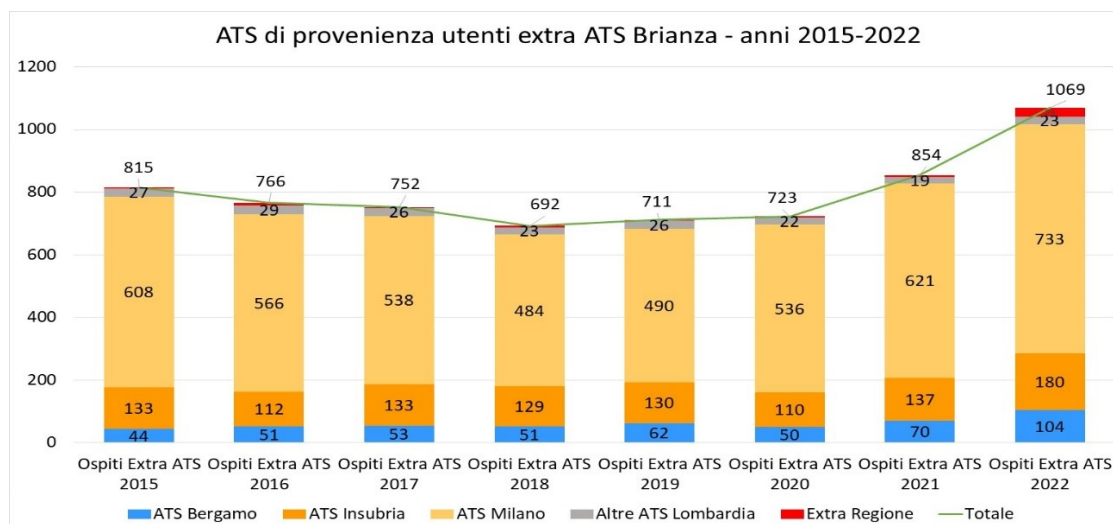
Anche Il tasso di presa in carico conferma ulteriormente quanto descritto: mostra come la maggiore quota di ospiti riguardi la popolazione residente nello stesso distretto in cui sono ubicate le strutture (grafico 7).

Grafico 7 – Tasso di presa in carico



Per quanto attiene la mobilità in ingresso, le RSA del territorio di ATS Brianza hanno accolto nel 2022 il 12% di persone provenienti da altre ATS. Se si osservano la tabella 5 e il Grafico 7 è possibile notare come tale attrattività riguardi in particolare i cittadini di ATS Metropolitana, ATS Insubria e ATS Bergamo e riguarda specialmente le strutture del territorio di Monza (25%), Desio (16,6%), Seregno (13,2%) e Merate (12,2%). L'analisi dei dati relativi ai flussi SOSIA degli anni precedenti (Grafici 8 e 9), mostra come nel tempo l'attrattività delle strutture RSA Ubicate sul territorio di ATS Brianza abbia sempre riguardato le stesse ATS (Città Metropolitana di Milano, Insubria e Bergamo) con un andamento inizialmente decrescente cui ha fatto seguito un significativo incremento negli ultimi due anni arrivando nel 2022 a interessare 1.069 ospiti (12,6% della popolazione ospitata in RSA).

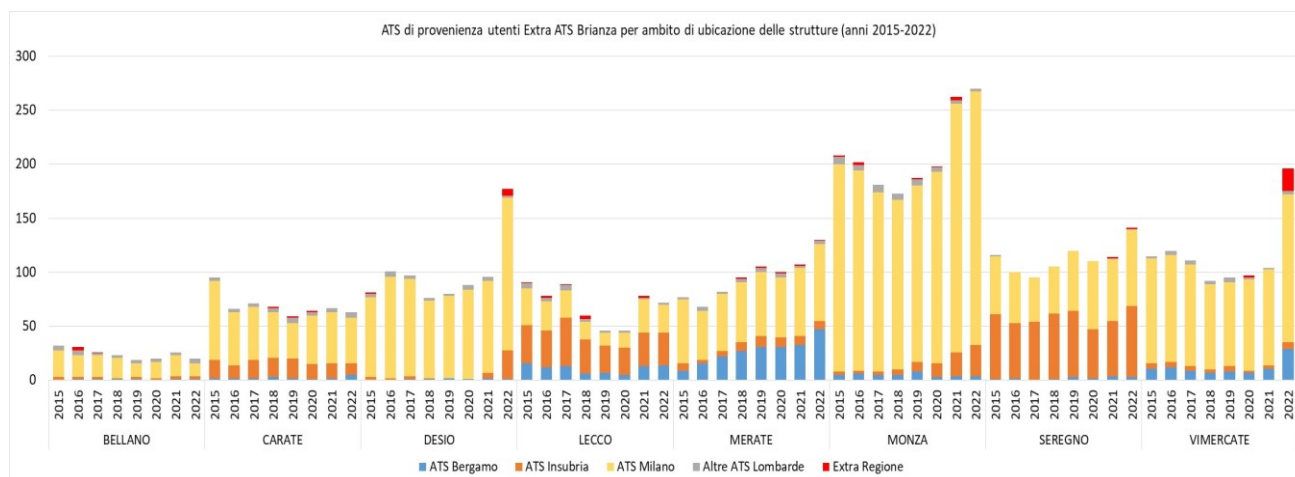
Grafico 8 – Attrattività strutture territorio ATS Brianza (Flusso SOSIA anni 2015-2022) – numero ospiti



L'osservazione degli accessi alle RSA di persone provenienti da territori Extra ATS Brianza nel corso degli anni 2015-2022 mostra un coinvolgimento diversificato dei vari distretti, condizionato in buona parte dalla collocazione geografica. Così, i cittadini di ATS Milano rappresentano la maggior quota di ospiti extra ATS presenti nelle strutture dei distretti di Desio, Monza e Vimercate. Negli altri Distretti, è invece possibile osservare una presenza significativa di ospiti provenienti da ATS Insubria (Carate,

Lecco e Seregno) e ATS Bergamo (Merate). Benché l'accesso degli ospiti extra ATS nelle varie UdO si sia mantenuta tendenzialmente costante a livello Distrettuale, è opportuno osservare come gli incrementi nel 2022 abbiano interessato maggiormente i territori di Monza, Desio e Vimercate.

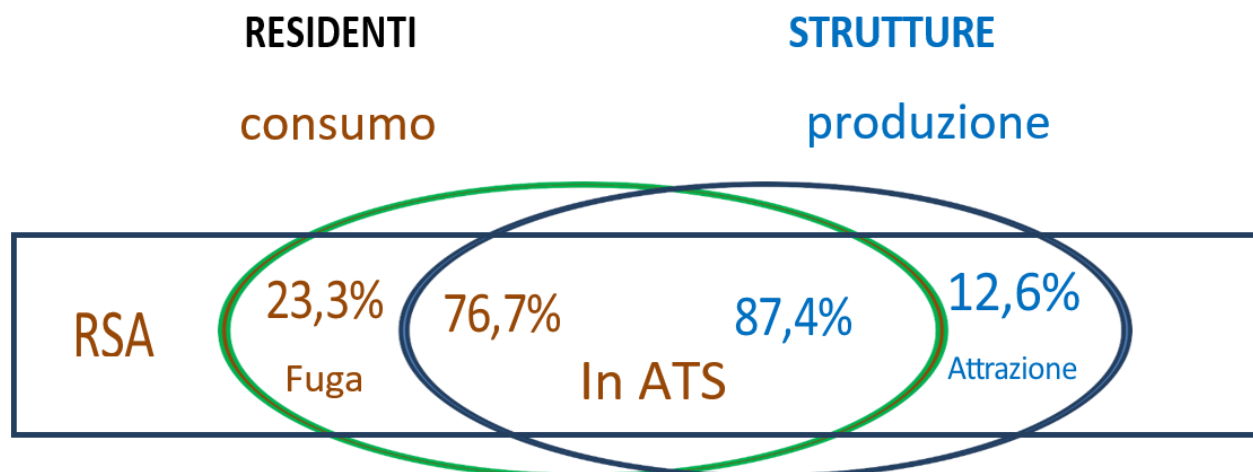
Grafico 9 – Ospiti RSA provenirenti da territori Extra ATS Brianza anni 2015-2022



Consumo e Produzione (anno 2022)

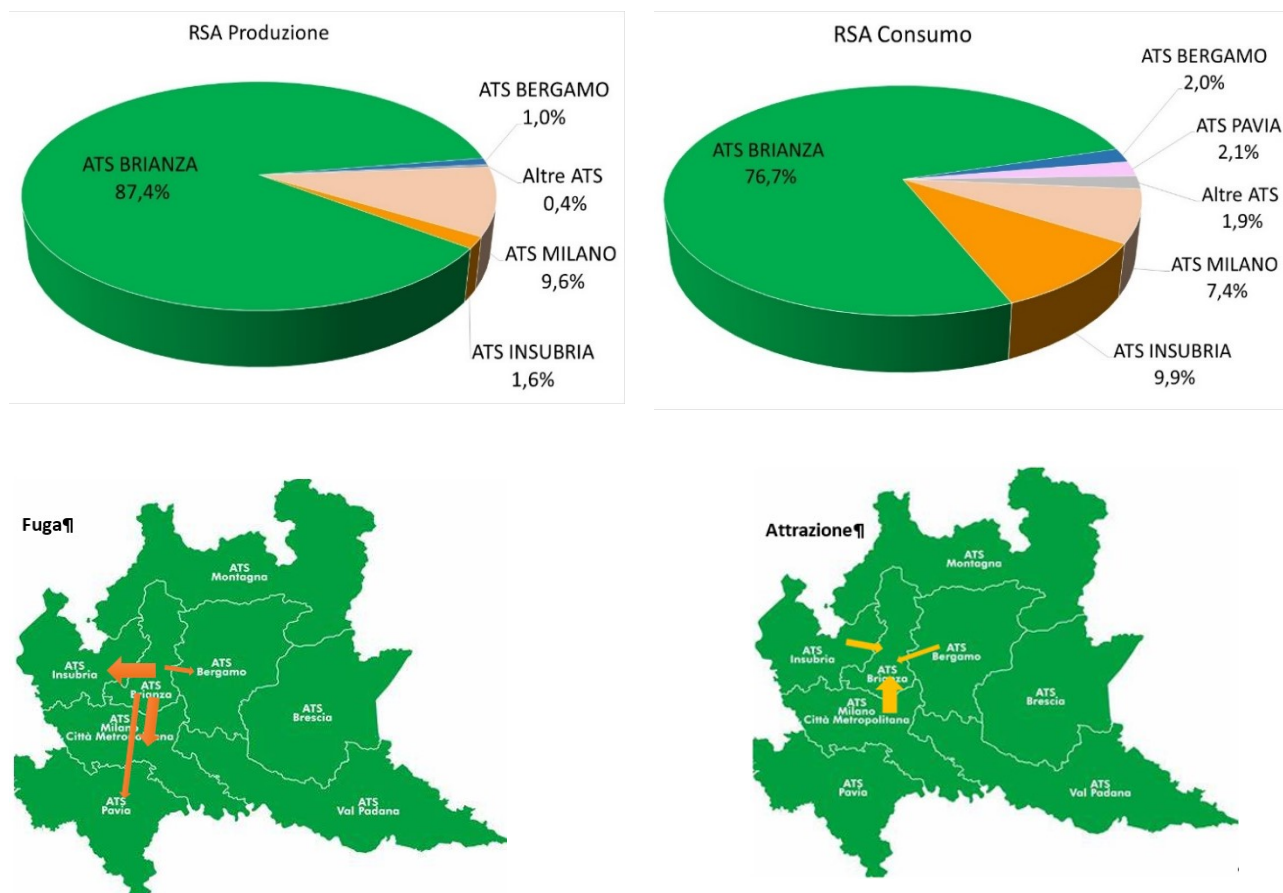
I dati di consumo e produzione del 2022 sintetizzati in figura 2 e grafico 10 ci aiutano a completare il quadro della mobilità delle persone che accedono alle RSA. Come discusso in precedenza, il 12,6% della produzione di questa tipologia di UdO è dedicata a persone provenienti da territori extra ATS Brianza, in primo luogo da ATS Città metropolitana di Milano (9,6%). Molto più elevato, invece, è il dato di consumo dei cittadini residenti in ATS Brianza verso RSA ubicate al di fuori del territorio di ATS Brianza ("fuga"). Tale dato per il 2022 si attesta al 23,3%⁵.

Figura 2 – Consumo e Produzione RSA anno 2022



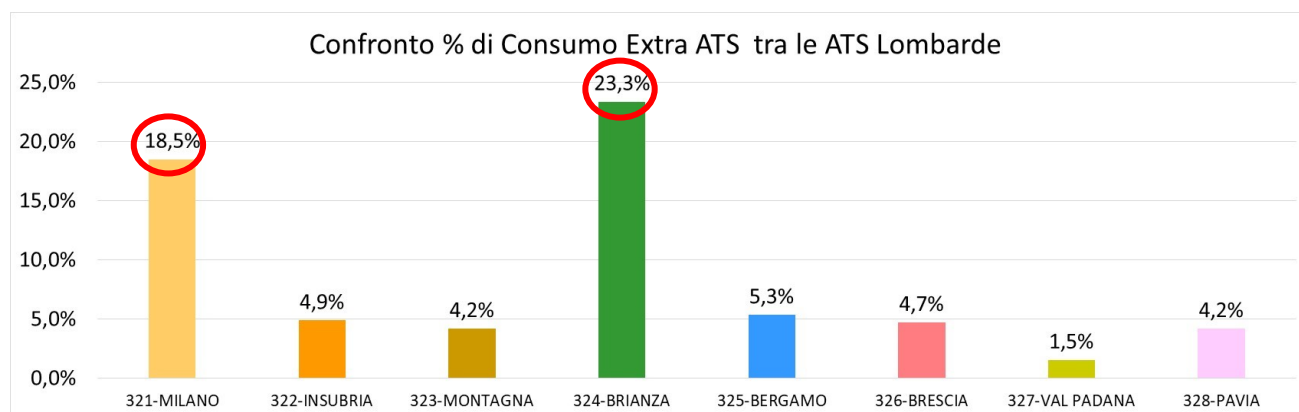
⁵ I dati relativi alle prestazioni erogate a nostri residenti al di fuori dei confini di ATS Brianza sono stati inferiti dalle tabelle di rendicontazione finanziaria fornite dalle strutture regionali a tutte le ATS per finalità amministrative.

Grafico 10 – Dettaglio ATS Consumo e Produzione anno 2022



La “fuga” dei cittadini anziani verso Residenze Sanitarie Assistenziali ubicate al di fuori delle ATS Brianza è orientata verso ATS Insubria (9,9%), ATS Città Metropolitana di Milano (7,4%), ATS Pavia 2,1% e ATS Bergamo (2,0%). È importante notare (grafico 11) che la percentuale di “fuga” da ATS Brianza è la più alta della Regione, seguita a poco meno di cinque punti percentuali da ATS Città Metropolitana di Milano (18,5%). Tutte le altre ATS non superano il valore del 6%.

Grafico 11 – Confronti dati di consumo extraterritoriale tra le ATS Lombarde



L'analisi dei dati che possono contribuire alla valutazione del bisogno nell'ambito delle RSA permette dunque di evidenziare la carenza di posti: benché si possa ipotizzare che la scelta di una struttura extra territoriale sia determinata anche dal costo delle rette (Tabella 6), è altresì vero che l'entità del valore di "fuga" (23% delle risorse), nonché la direzione della stessa (rivolta per lo più al territorio limitrofi), rende ragionevole ipotizzare che vi sia una quota di bisogno che non trova risposta nel nostro territorio (vedi figure seguenti).

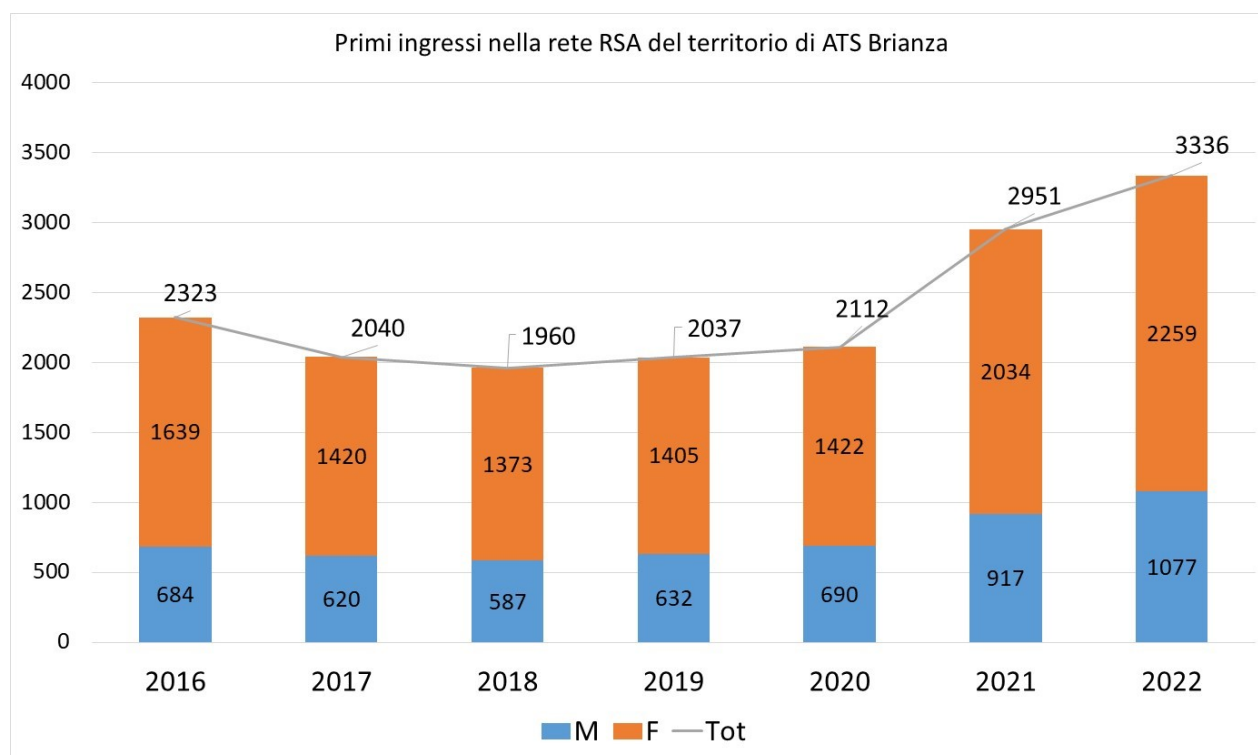
Tabella 6 – Rette RSA in Lombardia nel 2022					
Rette RSA ⁶					
ATS	Retta Minima	Retta Massima	ATS	Retta Minima	Retta Massima
ATS Brianza	Media 76,3 € - Mediana 75,0 €	Media 86,8 € - Mediana 85,0 €	ATS Pavia	Media 61,3 € - Mediana 59,0 €	Media 68,6 € - Mediana 65,0 €
	(Min 55,3- Max 97,5)	(Min 61,0- Max 152,0)		(Min 43,0-Max 89,0)	(Min 49,32-Max 142,0)
ATS Insubria	Media 73,0 € - Mediana 72,7 €	Media 82,5 € - Mediana 79,6 €	ATS Val Padana	Media 56,7 € - Mediana 56,0 €	Media 63,9 € - Mediana 60,0 €
	(Min 49,0-Max 120)	(Min 60,5-Max 122,0)		(Min 45,0-Max 63.30)	(Min 49,5-Max 90,0)
ATS Milano	Media 74,6 € - Mediana 73,5 €	Media 95,3 € - Mediana 84,0 €	ATS Bergamo	Media 60,8 € - Mediana 59,3 €	Media 68,4 € - Mediana 67,0 €
	(Min 12,53-Max 110)	Min51,65-Max 240,0)		(Min 47,67-Max 87,4)	(Min 47,67-Max 111,0)
ATS Montagna	Media 55,6 € - Mediana 54,3 €	Media 65,6 € - Mediana 61,5 €	ATS Brescia	Media 56,9 € - Mediana 54,6 €	Media 66,7 € - Mediana – 63,0 €
	(Min 47,53-Max 85)	(Min 47,67-Max 130,0)		(Min 43,5-Max 128,0)	(Min 44,5-Max 180,0)
Generale Lombardia - Retta Minima Media 66,3 € - Retta massima Media 77,6 €					

⁶ Dati ricavati dai siti istituzionali delle ATS

Gli accessi alla Rete delle RSA territoriali (FONTE SOSIA)

Come è possibile osservare nel Grafico 12, nel corso degli anni 2016-2022, dopo un triennio caratterizzato da un decremento del numero di nuovi accessi, si è assistito ad un significativo incremento, soprattutto dopo il biennio funestato dalla pandemia da Sars-Cov2.

Grafico 12 – Primi accessi alla rete RSA del territorio



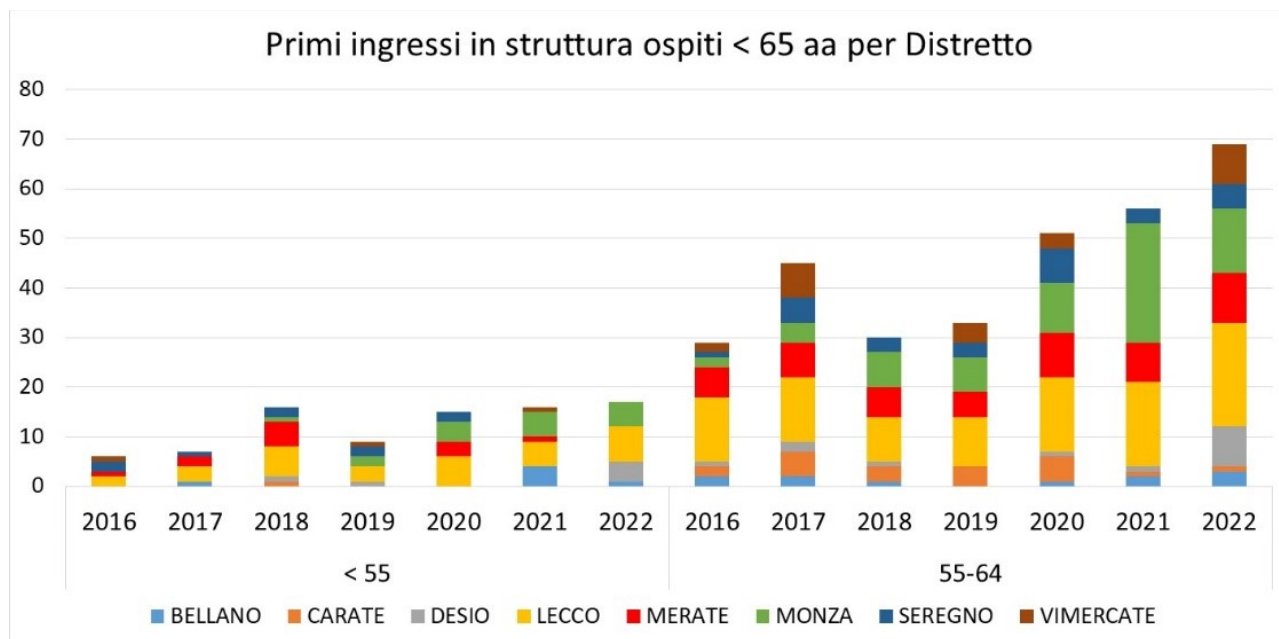
Mentre gli accessi delle persone di età superiore ai 75 anni riguardano inevitabilmente in prevalenza persone di genere femminile, ad età inferiori la variabile genere non mostra differenze di rilievo. Gli accessi di persone di età inferiore ai 65 anni superano di poco il 2% del totale dei nuovi ingressi per anno e presentano un incremento negli anni. (Tabella 7 e Grafico 13)

Tabella 7 – Primi accessi alla rete RSA del territorio

Ingresso	< 55		55-64		65-74		75 e +		< 55		55-64		65-74		75 e +		TOT
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
2016	5	1	16	13	105	79	558	1.546	0,2%	0,0%	0,7%	0,6%	4,5%	3,4%	24,0%	66,6%	2.323
2017	3	4	22	23	55	69	540	1.324	0,1%	0,2%	1,1%	1,1%	2,7%	3,4%	26,5%	64,9%	2.040
2018	11	5	14	16	74	55	488	1.297	0,6%	0,3%	0,7%	0,8%	3,8%	2,8%	24,9%	66,2%	1.960
2019	7	2	17	16	58	70	550	1.317	0,3%	0,1%	0,8%	0,8%	2,8%	3,4%	27,0%	64,7%	2.037
2020	7	8	27	24	94	89	562	1.301	0,3%	0,4%	1,3%	1,1%	4,5%	4,2%	26,6%	61,6%	2.112
2021	11	5	32	24	98	107	776	1.898	0,4%	0,2%	1,1%	0,8%	3,3%	3,6%	26,3%	64,3%	2.951
2022	12	5	41	28	112	133	912	2.093	0,4%	0,1%	1,2%	0,8%	3,4%	4,0%	27,3%	62,7%	3.336
Totale	87	54	259	244	911	1.084	5.660	15.659	0,4%	0,2%	1,1%	1,0%	3,8%	4,5%	23,6%	65,4%	23.958

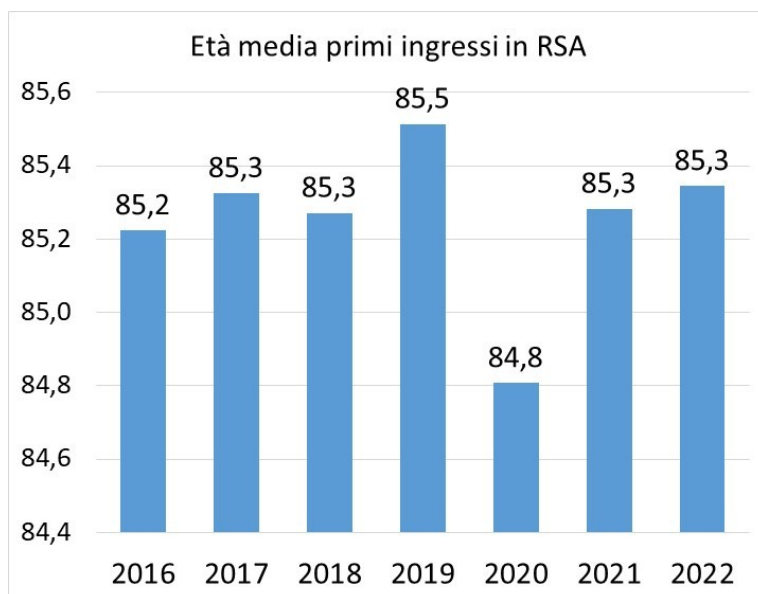
L'osservazione per distretto evidenzia come negli anni gli ingressi di soggetti di età inferiore alla soglia teorica per l'ammissione in RSA abbiano interessato in modo eterogeneo tutto il territorio, (grafico 13).

Grafico 13 – Primi accessi alla rete RSA del territorio



Le età media dei primi ingressi in RSA mostra una sostanziale stabilità con minime variazioni. Fanno eccezione gli ingressi nel corso dell'anno 2020 (grafico 14), che testimonia accessi da parte di una quota di ospiti leggermente più giovane, verosimilmente dovuta agli effetti della pandemia.

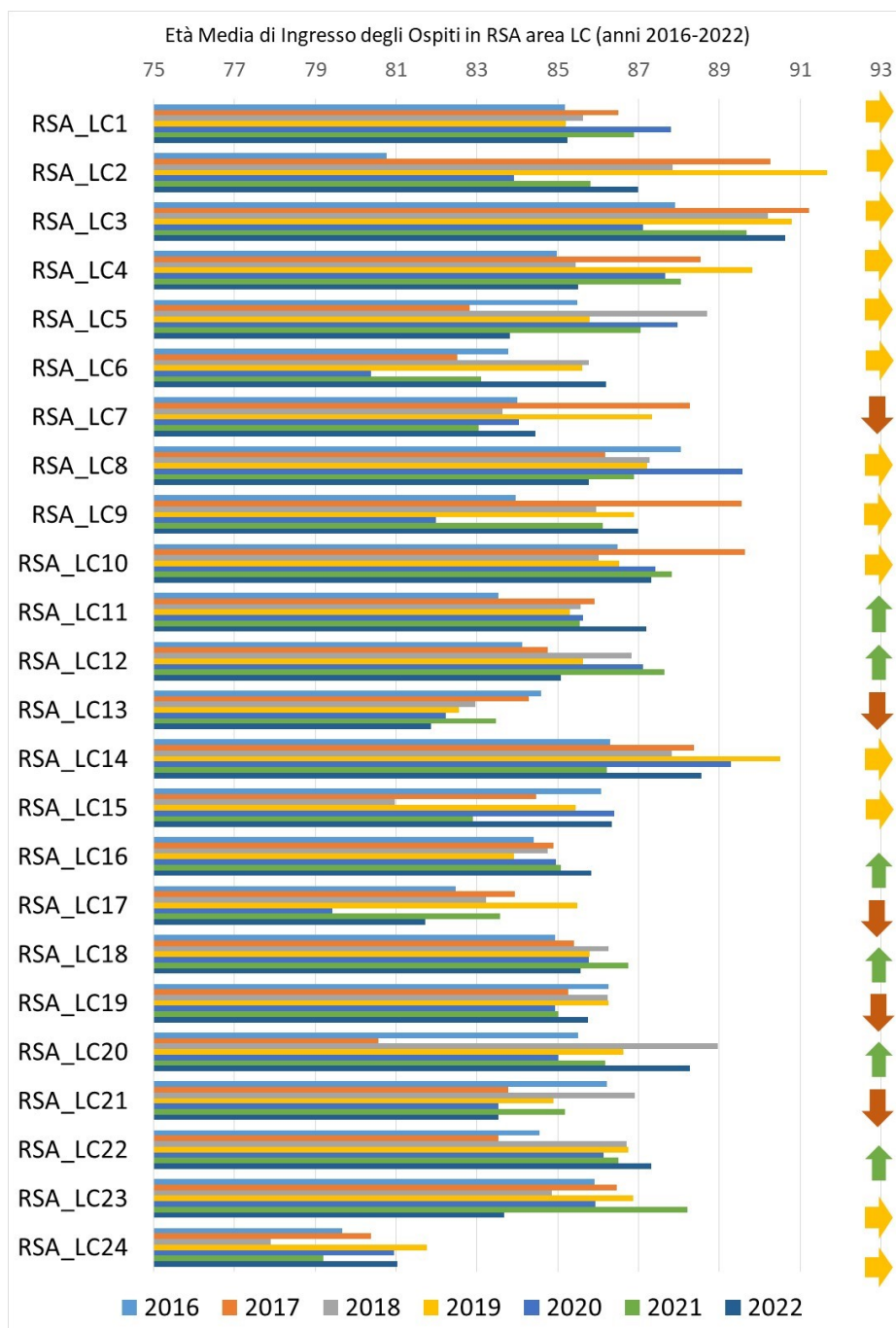
Grafico 14 – Età media primi ingressi nelle RSA del territorio ATS Brianza (aa 2016-2022)



Se osservato rispetto alle singole UdO, il dato relativo all'età media di accesso mostra una elevata eterogeneità, con ampia variabilità tra i valori annuali e tra le strutture stesse (grafici 15 e 16).

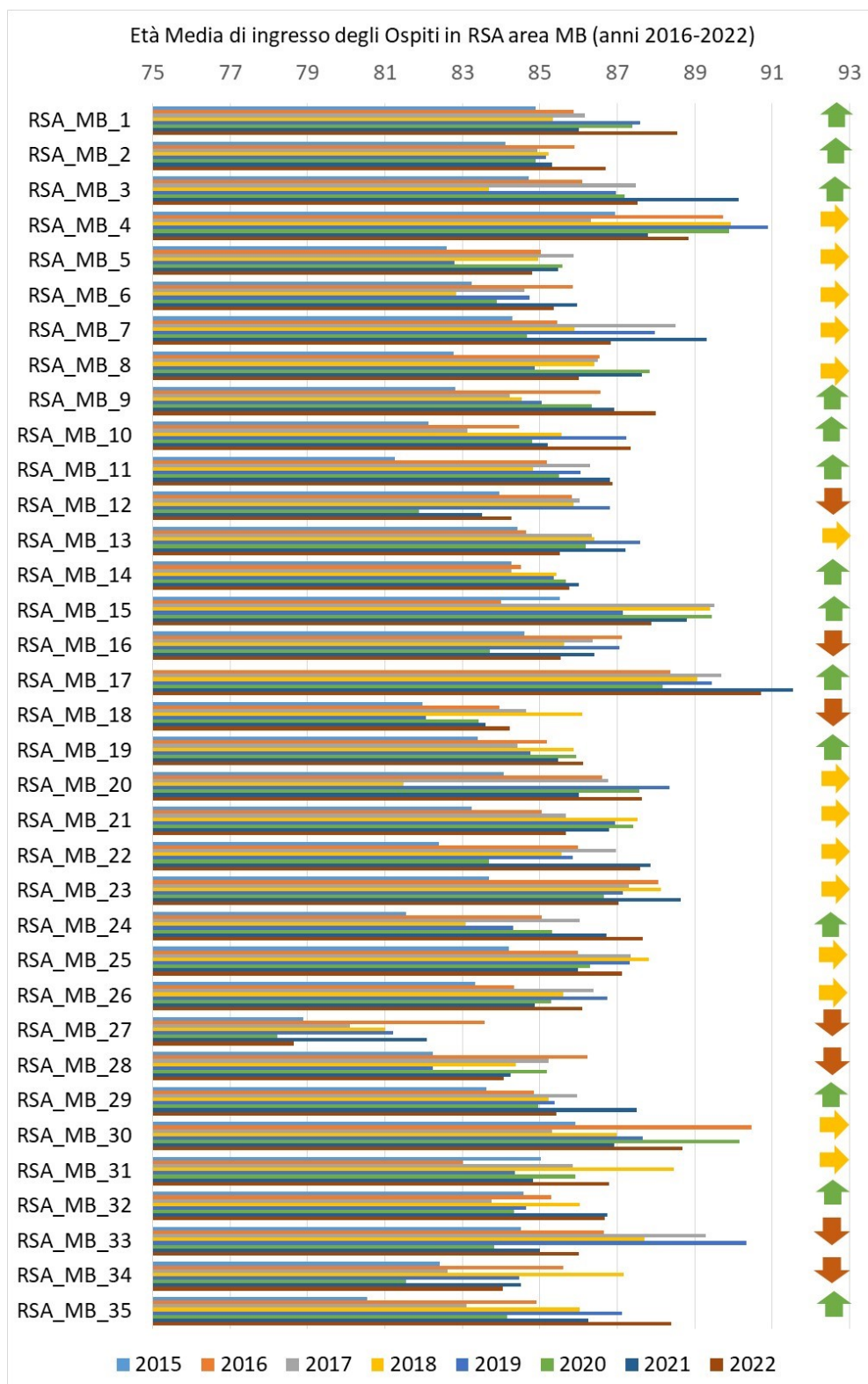
Benché si possano rilevare delle tendenze all'incremento o al decremento, prevale comunque una ampia variabilità tra i valori annuali e tra le strutture.

Grafico 15 – Età media di ingresso ospiti RSA (Area LC)



(nota: il grafico non comprende i dati relativi alle strutture che presentavano l'informazione solo per una annualità)

Grafico 16 – Età media di ingresso ospiti RSA (Area MB)

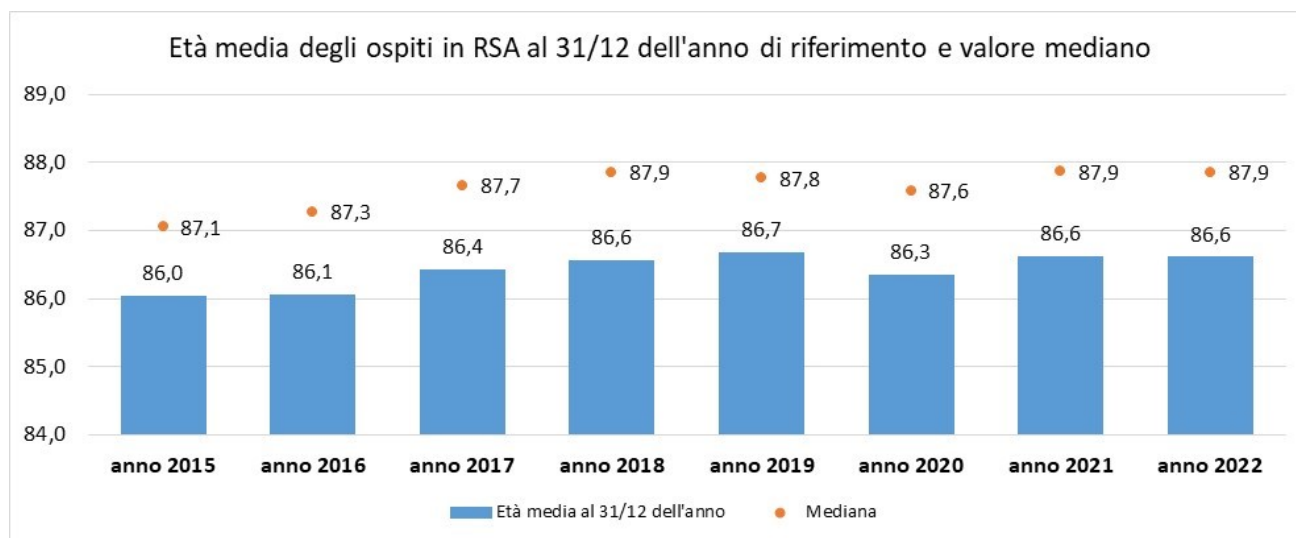


(nota: il grafico non comprende i dati relativi alle strutture che presentavano l'informazione solo per una annualità)

ETÀ Media ospiti (FONTE SOSIA)

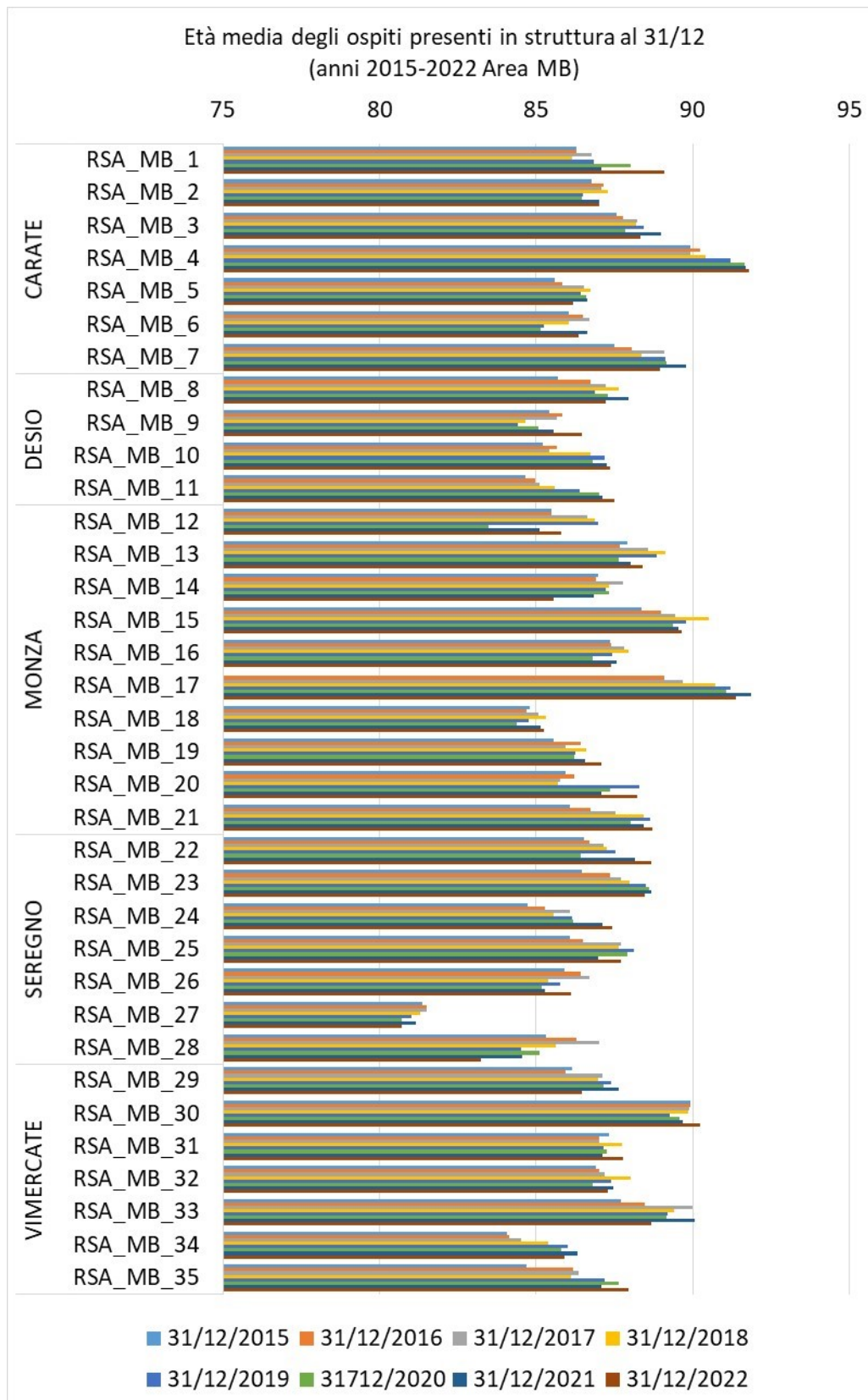
L'età media delle persone ospitate all'interno delle strutture, calcolate al 31/12 dell'anno di riferimento si attesta a 86,6 anni. L'osservazione dei valori nell'arco temporale 2015-2022 mostra un leggero incremento che si ferma nel 2020 (effetto Covid) per riprendere negli anni successivi. Da osservare come il valore mediano si colloca circa a 1 anno sopra il valore medio (Grafico 17). Tale evidenza testimonia la presenza nell'insieme dei dati di valori estremi che influenzano la media.

Grafico 17 – Età media e valore mediano al 31/12 degli ospiti in RSA negli anni 2015-2022



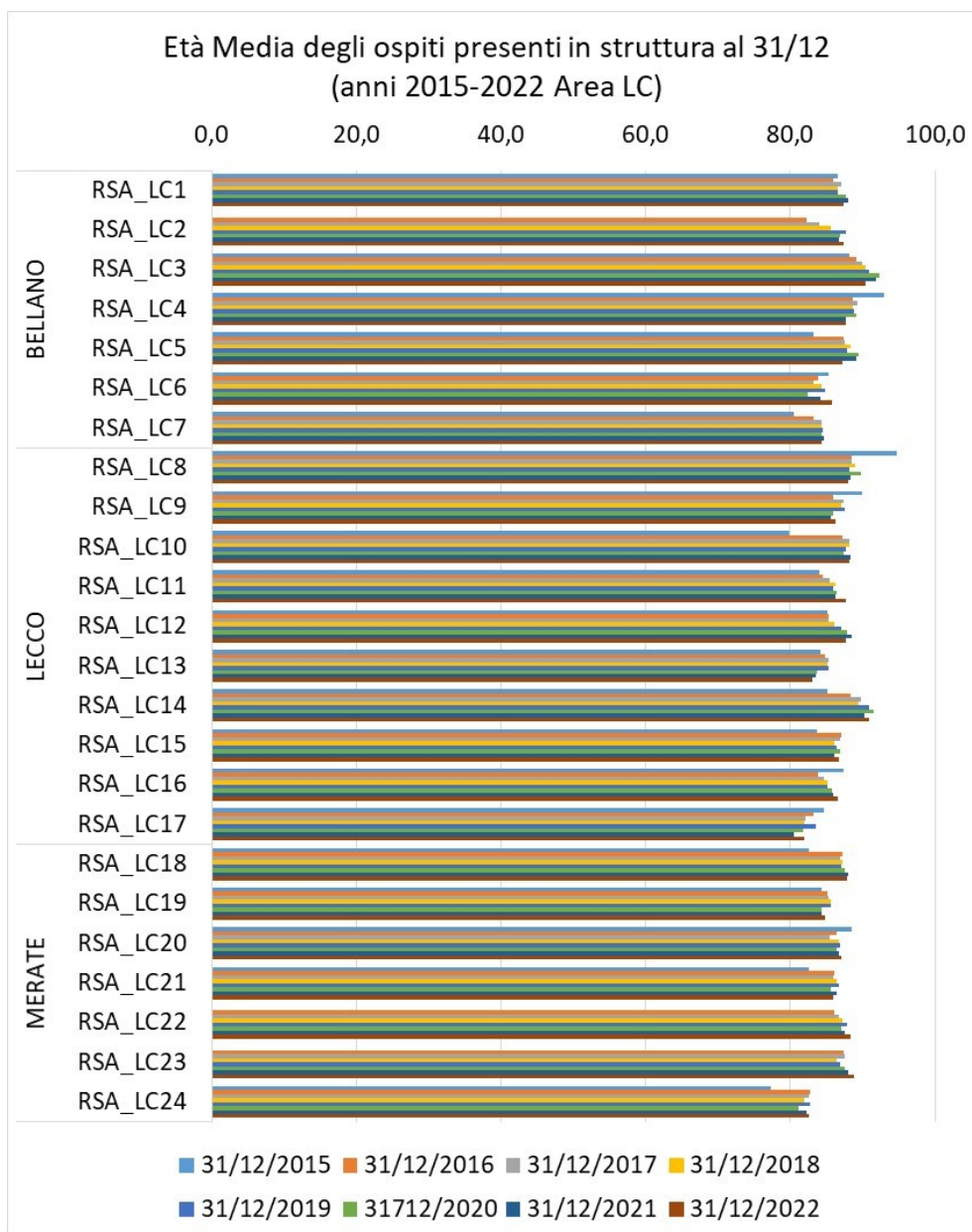
L'eterogeneità di cui sopra è particolarmente evidente se si considerano le età medie distinte per struttura. Se si osservano i grafici 18 e 19, è possibile notare UdO con ospiti di età media di circa 90 anni e strutture con ospiti più giovani, con età media che può arrivare a 81 anni. Anche l'andamento dei valori di età media all'interno delle singole strutture mostra, nel corso degli anni 2015-2022, una discreta variabilità che in alcune strutture si esprime con un incremento dei valori di età media mentre in altre, all'opposto, si evidenzia un decremento. Non mancano infine strutture in cui l'andamento dei valori di età media è particolarmente eterogeneo.

Grafico 18 – Età media ospiti presenti in struttura al 31/12



(nota: il grafico non comprende i dati relativi alle strutture che presentavano l'informazione solo per una annualità)

Grafico 19 – Età media ospiti presenti in struttura al 31/12

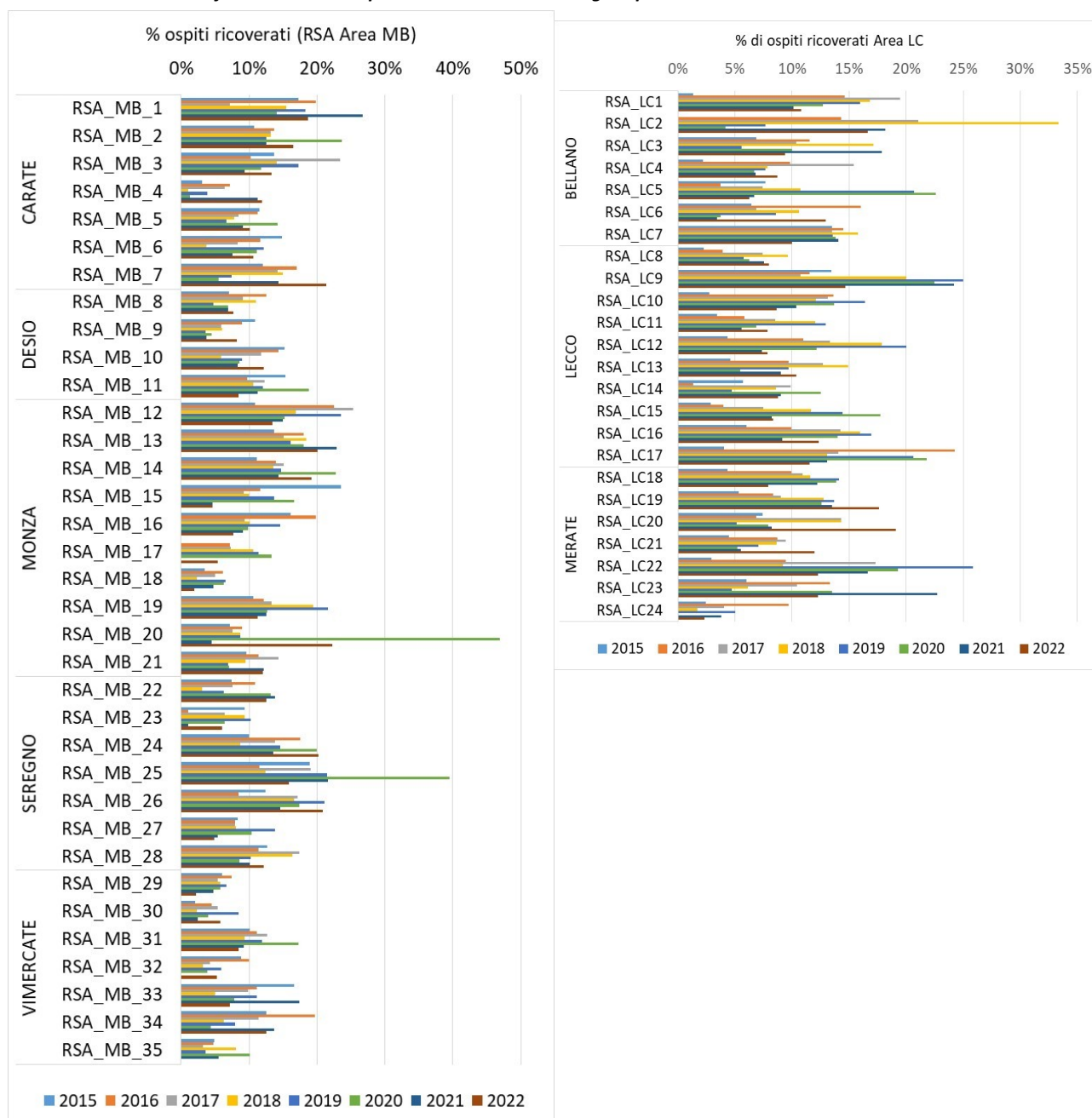


(nota: il grafico non comprende i dati relativi alle strutture che presentavano l'informazione solo per una annualità)

Assenze⁷

In termini generali le assenze sono motivate per lo più dai ricoveri. Questi, salvo casi particolari, spiegano più del 90% delle ore di assenza complessive. La percentuale degli ospiti che necessitano di ricovero si attesta intorno ad un valore medio del 10% del totale delle persone ospitate nell'anno in struttura. Si tratta tuttavia di un valore indicativo in quanto l'osservazione del dato per struttura e per anno mostra una ampia variabilità da valori vicini allo zero a punte del 30-40% degli ospiti (grafici 20 e 21).

Grafici 20 e 21 – % ospiti ricoverati sul totale degli ospiti accolti in struttura nell'anno

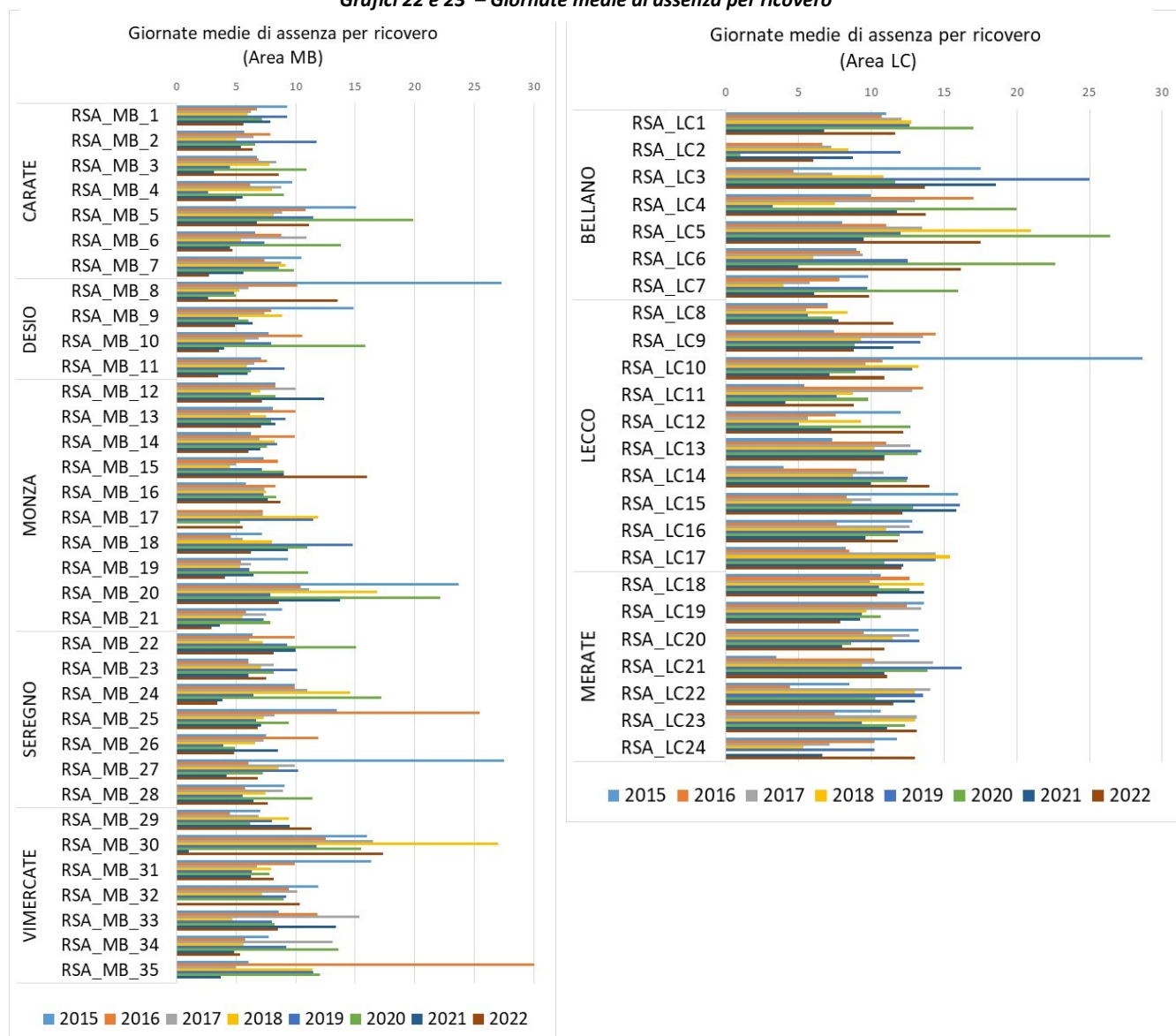


(nota: il grafico non comprende i dati relativi alle strutture che presentavano l'informazione solo per una annualità)

⁷ Fonte SOSIA

Le giornate di assenza per ricovero si attestano intorno ad una media di 10 giorni per ospite. Anche in questo caso si osserva una ampia variabilità negli anni tra le strutture. Infatti, come è possibile osservare dai grafici 22 e 23, non mancano situazioni che si collocano ben oltre i 10 giorni di assenza. È opportuno a riguardo considerare che il calcolo è stato effettuato mettendo in rapporto le giornate di assenza con le persone ricoverate. Pertanto il valore elevato di media dei giorni di ricovero può essere dipeso anche da un singolo ricovero protratto nel tempo. È questo, per esempio, il caso dell’RSA_MB_35 che nel 2016 mostra una media di 31 giorni di ricovero che hanno coinvolto il 5% degli ospiti. Anche l’RSA_MB_8, che nel 2015 ha registrato una media di 27 giorni di ricovero che hanno coinvolto il 7% degli ospiti.

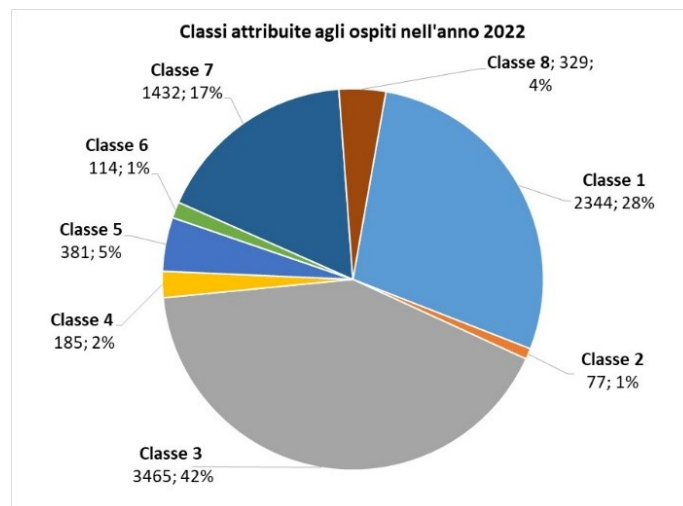
Grafici 22 e 23 – Giornate medie di assenza per ricovero



Fragilità degli ospiti (classificazione SOSIA)

Come esemplificato nel grafico 24, quasi 9 ospiti su 10 rientrano all'interno di tre classi di fragilità: Classe 1 (28%); Classe 3 (42%) e classe 7 (17%), le altre classi riguardano al massimo il 5% degli ospiti.

Grafico 24 – Classi di fragilità attribuite nel 2022 agli ospiti delle RSA



È opportuno notare che le classi di cui si registra la maggior frequenza di ospiti sono caratterizzate da una condizione di gravità nella categoria inerente lo stato di salute e la presenza di patologie ("Comorbidità"). Tale aspetto costituisce un dato "strutturale" all'interno delle RSA e condiziona la frequenza di attribuzione alle classi (Tabella 8). Infatti, se si osserva il grafico 25, è evidente osservare come le classi di fragilità riconosciute agli ospiti in ingresso rientrano quasi sempre all'interno delle tre categorie indicate.

Tabella 8 - Sistema di classificazione SOSIA: attribuzione delle classi per tipologia di compromissione dei domini

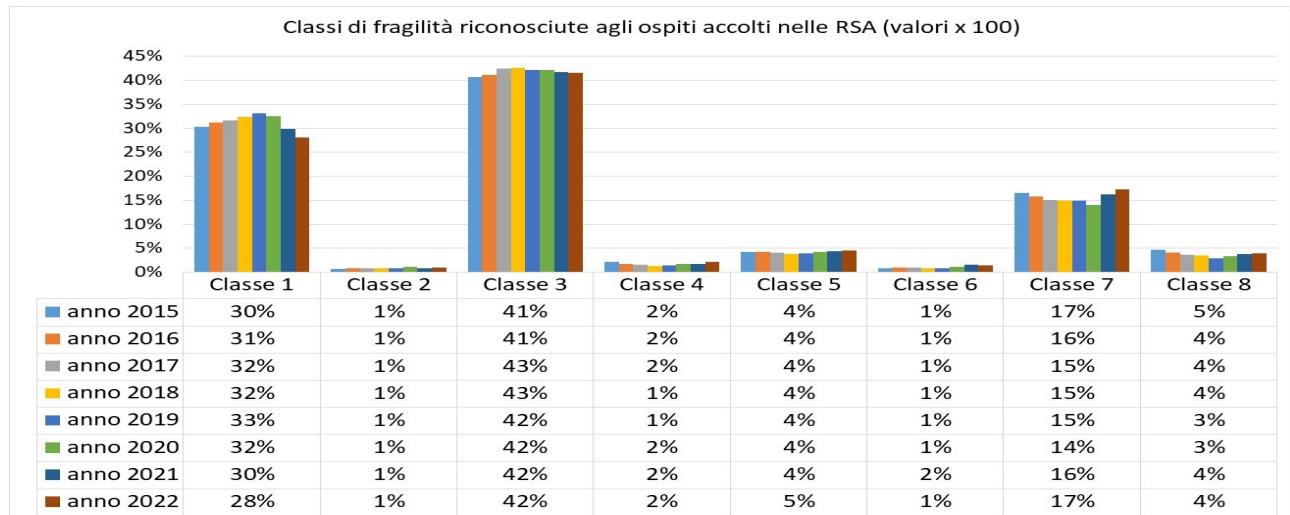
Classe	Mobilità	Cognitività	Comorbidità
1	Grave	Grave	Grave
2	Grave	Grave	Moderata
3	Grave	Moderata	Grave
4	Grave	Moderata	Moderata
5	Moderata	Grave	Grave
6	Moderata	Grave	Moderata
7	Moderata	Moderata	Grave
8	Moderata	Moderata	Moderata

Come è possibile osservare nel grafico 25, ogni anno circa il 15% delle persone inserite presenta delle condizioni di salute "gravi" con moderate ripercussioni sul piano della "cognitività", del "comportamento" e della "mobilità". Più del 40%, invece, presenta condizioni salute definite "gravi" con moderato impatto sul piano della "cognitività" e del "comportamento" e "grave" impatto sul piano della "mobilità". Il 30%, infine presenta gravi compromissioni in tutte e tre le aree considerate nella classificazione SOSIA: "Comorbidità"; "Cognitività e comportamento" e "Mobilità".

Se si volesse assumere il dato relativo alla fragilità misurata dalla Classificazione SOSIA come informazione relativa alla "domanda" che il cittadino pone alle RSA, sembra che questa riguardi in particolare gli aspetti connessi alla presenza di condizioni cliniche di rilievo, associate o meno a

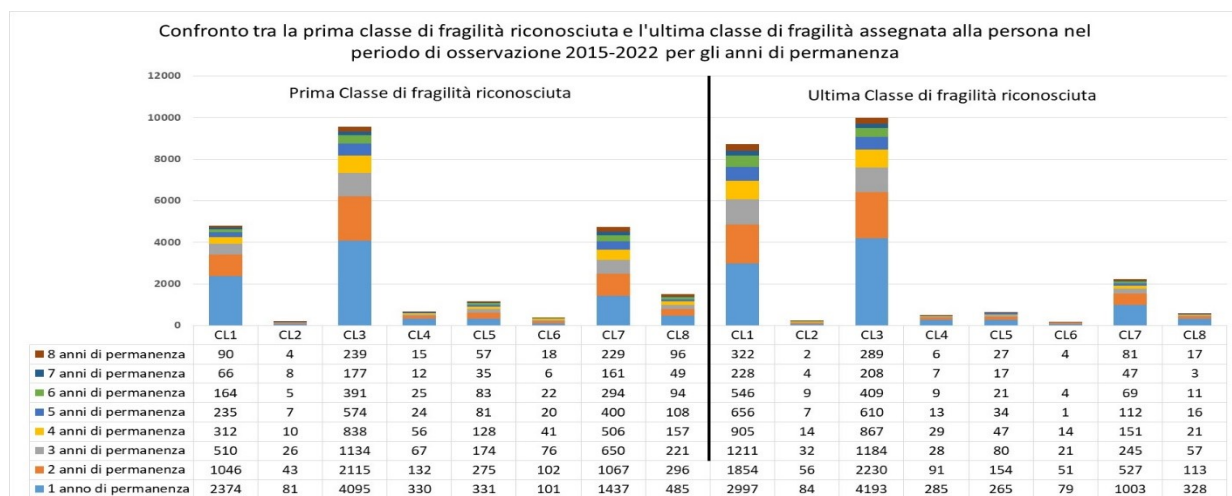
compromissioni gravi e/o moderate sul piano della mobilità o cognitività, che rendono il carico assistenziale particolarmente gravoso da affrontare. Diversamente, la minore presenza di persone con classificazione SOSIA rientrante nelle Classi 2, 6 e 4, potrebbe costituire una evidenza di maggiore sostenibilità da parte della rete familiare del carico assistenziale determinato da persone anziane che pur presentando problemi di carattere cognitivo o di mobilità di carattere moderato e/o grave, non presentano condizioni cliniche particolarmente gravi.

Grafico 25 - Classi di fragilità riconosciute agli ospiti accolti nelle RSA (anni 2015-2022)



Anche il decorso temporale delle assegnazioni delle classi di fragilità agli ospiti evidenzia come gli spostamenti nelle attribuzioni (per aggravamento dello stato “funzionale”) avvengono sempre all’interno delle tre classi di fragilità citate. Nello specifico, come è possibile osservare nel grafico 26, per quanto inevitabilmente condizionato in termini numerici dalla progressivamente ridotta numerosità dei soggetti che permangono un numero elevato di anni in RSA, gli spostamenti riguardano perlopiù i passaggi dalla “Classe 3” alla “Classe 1” ed esprime un peggioramento degli aspetti funzionali connessi alla “Cognitività e comportamento”.

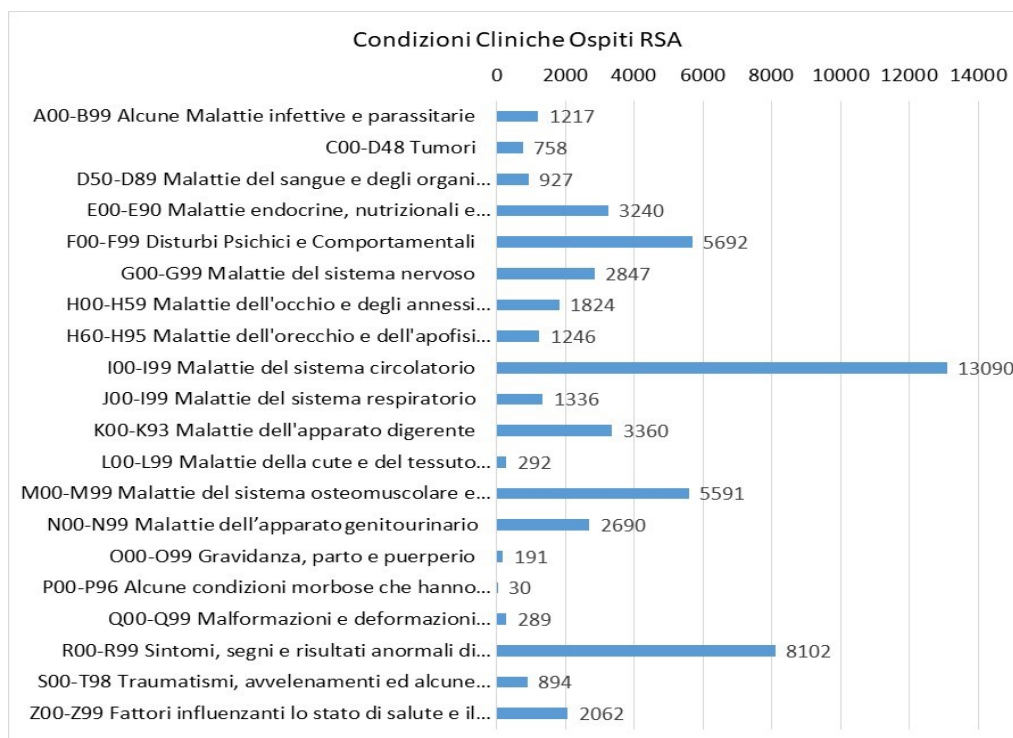
Grafico 26 - Classi di fragilità riconosciute agli ospiti accolti nelle RSA (anni 2015-2022)



Caratterizzazione clinica degli Ospiti delle RSA

Al netto delle condizioni mal definite, in parte derivanti da scarsa qualità di codifica e purtroppo numerose (R00-R99 – 8.102 occorrenze), le Malattie del Sistema circolatorio (I00-I99 – 13.090 occorrenze) caratterizzano il bisogno sanitario prevalente delle persone in RSA, seguite dalle malattie del gruppo Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99 - 5692 occorrenze, in prevalenza demenze) e dalle Malattie del sistema osteomuscolare (M00-M99 - 5591 occorrenze). (Grafico 27)

Grafico 27 - Classi di fragilità riconosciute agli ospiti accolti nelle RSA (anni 2015-2022)



CENTRI DIURNI INTEGRATI (CDI)

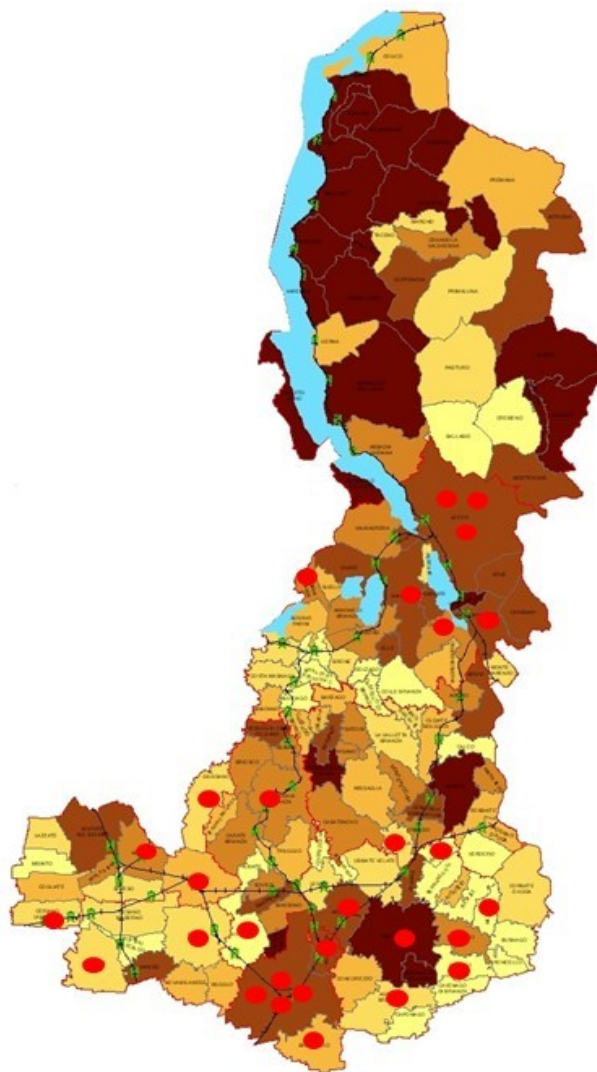
La rete territoriale

Sul territorio di ATS Brianza sono presenti 23 Centri Diurni a Contratto con una disponibilità complessiva di 867 posti abilitati di cui 728 a contratto (Tabella 9 e Figura 3).

Tabella 9 – Rete offerta CDI a contratto

CDI Centri Diurni Integrati (AFAM Settembre 2023)				
Ambiti Distrettuali	Strutture a Contratto	Posti Abilitati	Posti Accreditati	Posti a contratto
BELLANO	0	0	0	0
LECCO	6	192	170	140
MERATE	1	30	30	30
Area Lecco	7	222	200	170
CARATE BRIANZA	2	54	54	34
DESIO	2	64	64	64
MONZA	8	240	240	240
SEREGNO	4	102	102	70
VIMERCATE	7	185	175	150
Area Monza e Brianza	23	645	635	558
ATS Brianza	30	867	835	728

Figura 3 – Rete CDI a contratto nel territorio ai ATS Brianza

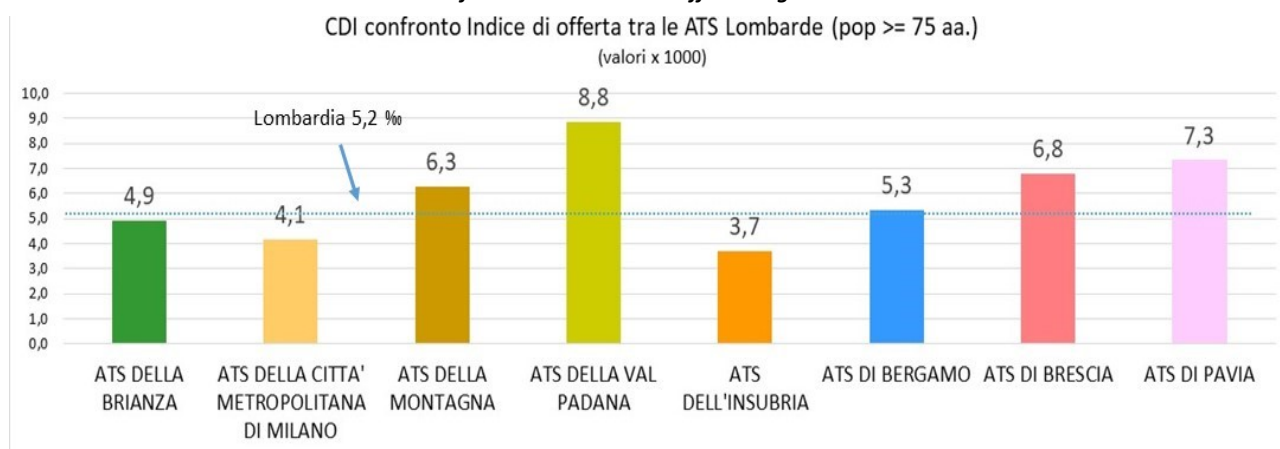


Osservando la distribuzione delle strutture sul territorio emerge l'assenza di CDI nel Distretto di Bellano. Ciò è di particolare rilevanza soprattutto in considerazione dell'elevata proporzione di persone anziane (colori scuri in fig. 3). Lo stesso Distretto di Bellano presenta l'indice di vecchiaia più elevato dell'ATS Brianza⁸.

L'attuale sistema di offerta di Regione Lombardia per questa UdO è pari a 5,2 posti ogni mille abitanti di età pari o superiori a 75 anni. Come è possibile osservare dal grafico 28, l'indice di Offerta del nostro territorio si colloca in linea con il valore regionale (4,9‰ ATS Brianza vs 5,2‰ Regione Lombardia) ed è inferiore di circa quattro punti per mille dal territorio con l'indice più offerto più elevato della Lombardia (4,9‰ ATS Brianza vs 8,8‰ ATS Val Padana).

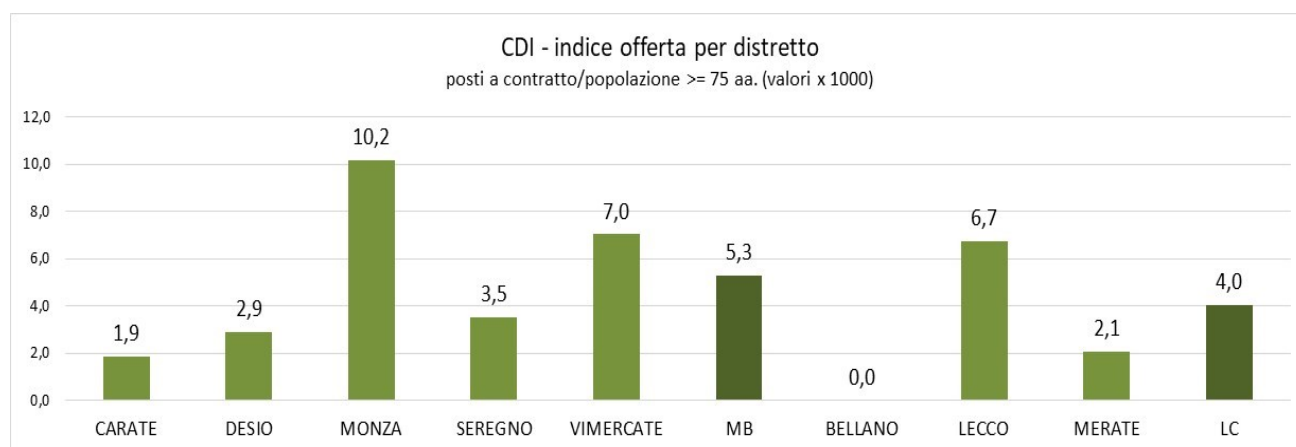
⁸ L'indice di vecchiaia al 2022 del distretto di Bellano è pari a 213,7 rispetto a un valore medio di ATS Brianza di 178,4 (Tabella 3).

Grafico 28 – CDI indice di offerta Regionale



L'indice di offerta per distretto (Grafico 29) mostra una elevata disomogeneità territoriale. Accanto al Distretto di Monza, che mostra il valore più elevato del territorio (10,2 ‰) e i Distretti di Vimercate e Lecco, che mostrano valori più elevati del dato regionale (rispettivamente del 7‰ e del 6,7‰), gli altri Distretti mostrano valori particolarmente bassi da 1,9‰ a 3,5‰.

Grafico 29 – CDI indice di offerta per Distretto



Mobilità intra ATS e attrattività per Distretto

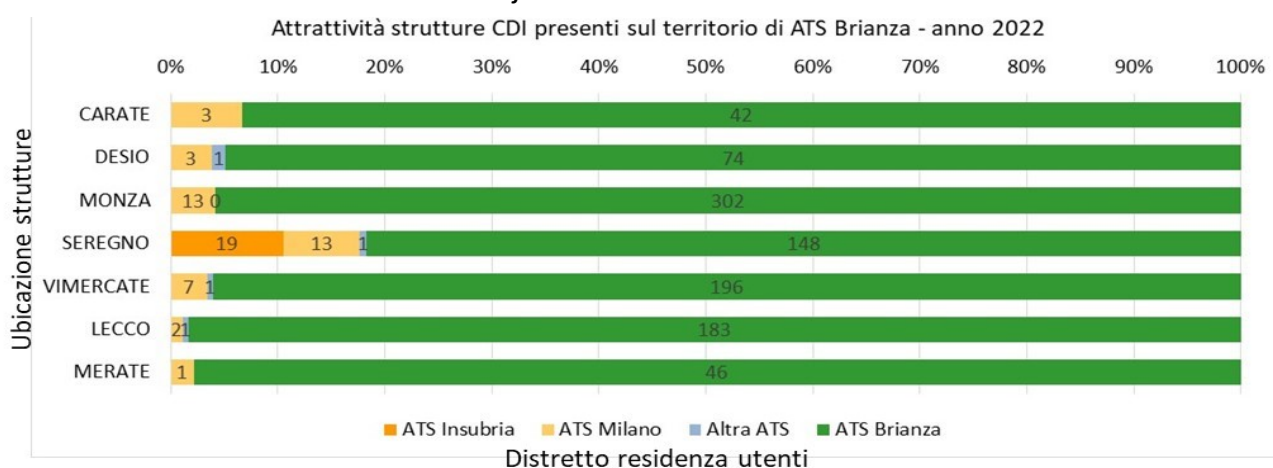
La tabella 10 sintetizza le evidenze in merito alla mobilità intra ATS ed evidenzia come la prossimità nonché l'offerta territoriale costituisca un fattore che influenza la scelta della struttura cui accedere. La maggior parte delle persone è accolta in strutture che insistono nello stesso distretto di residenza o nelle immediate vicinanze. Il valore di attrattività più elevato riguarda le strutture di Lecco: il 98,8% degli ospiti risulta residente nel distretto. La maggiore mobilità è osservata nei territori con un indice di offerta più basso. Infatti, mentre i residenti nel distretto di Merate (indice di offerta pari al 2,1‰) accedono per circa un 15% alle strutture di Lecco e Carate, i Cittadini di Carate (indice di offerta pari al 1,9‰) accedono per lo più alle strutture del territorio di Monza e, in minor misura a quelle di Seregno.

Tabella 10 – Mobilità intra ATS e Attrattività per Distretto

		Ubicazione Strutture																Totale
		LECCO	MERATE	CARATE	DESIO	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	Totale	LECCO	MERATE	CARATE	DESIO	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE		
Residenza utenti	BELLANO	8	0	1	0	0	0	0	9	88,9%	0,0%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	LECCO	164	1	0	0	0	1	0	166	98,8%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	100,0%	
	MERATE	9	37	10	0	1	0	7	64	14,1%	57,8%	15,6%	0,0%	1,6%	0,0%	10,9%	100,0%	
	CARATE	0	0	29	1	49	24	0	103	0,0%	0,0%	28,2%	1,0%	47,6%	23,3%	0,0%	100,0%	
	DESIO	0	1	0	71	6	14	0	92	0,0%	1,1%	0,0%	77,2%	6,5%	15,2%	0,0%	100,0%	
	MONZA	1	1	1	0	229	0	4	236	0,4%	0,4%	0,4%	0,0%	97,0%	0,0%	1,7%	100,0%	
	SEREGNO	1	0	0	2	1	108	0	112	0,9%	0,0%	0,0%	1,8%	0,9%	96,4%	0,0%	100,0%	
	VIMERCATE	0	6	1	0	16	1	185	209	0,0%	2,9%	0,5%	0,0%	7,7%	0,5%	88,5%	100,0%	
	Extra ATS	3	1	3	4	13	33	8	65	4,6%	1,5%	4,6%	6,2%	20,0%	50,8%	12,3%	100,0%	
Totale		186	47	45	78	315	181	204	1056	17,6%	4,5%	4,3%	7,4%	29,8%	17,1%	19,3%	100,0%	

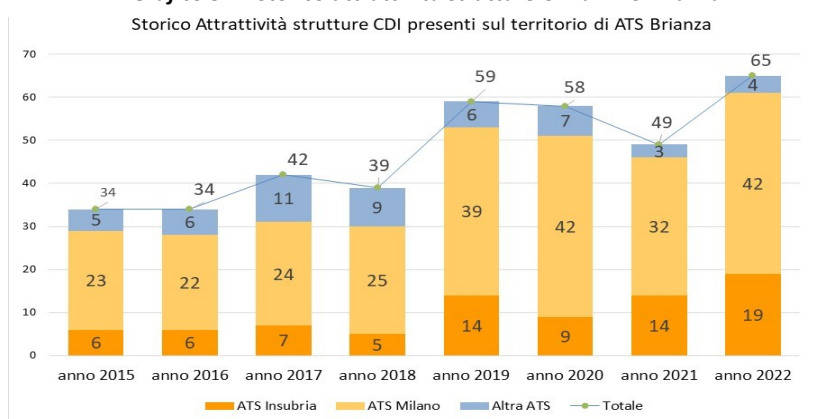
L'attrattività (grafico 30), benché contenuta, riguarda ATS Città Metropolitana e ATS Insubria: la prima si rivolge in maggior misura ai Distretti di Monza e Seregno, la seconda è diretta in modo esclusivo verso il distretto di Seregno.

Grafico 30 – Attrattività Strutture



L'analisi dei dati relativi ai flussi dei CDI degli anni precedenti (grafico 31), mostra come l'attrattività dei CDI del territorio di ATS Brianza abbia sempre riguardato le stesse ATS (Città Metropolitana di Milano e Insubria) con un andamento crescente che nel 2022 è arrivato a interessare 65 ospiti, circa il 6% della popolazione che accede ai CDI.

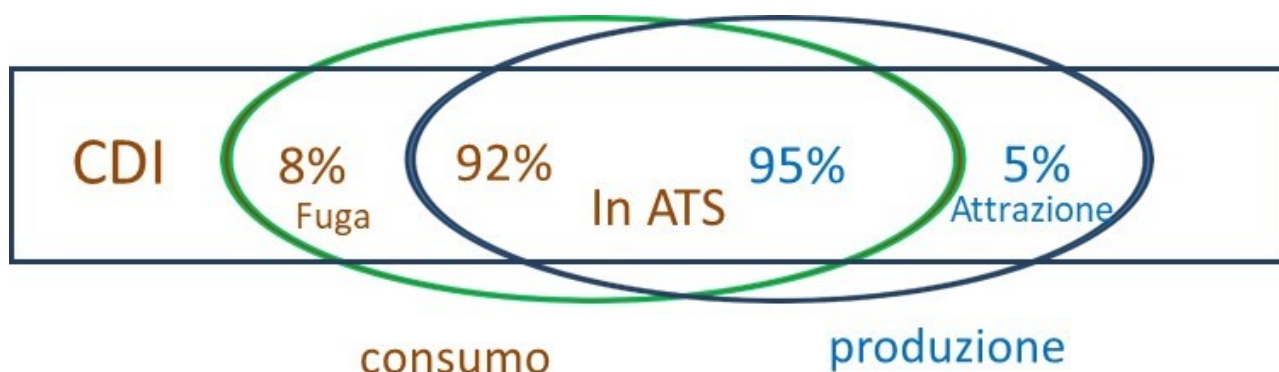
Grafico 31 – Storico attrattività strutture CDI di ATS Brianza



Consumo e produzione (anno 2022)

I dati di consumo e produzione del 2022 completano il quadro della mobilità delle persone che accedono ai CDI (Figura 4). Si notano valori di fuga e attrazione di entità contenuta e simili, che interessano porzioni territoriali di confine. Considerando anche la tipologia di offerta semiresidenziale, quanto rilevato suggerisce l'idea che gli accessi extra ATS, in ingresso e in uscita, dipendano più che altro da ragioni di opportunità territoriale.

Figura 4 – Consumo e Produzione CDI ATS Brianza



I dati di consumo Extra ATS tra le ATS Lombarde evidenziano come i territori con l'indice di offerta più basso (ATS Milano, ATS Brianza e ATS Bergamo) mostrino il dato di consumo più elevato. Fa eccezione il dato relativo ad ATS Insubria che, pur mostrando l'indice di offerta più basso di tutta la Lombardia (grafico 28), riporta un valore percentuale di fuga poco più elevato del 2% (grafico 33).

Grafico 32 – Dettaglio ATS consumo e produzione CDI anno 2022

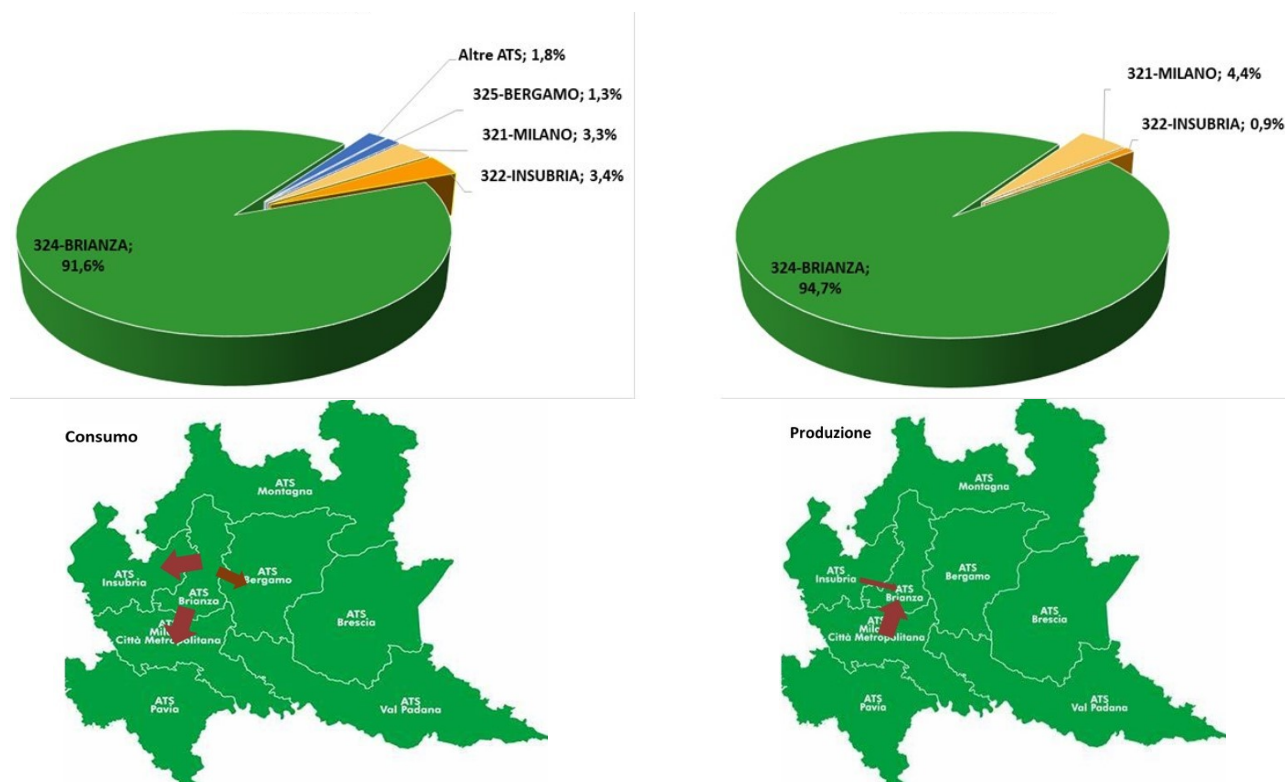
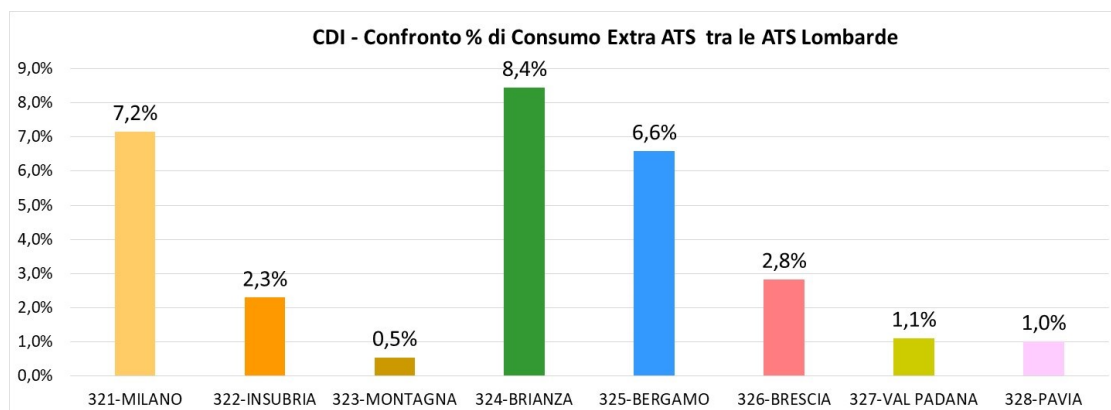


Grafico 33 – % consumo extra ATS tra le ATS Lombarde

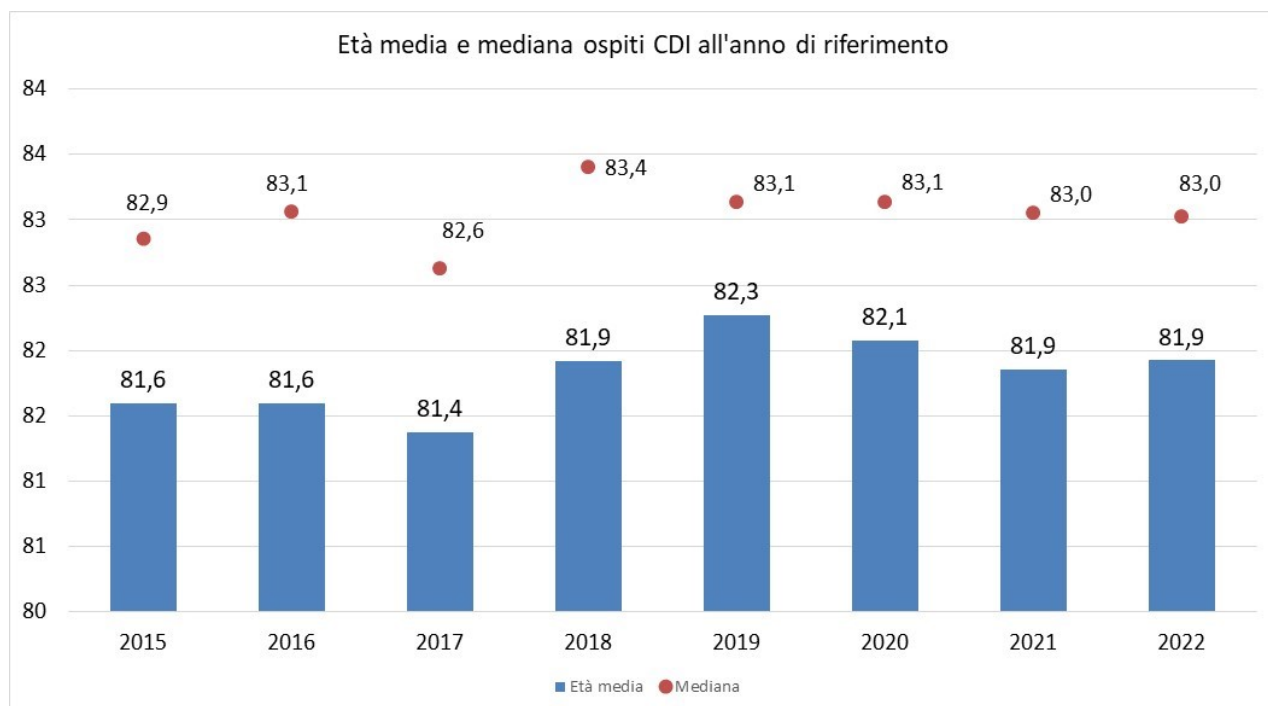


Gli ospiti dei CDI

Gli accessi alla Rete dei CDI territoriali (FONTE Flussi Economici).

L'età media degli ospiti dei CDI si attesta intorno agli 82 anni con minime variazioni nel corso degli anni. Il dato mediano risulta superiore di un anno (83 anni) ciò a testimoniare la presenza nella popolazione che accede ai CDI di valori estremi che influenzano la media.

Grafico 34 – Età media e mediana degli ospiti dei CDI negli anni 2015-2022



I dati relativi all'età media degli ospiti distinti per struttura (Grafico 35 e Grafico 36) mostrano elevata variabilità. Benché in alcune strutture si possa osservare una tendenza incrementale o decrementale nell'età media degli ospiti, è maggiormente evidente una certa disomogeneità negli anni.

Grafico 35 – Età media degli ospiti dei CDI (Area MB)

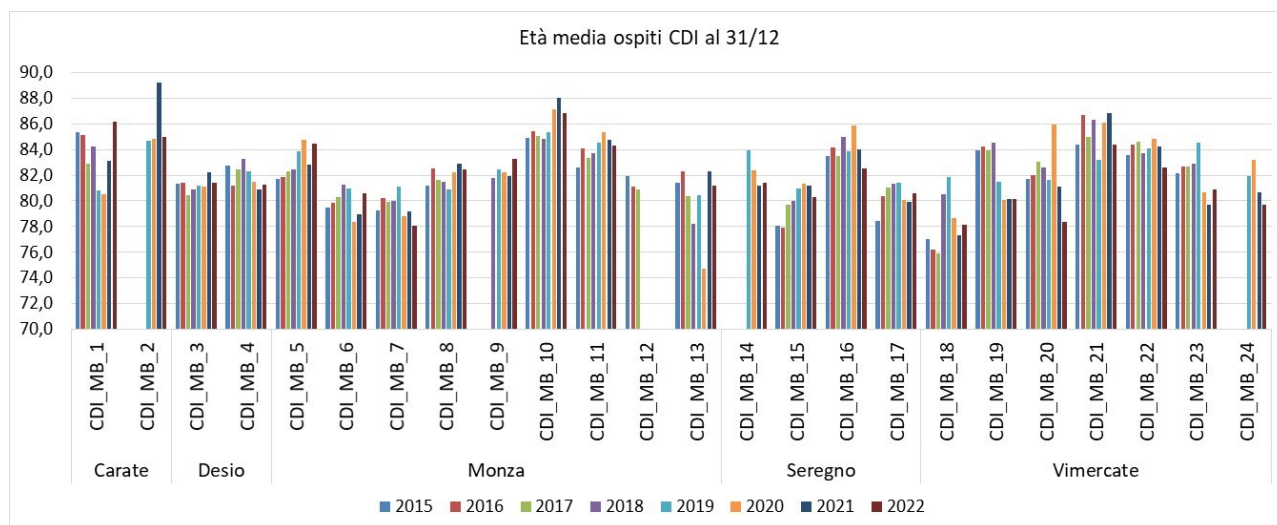
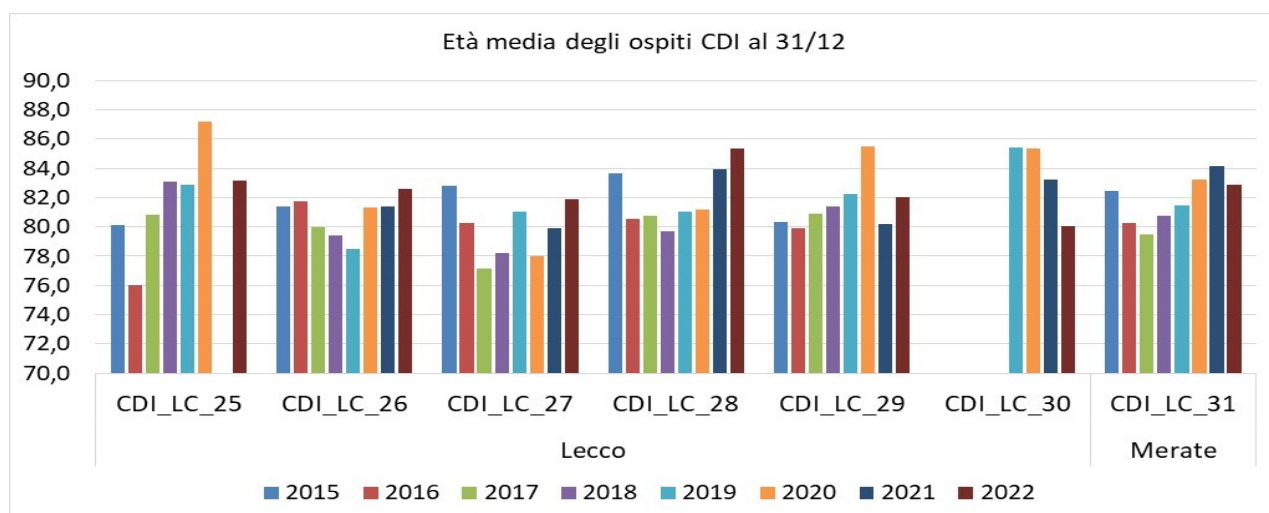


Grafico 36 – Età media degli ospiti dei CDI (Area MB)



Se si osserva il Grafico 37, infatti, è possibile notare come nell'arco temporale considerato (2015-2022⁹) per il circa il 33% dei casi la frequenza del CDI si limiti ad un anno. Aggiungendo anche coloro che frequentano per due anni, la percentuale sale al 66%. L'uscita dal CDI, inoltre, non coincide necessariamente con l'ingresso in una struttura residenziale o col decesso. Infatti, come è possibile notare nelle tabelle 11 e 12, l'analisi degli accessi nelle R.S.A. territoriali permettono di osservare come solo il 25% delle persone che frequenta il CDI per uno o due anni viene ospitato all'interno di una RSA lo stesso anno in cui esce dalla struttura. Diversamente, circa il 27% degli ospiti sembra aver dismesso la frequenza al CDI e non aver optato, se non in minima parte, per altre UdO sociosanitarie o richiesta di accesso alle misure regionali¹⁰.

⁹ Dalla elaborazione sono stati esclusi coloro che hanno avuto il primo accesso al CDI nel 2022.

¹⁰ Solo il 16% dei soggetti nel 2022 è risultato beneficiario di una delle misure Regionali B1, B2 o RSA Aperta o in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare.

Il turn over degli ospiti osservato nei CDI, quindi, spiega anche la sostanziale somiglianza del dato relativo all'età media di ingresso (Grafico 38) con l'età media degli ospiti al 31/12 (Grafico 34). Tale evidenza, inoltre, non sembra essere legata ad una variazione delle condizioni cliniche o dello stato funzionale quanto ad altri fattori difficili da enucleare attraverso i dati in possesso. È tuttavia verosimile supporre come in tale scelta possano entrare in gioco fattori: economici (es. costi di partecipazione alla spesa a carico dell'utente); facilità di accesso alle strutture (es. trasporti) nonché ragioni di "opportunità" legate a particolari momenti di vita della rete familiare (es. periodi di sollievo).

Grafico 37 – Persistenza di frequenza CDI

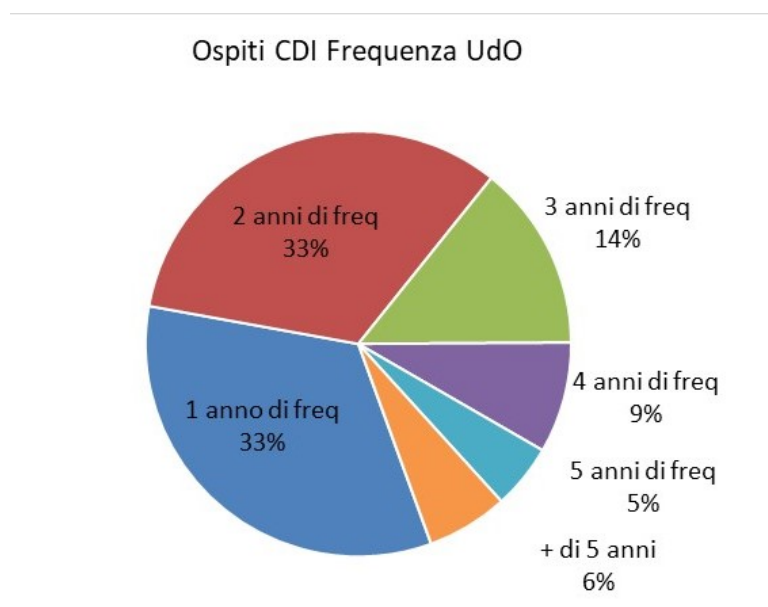


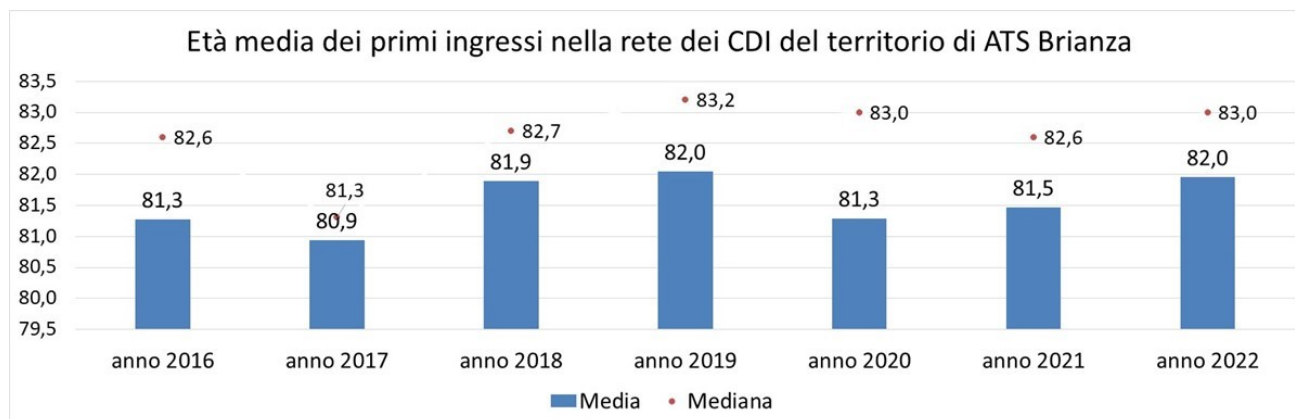
Tabella 11 – Frequenza al CDI (valori assoluti)

Anni di frequenza al CDI	Ancora in vita al 31/12/2022 (non frequentanti il CDI)	Deceduto lo stesso anno dell'ultimo frequentato	Deceduto entro i due anni dall'ultimo frequentato	Deceduto oltre i tre anni dall'ultimo anno frequentato	in RSA lo stesso anno di dimissione del CDI	in RSA fino a due anni dopo il CDI	in RSA dopo 3 anni e + del CDI	Totale
1 o 2 anni	620	395	255	197	582	222	57	2.328
3 anni di frequenza	138	118	49	18	147	20	7	497
4 anni di frequenza	117	59	15	10	78	14	3	296
5 anni di frequenza	79	26	12	3	51	1	1	173
+ di 5 anni	123	39	11	0	38	6	0	217
Totale	1077	637	342	228	896	263	68	3.511

Tabella 12 – Frequenza al CDI (percentuali di riga)

Anni di frequenza al CDI	Ancora in vita al 31/12/2022 (non frequentanti il CDI)	Deceduto lo stesso anno dell'ultimo frequentato	Deceduto entro i due anni dall'ultimo frequentato	Deceduto oltre i tre anni dall'ultimo anno frequentato	in RSA lo stesso anno di dimissione del CDI	in RSA fino a due anni dopo il CDI	in RSA dopo 3 anni e + del CDI	Totale
1 o 2 anni	26,6%	17,0%	11,0%	8,5%	25,0%	9,5%	2,4%	100,0%
3 anni di frequenza	27,8%	23,7%	9,9%	3,6%	29,6%	4,0%	1,4%	100,0%
4 anni di frequenza	39,5%	19,9%	5,1%	3,4%	26,4%	4,7%	1,0%	100,0%
5 anni di frequenza	45,7%	15,0%	6,9%	1,7%	29,5%	0,6%	0,6%	100,0%
+ di 5 anni	56,7%	18,0%	5,1%	0,0%	17,5%	2,8%	0,0%	100,0%
Totale	30,7%	18,1%	9,7%	6,5%	25,5%	7,5%	1,9%	100,0%

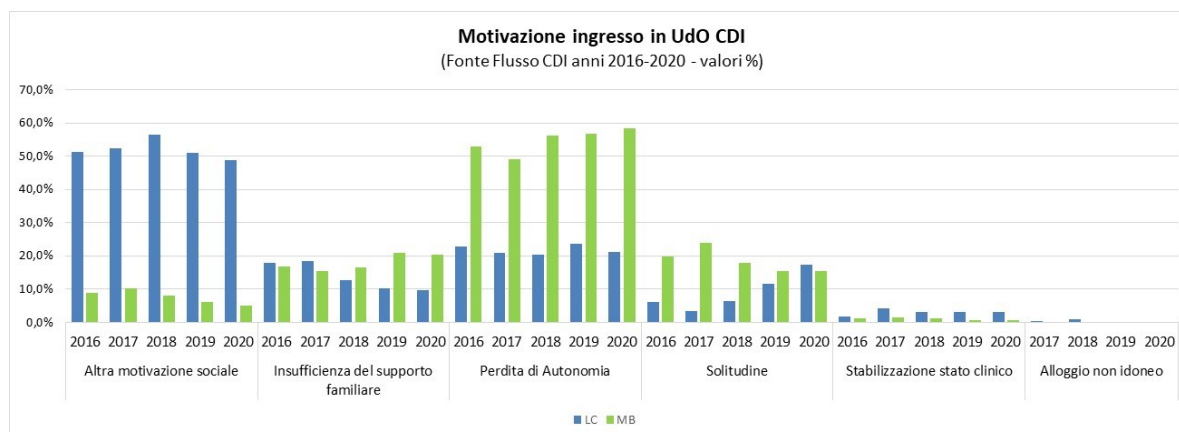
Grafico 38 – età media e mediana degli ospiti in ingresso



Motivazione ingresso in struttura

I dati relativi alla motivazione di ingresso nella struttura (grafico 39) mostrano una polarizzazione evidente tra i territori di Lecco e Monza e Brianza. Mentre gli ospiti delle strutture dell'area di Monza e Brianza sembrano rivolgersi al CDI prevalentemente a causa di una perdita di autonomia, gli ospiti delle strutture dell'area di Lecco presentano una motivazione sociale di carattere generale, che non riguarda l'insufficienza della rete familiare (opzione comunque prevista tra le scelte effettuabili).

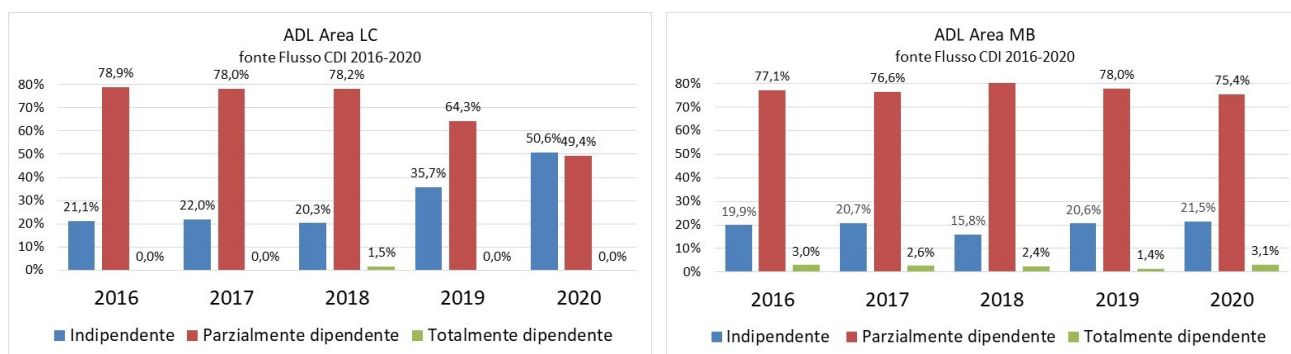
Grafico 39 – motivazione ingresso in struttura



È opportuno comunque considerare i dati relativi alla motivazione all'ingresso con molta cautela. L'elevata polarizzazione tra i due territori solleva il dubbio che nella codifica possano essere intervenute modalità di compilazione dei campi delle motivazioni all'ingresso degli ospiti consolidate nel tempo, diverse tra i due territori (da ciò deriva una possibile considerazione in merito alla standardizzazione delle modalità di utilizzo delle codifiche sulle schede).

Il dato relativo alle attività della vita quotidiana - ADL¹¹ degli ospiti mostra per il periodo compreso tra gli anni 2016-2018 un andamento simile tra i due territori con scarsissima rappresentazione dei soggetti totalmente dipendenti e una predominanza di ospiti con uno stato funzionale parzialmente dipendente nelle attività della vita quotidiana. Nel 2019-2020 solo le UdO che insistono sul territorio di Lecco mostrano una presenza percentualmente elevata di ospiti completamente autonomi: è possibile che il Covid abbia influenzato in qualche misura la situazione. Come è possibile osservare dal Grafico 40, dal 2016 al 2018 lo stato funzionale degli ospiti dei CDI rilevato alla scheda ADL presenta una situazione di predominanza di persone parzialmente dipendenti nelle attività della vita quotidiana. Diversamente, nel 2019-2020 le UdO che insistono sul territorio di Lecco mostrano una presenza percentualmente elevata di ospiti completamente autonomi.

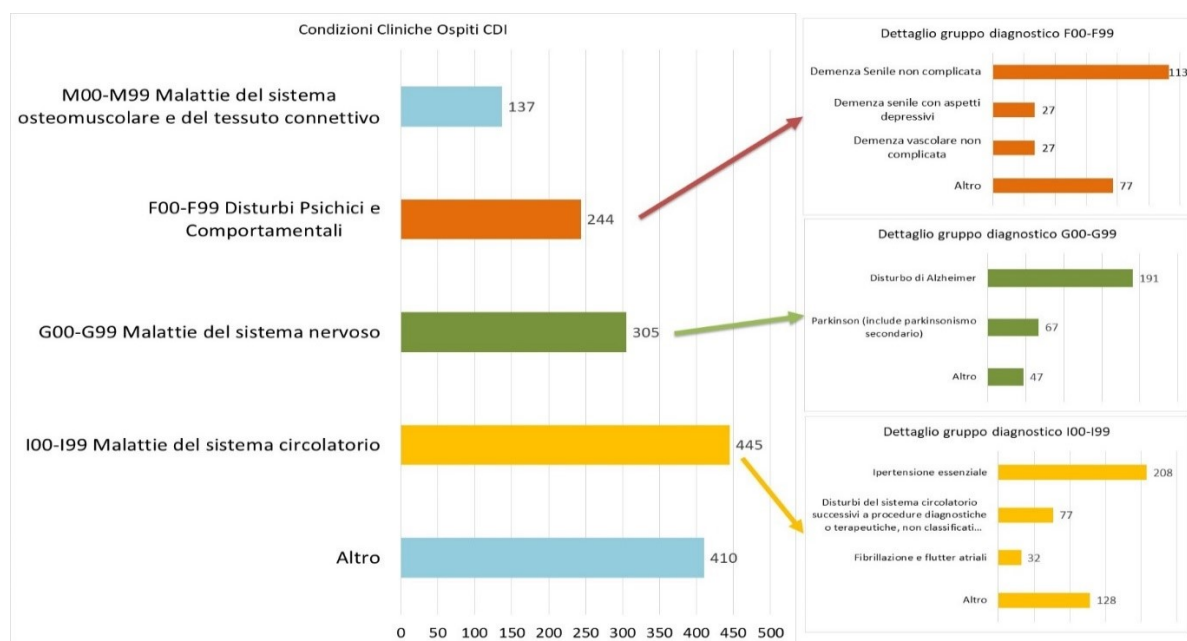
Grafico 40 – Valutazione ADL Ospiti 2016-2020



Per quanto attiene, infine, le condizioni cliniche degli ospiti dei CDI, il disturbo maggiormente rappresentato riguarda la Demenza (Demenza senile, Demenza Vascolare e Disturbo di Alzheimer). Altrettanto presente, benché meno rilevante sul piano del carico assistenziale, è anche l'ipertensione essenziale. (Grafico 41)

¹¹ ADL (*activities of daily living*) è un acronimo utilizzato per indicare l'insieme delle attività della vita quotidiana che un individuo adulto compie per sopravvivere e prendersi cura di sé. All'interno del flusso, la valutazione delle ADL viene effettuata tenendo conto dei domini: Fare il bagno; Vestirsi; Prendersi cura di sé (toilette); Spostarsi; Continenza feci e urine e Alimentazione. All'interno del flusso, l'indicatore ADL viene ricavato automaticamente assegnando: **Indipendente** (se la persona risulta autonoma in tutte le attività dei domini); **Totalmente dipendente** (se la persona risulta dipendente in tutte le attività dei domini); **Parzialmente dipendente** (qualsiasi altra combinazione di risposte).

Grafico 41 – Condizioni cliniche ospiti CDI



Centri Diurni Disabili (CDD)

La Rete Territoriale

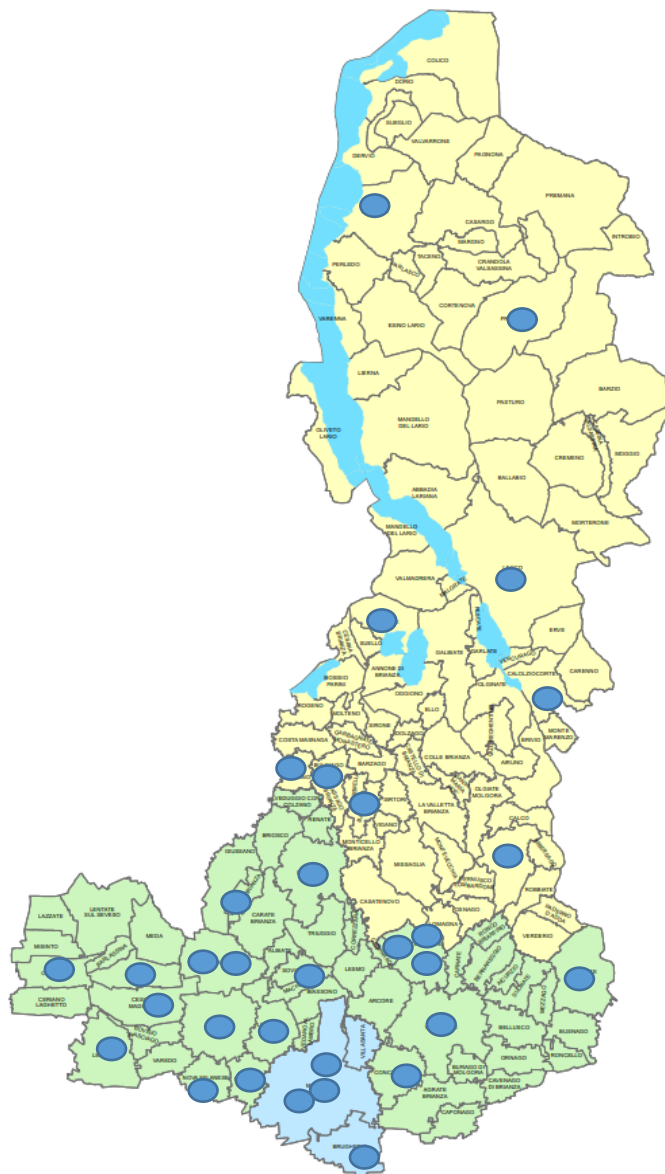
Sul territorio di ATS Brianza 32 Centri Diurni Disabili (CDD) a contratto con una disponibilità complessiva di 790 posti abilitati di cui 781 a contratto (Tabella 13).

Questa tipologia di UdO è presente su tutto il territorio dell'ATS Brianza pur con minore concentrazione nel Distretto di Bellano (Figura 5).

Tabella 13 – Offerta CDD in ATS Brianza

Ambito Distrettuale	UdO	POSTI ABILITATI	POSTI ACCREDITATI	POSTI A CONTRATTO
BELLANO	2	45	45	45
LECCO	4	105	105	105
MERATE	3	80	80	71
Area LC	9	230	230	221
CARATE	4	90	90	90
DESIO	5	135	135	135
MONZA	4	95	95	95
SEREGNO	4	113	113	113
VIMERCATE	6	127	127	127
Area MB	23	560	560	560
Totale	32	790	790	781

Figura 5 - Rete offerta CDD a contratto ATS Brianza



L'attuale sistema di offerta di Regione Lombardia per questa tipologia di struttura è pari a 2,5 posti a contratto ogni 100 abitanti disabili di età compresa tra i 18 e i 64 anni. Come è possibile notare dai grafici 42 e 43, l'indice di offerta del nostro territorio è in linea con il dato regionale e minore di 1,7 punti percentuali rispetto al territorio con l'indice di offerta più elevato (ATS Montagna 4,2%)

L'indice di offerta per Distretto evidenzia una sostanziale omogeneità nel territorio di ATS Brianza. Fa eccezione il Distretto di Bellano che, con un valore del 3,2% costituisce la porzione territoriale con l'indice di offerta più elevato.

Grafico 42 – Indici offerta CDD ATS Lombardia

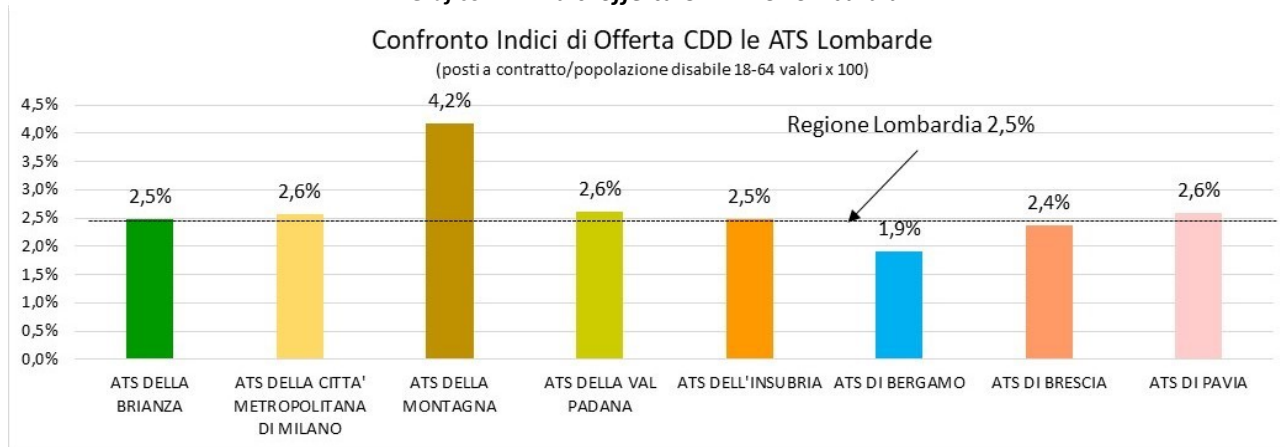
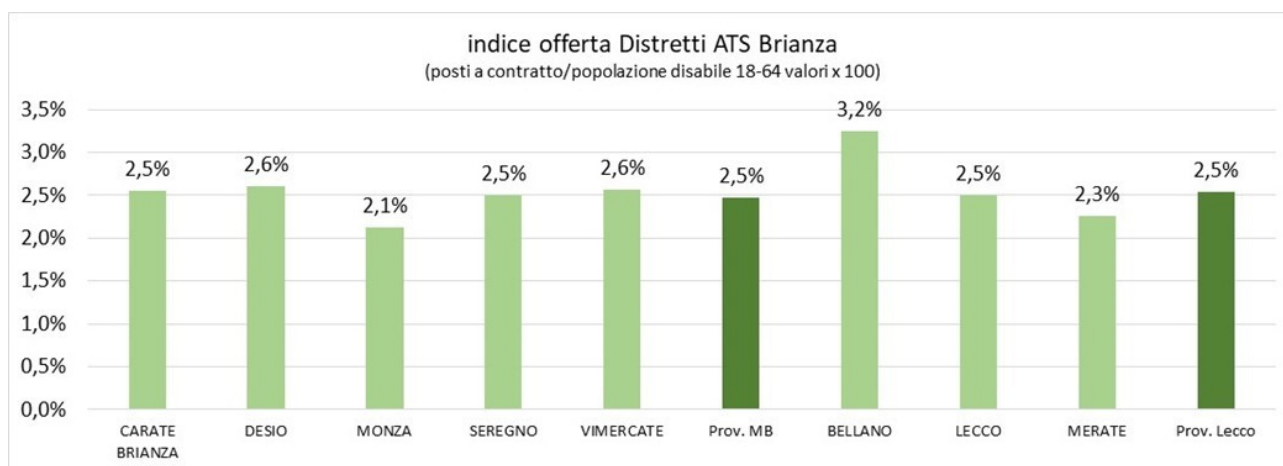


Grafico 43 – Indici offerta CDD ATS Brianza



Mobilità

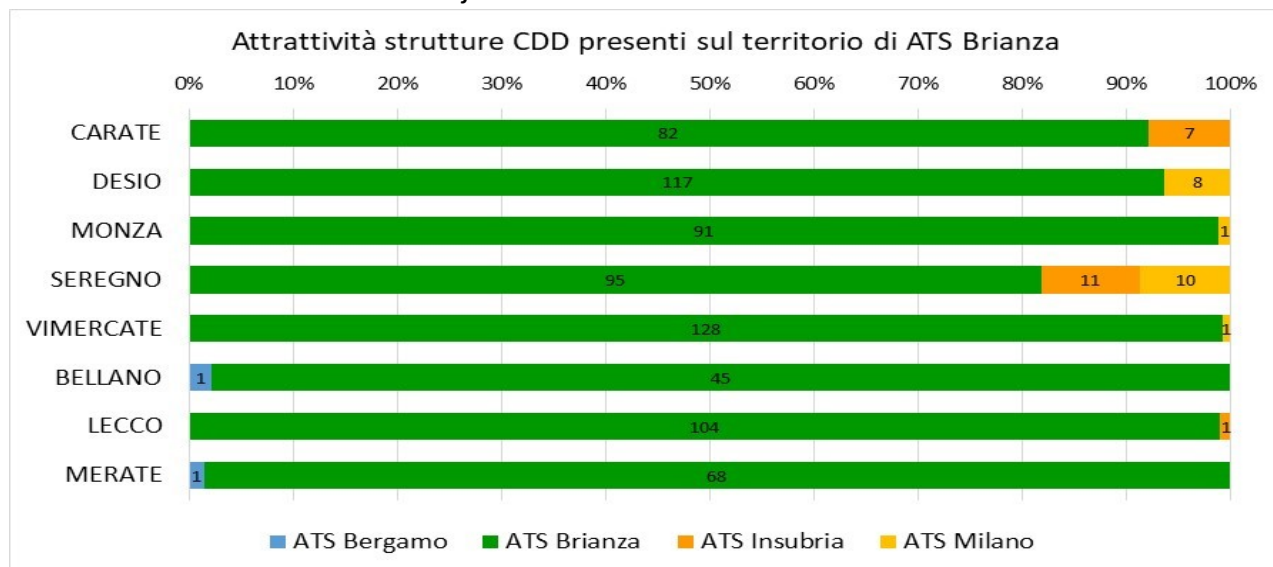
La mobilità interna ad ATS risulta molto contenuta. Come ci si potrebbe attendere, data anche la natura semiresidenziale del servizio, le persone si servono delle strutture che insistono sul proprio territorio di residenza.

Tabella 13 – Mobilità CDD

anno 2022	Ambito Ubicazione strutture									Ambito Ubicazione strutture									
Ambito residenza utente	CARATE	DESIO	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	BELLANO	LECCO	MERATE	TOT	CARATE	DESIO	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	BELLANO	LECCO	MERATE		2022
CARATE	76	2	2	8	5				93	82%	2%	2%	9%	5%					100%
DESIO		111		4					115		97%		3%						100%
MONZA	3	2	90	3	4				102	3%	2%	88%	3%	4%					100%
SEREGNO	3	2		77					82	4%	2%		94%						100%
VIMERCATE				2	116				118				2%	98%					100%
BELLANO					1	44	1		46					2%	96%	2%			100%
LECCO				1		1	96	1	99				1%		1%	97%	1%		100%
MERATE					1		7	67	75					1%		9%	89%		100%
extra ATS	7	8	1	21	1	1	1	1	41	17%	20%	2%	51%	2%	2%	2%	2%		100%
Totale	89	125	93	116	128	46	105	69	771	12%	16%	12%	15%	17%	6%	14%	9%		100%

L'attrattività risulta piuttosto contenuta. Gli ospiti dei CDD provenienti dai territori extra ATS Brianza, soprattutto ATS Insubria e ATS Milano, costituiscono il 5% degli utenti complessivi. Le strutture maggiormente interessate sono quelle di Seregno e, in minor misura, Desio e Carate (grafico 44).

Grafico 44 – Attrattività strutture ATS Brianza



L'analisi del dato "storico" relativo all'attrattività non mostra variazioni di rilievo rispetto a quanto già osservato (grafici 45 e 46).

Grafico 45 – Storico attrattività strutture ATS Brianza

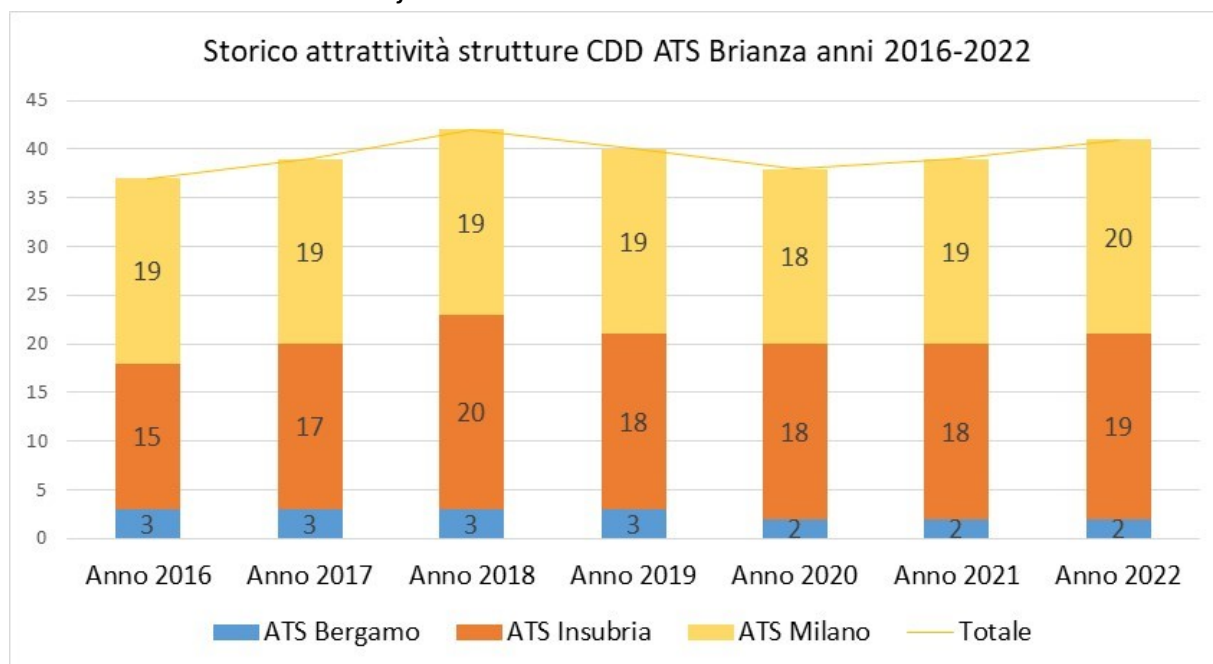
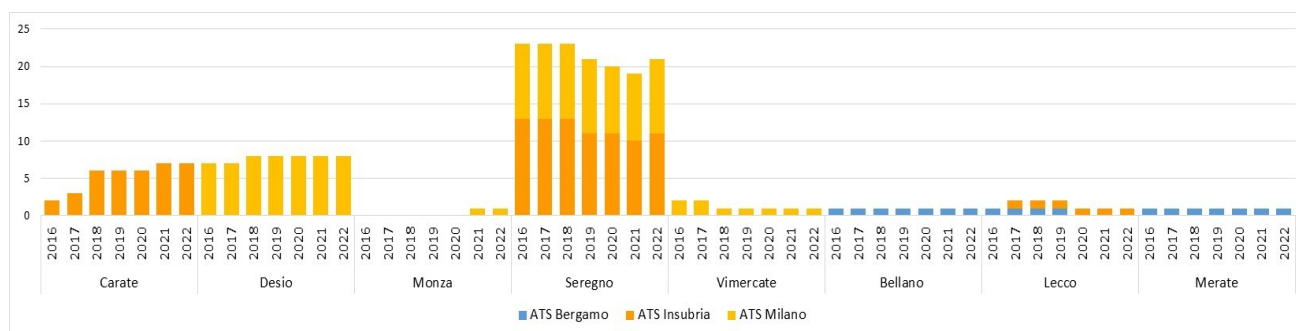


Grafico 46 - Storico attrattività strutture ATS Brianza per distretto



Consumo e produzione anno 2022

I dati di fuga e attrazione risultano piuttosto contenuti, rispettivamente dell'ordine del 4% e del 5% e interessano sostanzialmente gli stessi territori: ATS Milano e ATS Insubria. Benché ATS Brianza mostri il dato di consumo extra territoriale più elevato della Lombardia (grafici 47 e 48), l'entità del valore percentuale e degli scarti rispetto le altre ATS rendono tale evidenza poco informativa. Considerati nel loro complesso, i dati di attrazione e fuga sembrano maggiormente riferibili a determinanti legati all'offerta territoriale (maggiore compatibilità dell'ospite con un determinato contesto; assenza di lista di attesa ecc.) che orientano la scelta.

Figura 6 - Consumo e Produzione CDD ATS Brianza



Grafico 47 – Consumo e Produzione CDD ATS Brianza

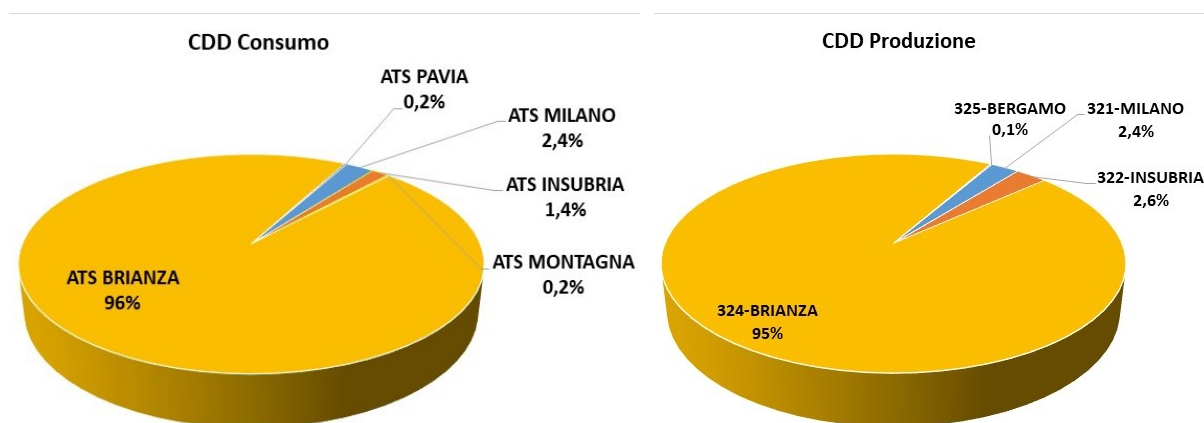
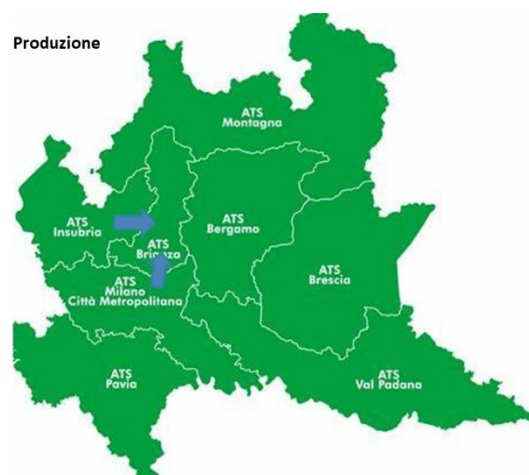
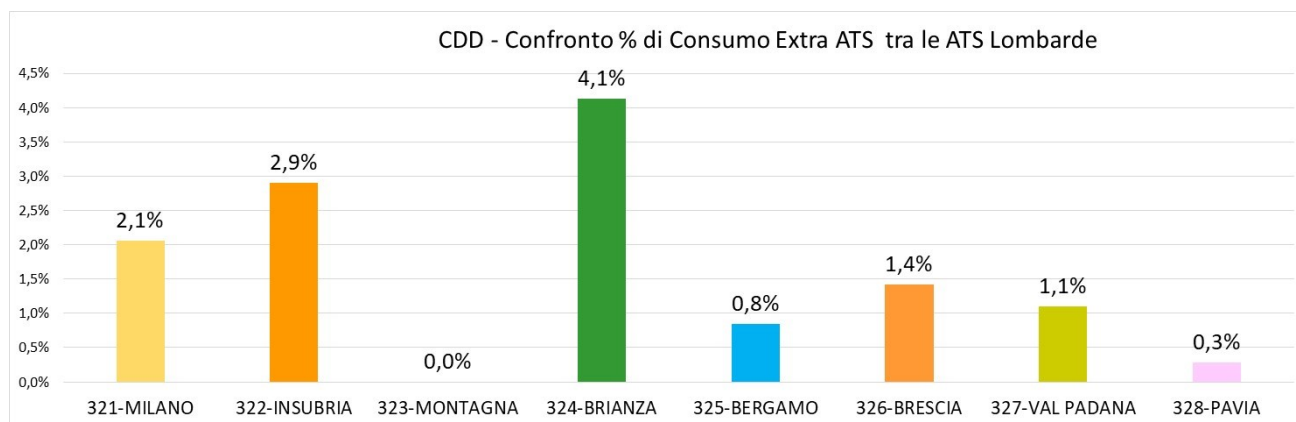


Grafico 48 – Confronto dati di consumo extra ATS tra le ATS Lombarde



Ospiti

L'età media degli ospiti dei CDD al 31/12/2022 si attesta a 38,6 anni con un incremento di un anno dal 2020 rispetto al periodo pre pandemico. Il dato mediano risulta sostanzialmente uguale al dato medio (grafico 49).

Grafico 49 – Età media degli ospiti presenti in struttura al 31/12

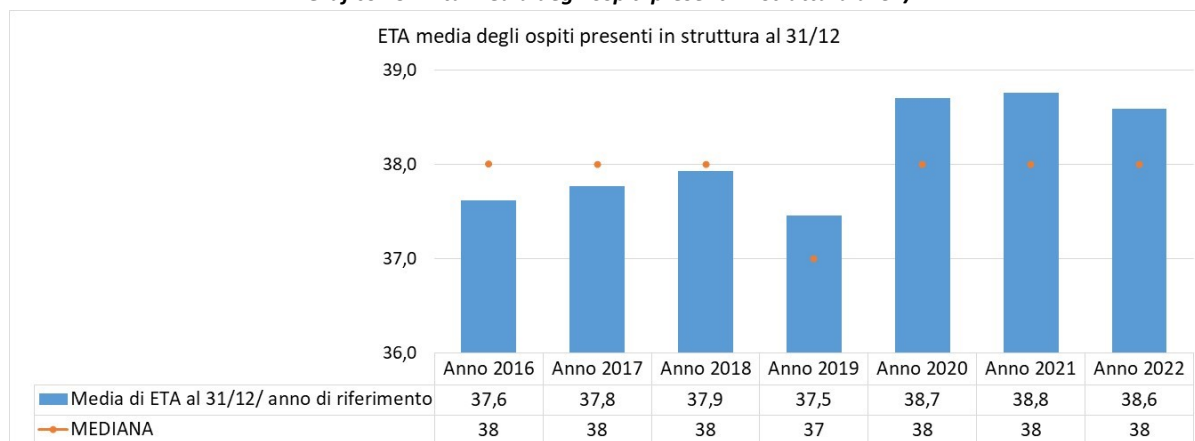
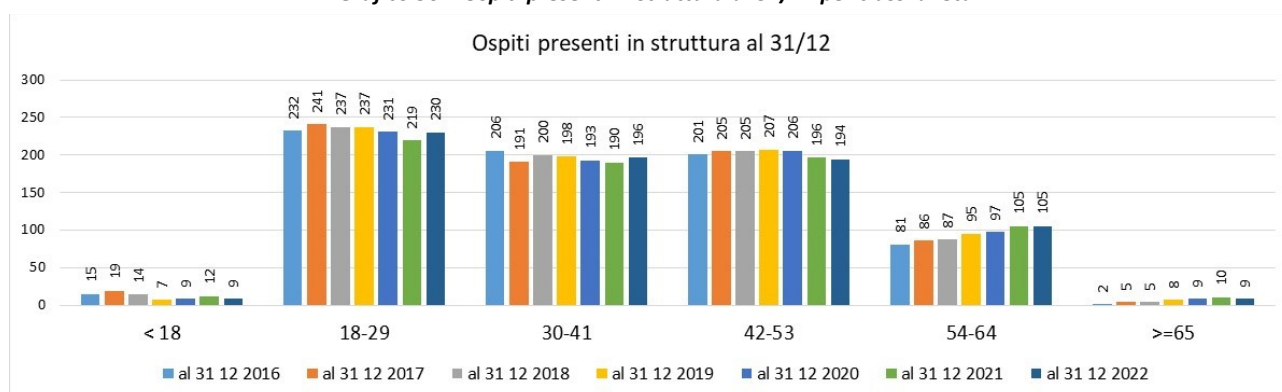
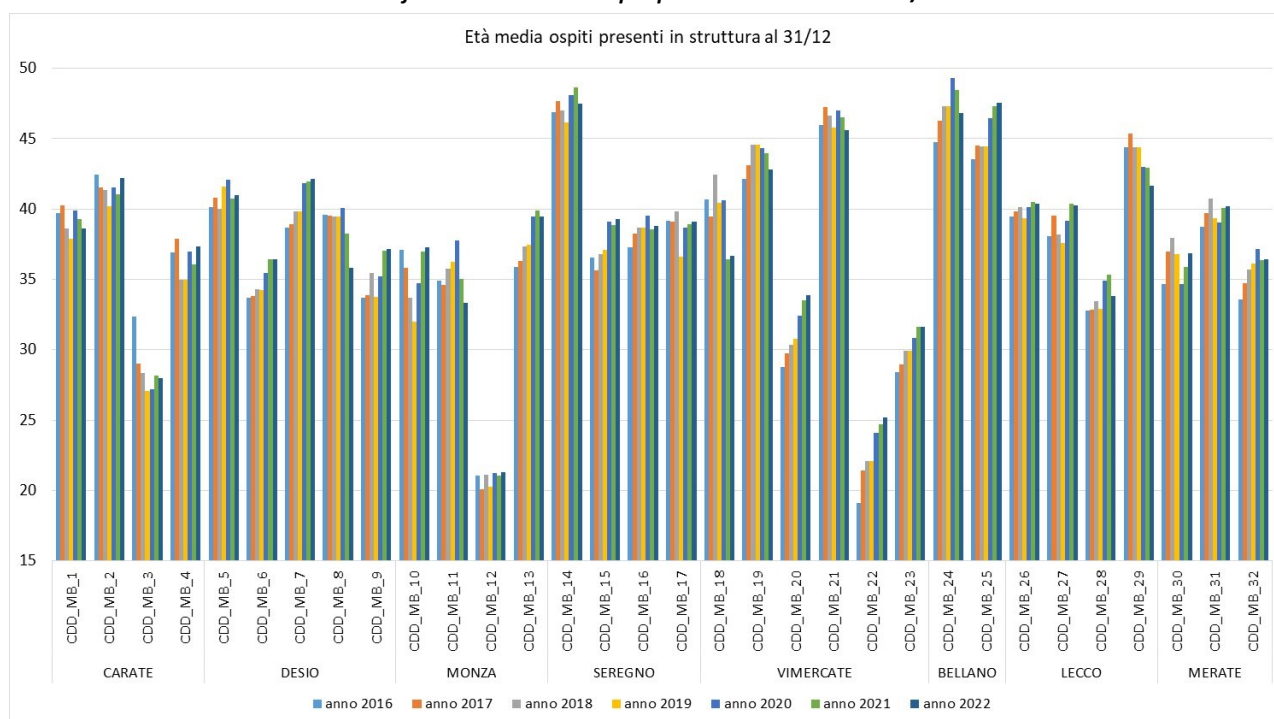


Grafico 50 – Ospiti presenti in struttura al 31/12 per classi di età



I dati relativi all'età media degli ospiti distinti per struttura ospitante (grafico 50) mostrano un quadro disomogeneo sia per quanto attiene l'età media, sia per quanto riguarda eventuali decrementi o incrementi di età nelle popolazione ospitata. Se si osserva il grafico 51 è possibile osservare come accanto a strutture con età media di poco superiore ai 20 anni nel distretto di Monza vi siano strutture che ospitano persone età media superiore ai 45 anni (es. nei territori di Seregno, Vimercate e Bellano). Allo stesso modo, benché molte strutture mostrino un dato medio di età stabile nel tempo, altre invece evidenziano una crescita più o meno marcata (si veda in particolare alcune strutture del Distretto di Vimercate). Sono poche, infine, le strutture che mostrano una tendenza alla riduzione dell'età media (cfr. il Distretto di Bellano). Tale variabilità, benché sia legata anche al turn over delle persone, è in parte dovuta anche ad alcune peculiarità delle strutture. Per esempio, un CDD nel Distretto Seregno ha come ospiti principali persone che in seguito ad incidenti stradali o lesioni cerebrali ha compromesso la propria autonomia. Diversamente, il progetto di accoglienza di un CDD del Distretto di Monza si struttura su una fascia di età compresa tra i 15 e i 25 anni.

Grafico 51 – Età media ospiti presenti in struttura al 31/12



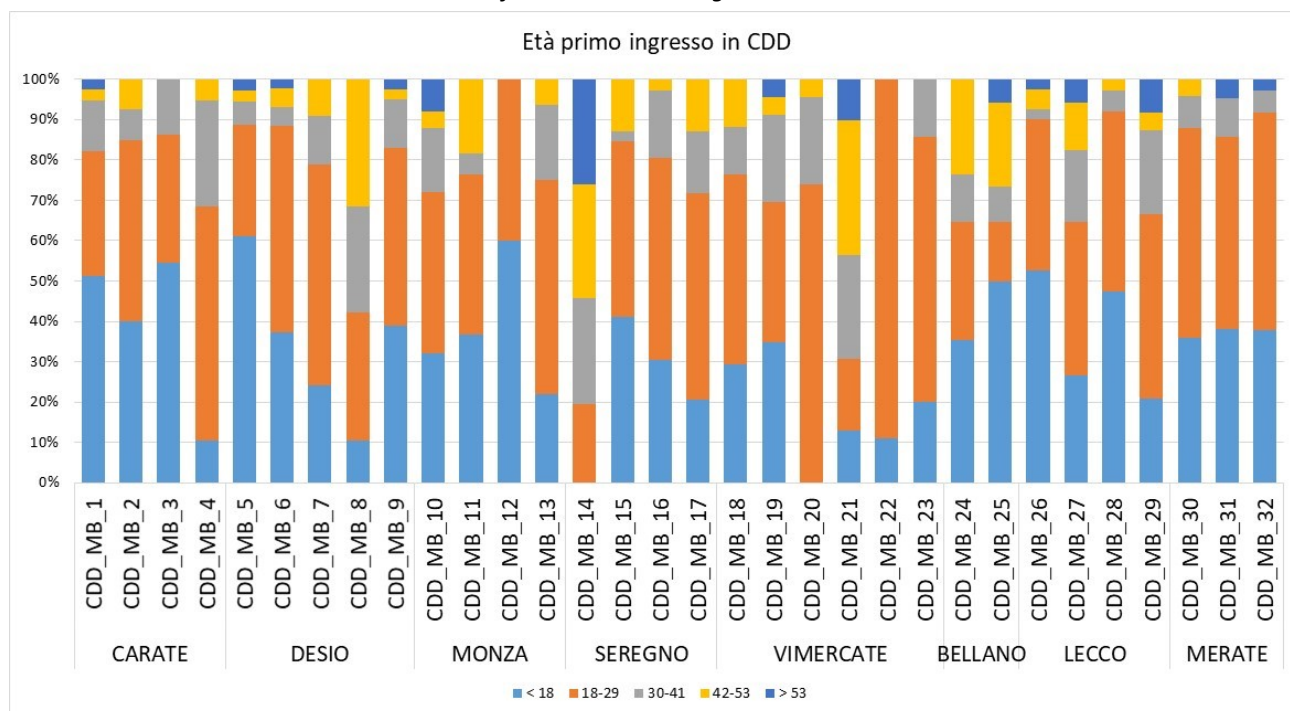
Di particolare interesse è anche il dato relativo all'età di ingresso in CDD. Come è noto, questa tipologia di offerta è rivolta a disabili gravi di età compresa tra i 18 e i 64 anni. I minori, possono essere accolti solo eccezionalmente e a determinate condizioni previa autorizzazione dell'ATS su richiesta della famiglia e dello specialista. Se si osserva il grafico 52 è possibile notare che ciò che dovrebbe essere considerato eccezionale in realtà costituisce un dato abbastanza frequente. Nel corso del periodo 2015-2022 i primi ingressi in alcune strutture hanno riguardato solo per il 10% minori di 18 anni, nella maggior parte dei casi hanno riguardato minori per il 30%.

Il dato relativi all'età di ingresso nei CDD è particolarmente importante soprattutto perché all'interno della rete per la disabilità tale UdO costituisce la struttura di riferimento per le persone con Disabilità Grave e Gravissima con una rete familiare supportiva. Pertanto, la scelta di tale struttura prelude ad un lungo periodo di permanenza verosimilmente presso la stessa struttura in vista di un successivo inserimento presso una CSS, una RSD o una RSA.

Il dato osservato testimonia, quindi, la presenza di persone disabili di età inferiore ai 18 anni la cui condizione di fragilità è tale da non poter prevedere progettualità di più ampio respiro (es. inserimento nel mondo del lavoro) e che, in alcuni casi, può arrivare a precludere anche la prosecuzione della partecipazione al percorso di obbligo formativo nel contesto scolastico.

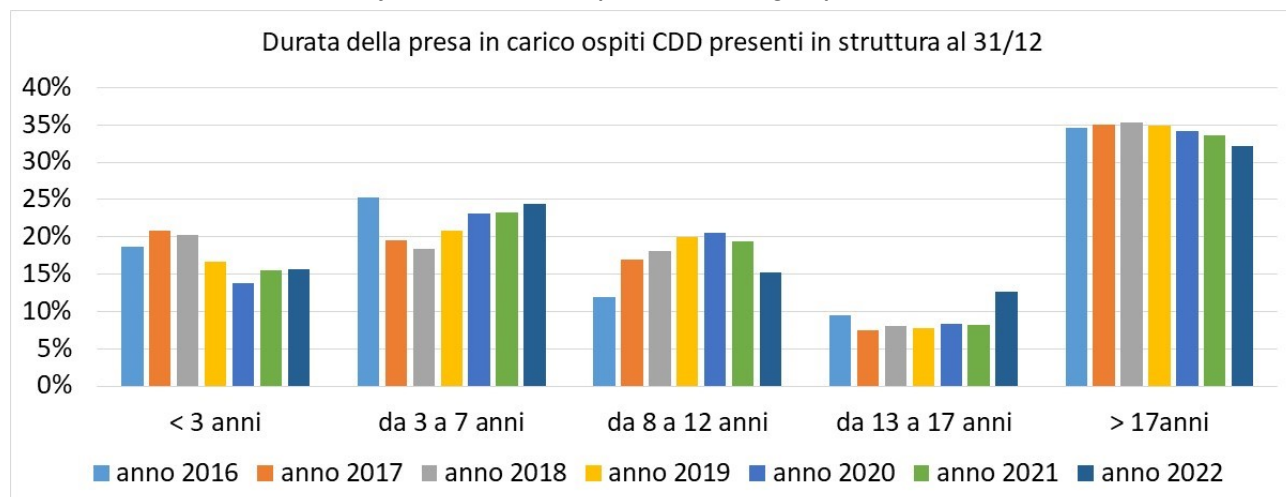
L'incremento degli accessi ai CDD delle persone con età minore dei 18 anni sembra costituire un aspetto di un fenomeno di carattere più generale, riguardante l'aumento di minori con gravi disabilità. Tale evidenza, segnalata nel gruppo di lavoro dalla componente territoriale, costituisce un elemento di criticità per la rete dei servizi, che si trova sollecitata da situazioni la cui complessità sanitaria, sociale e assistenziale è difficilmente collocabile nell'attuale sistema e, come si è visto, spesso richiede il ricorso ad "eccezioni".

Grafico 52 – Età Primo ingresso in CDD



Come ci si potrebbe attendere, considerata la posizione dei CDD nella rete di offerta per la disabilità, nella maggior parte dei casi la durata della presa in carico è maggiore di 17 anni (Grafico 53).

Grafico 53 – Durata della presa in carico degli ospiti in CDD



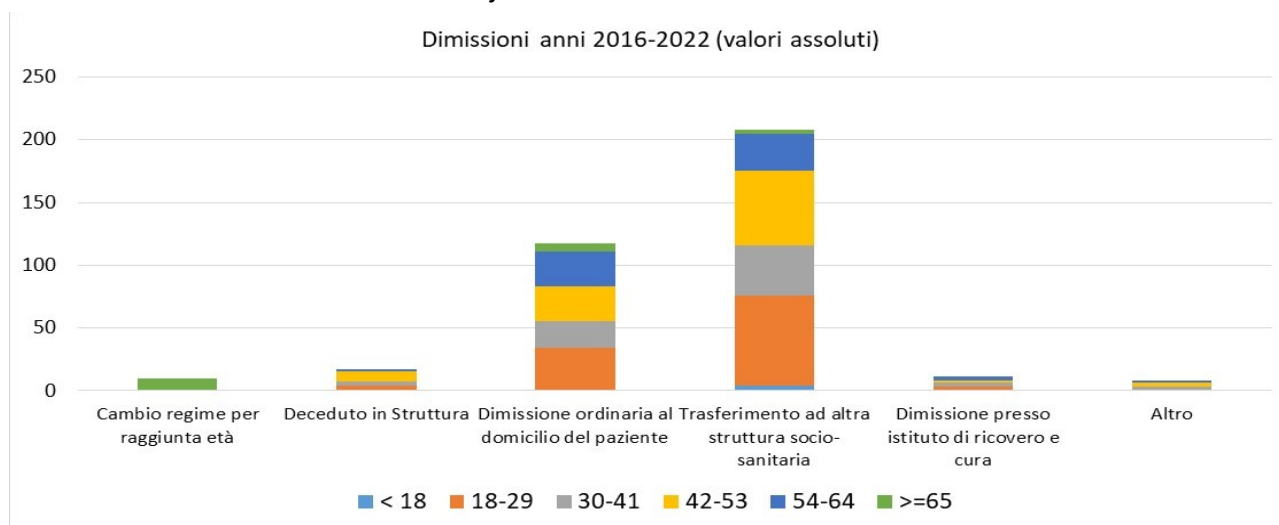
Dimissioni

Il dato relativo ai motivi delle dimissioni mette in evidenza soprattutto i trasferimenti ad altra struttura sociosanitaria e presso il domicilio ordinario del paziente. Di entità ridotta, infine, risultano le dimissioni a causa del “Cambio regime per raggiunta età”.

Tabella 14 – Motivazione alla dimissione per classe di età (N e % di riga)

Dimissioni	Numero persone							%						TOTALE
	< 18	18-29	30-41	42-53	54-64	>=65	Totale	< 18	18-29	30-41	42-53	54-64	>=65	
Cambio regime per raggiunta età (**)	0	0	0	0	0	10	10	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Deceduto in Struttura	0	4	3	8	2	0	17	0,0%	23,5%	17,6%	47,1%	11,8%	0,0%	100,0%
Dimissione ordinaria al domicilio del paziente (*)	1	33	21	28	28	6	117	0,9%	28,2%	17,9%	23,9%	23,9%	5,1%	100,0%
Trasferimento ad altra struttura socio-sanitaria	4	72	40	59	30	3	208	1,9%	34,6%	19,2%	28,4%	14,4%	1,4%	100,0%
Dimissione presso istituto di ricovero e cura	0	3	3	2	3	0	11	0,0%	27,3%	27,3%	18,2%	27,3%	0,0%	100,0%
Altro	0	0	3	3	2	0	8	0,0%	0,0%	37,5%	37,5%	25,0%	0,0%	100,0%
Totale	5	112	70	100	65	19	371	1,3%	30,2%	18,9%	27,0%	17,5%	5,1%	100,0%

Grafico 54 – Motivazione alla dimissione



Le dimissioni per trasferimento ad altra struttura riguardano in particolare la mobilità verso strutture al di fuori del territorio di ATS Brianza¹². Queste sembrano interessare in modo trasversale gli ospiti indipendentemente dall'età. Fanno eccezione due soggetti di età ≥ 65 anni, superiore a quella per la quale è prevista la dimissione dai CDD.

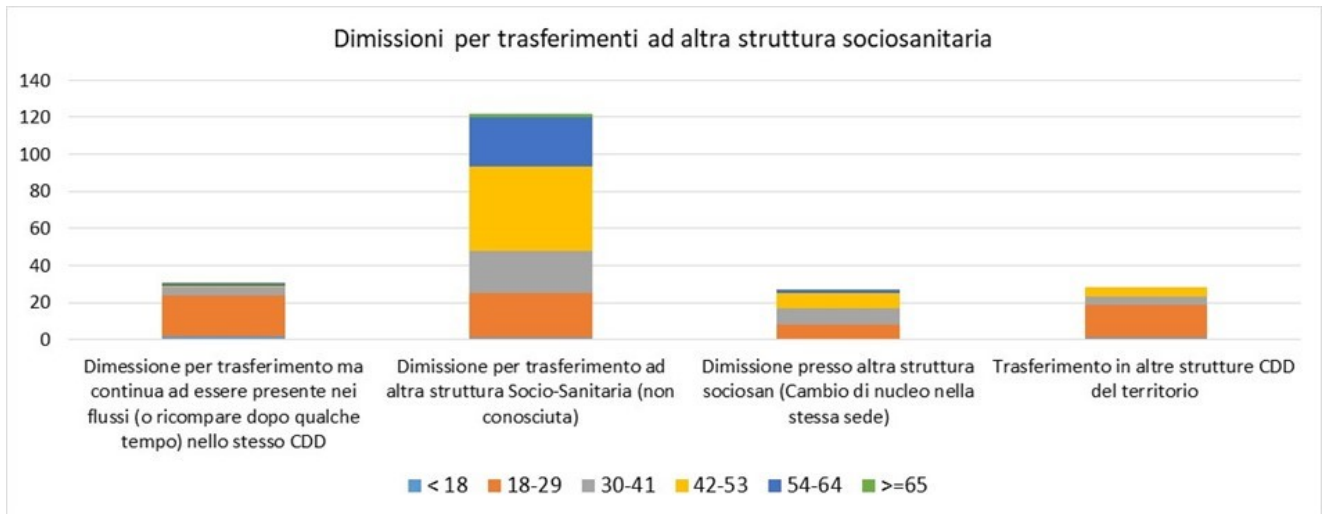
Tabella 15 – Dimissioni per trasferimento ad altra struttura Socio Sanitaria

Dimissioni per trasferimento ad altra struttura	Persone							%							Totale
	< 18	18-29	30-41	42-53	54-64	>=65	Totale	< 18	18-29	30-41	42-53	54-64	>=65	Totale	
Dimissione per trasferimento (continua ad essere presente nei flussi -o ricompare dopo qualche tempo- nello stesso CDD)	2	22	4	1	1	1	31	6,5%	71,0%	12,9%	3,2%	3,2%	3,2%	100,0%	
Dimissione per trasferimento ad altra struttura Socio-Sanitaria (non del territorio ATS Brianza)	1	24	23	45	27	2	122	0,8%	19,7%	18,9%	36,9%	22,1%	1,6%	100,0%	
Dimissioni presso altra struttura sociosan (Cambio di nucleo nella stessa sede)	0	8	9	8	2	0	27	0,0%	29,6%	33,3%	29,6%	7,4%	0,0%	100,0%	
Trasferimento in altre strutture CDD del territorio	1	18	4	5	0	0	28	3,6%	64,3%	14,3%	17,9%	0,0%	0,0%	100,0%	
Totale	4	72	40	59	30	3	208	1,9%	34,6%	19,2%	28,4%	14,4%	1,4%	100,0%	

Le dimissioni per trasferimento all'interno della rete dei CDD dell'ATS Brianza (tabella 15) sembrano avvenire in prevalenza tra i 18 e i 29 anni, vicina all'avvio del percorso della persona in CDD. Tale gruppo di persone, tuttavia, si compone di situazioni molto eterogenee: accanto a persone che si trasferiscono ad altri CDD del territorio (28), è presente un gruppo di persone che si trasferisce presso altre strutture che risiedono nello stesso luogo (27 cambi di nucleo). Esiste un ultimo gruppo di soggetti che, dopo la dimissione continuano ad essere presenti o ricompaiono nei flussi dei trimestri successivi.

¹² Come è noto, il dato relativo alle prese in carico dei CDD (Flusso SIDI) è disponibile solo per le strutture che insistono sul territorio di ATS Brianza. Pertanto, l'informazione relativa al trasferimento ad altre strutture Socio Sanitarie extra ATS Brianza è stata ottenuta osservando quanto riportato nei flussi relativi agli anni successivi: se la persona "dimessa per trasferimento ad altra struttura sociosanitaria" non compariva più nei trimestri successivi alla dimissione, si considerava dimessa per trasferimento ad altra struttura Extra ATS.

Grafico 55 – Dimissioni per trasferimento (N) e classe di età



Fragilità

La fragilità degli ospiti dei CDD nel 2022 si distribuisce prevalentemente all'interno delle prime tre classi della Scheda Individuale del Disabile (SIDi) (Grafico 56: CL1 24%; CL2 26%; CL3 27%). Il dato relativo all'andamento delle attribuzione delle classi SIDi nell'arco temporale 2016-2022 (Grafico 56), evidenzia nel tempo una riduzione di attribuzione delle Classi 1 o 2 e un aumento delle classi 3 e 4. Un'ultima nota infine riguarda la distribuzione delle classi SIDi per struttura: come è possibile notare dal grafico 58, è presente una discreta variabilità nelle strutture.

Grafico 56 – Classi SIDi Ospiti CDD nel 2022

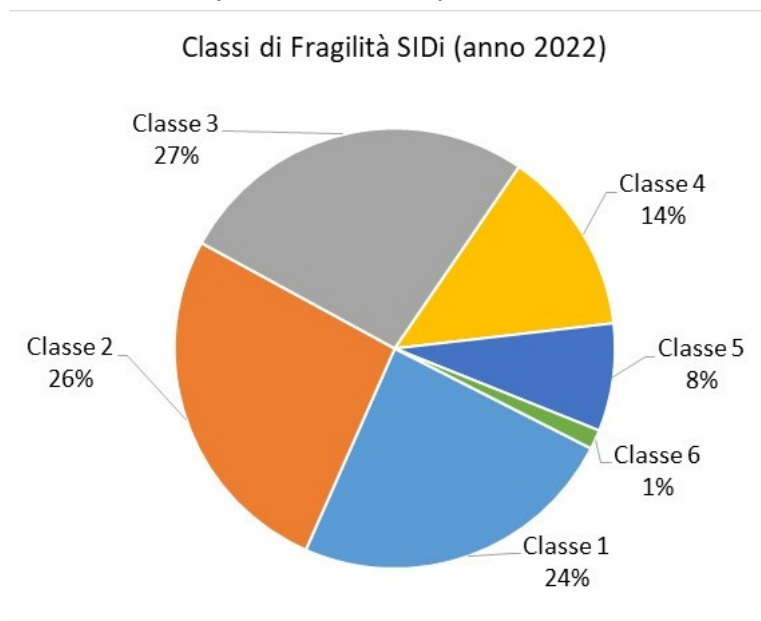


Grafico 56 – Classi SIDI Ospiti CDD 2016-2022

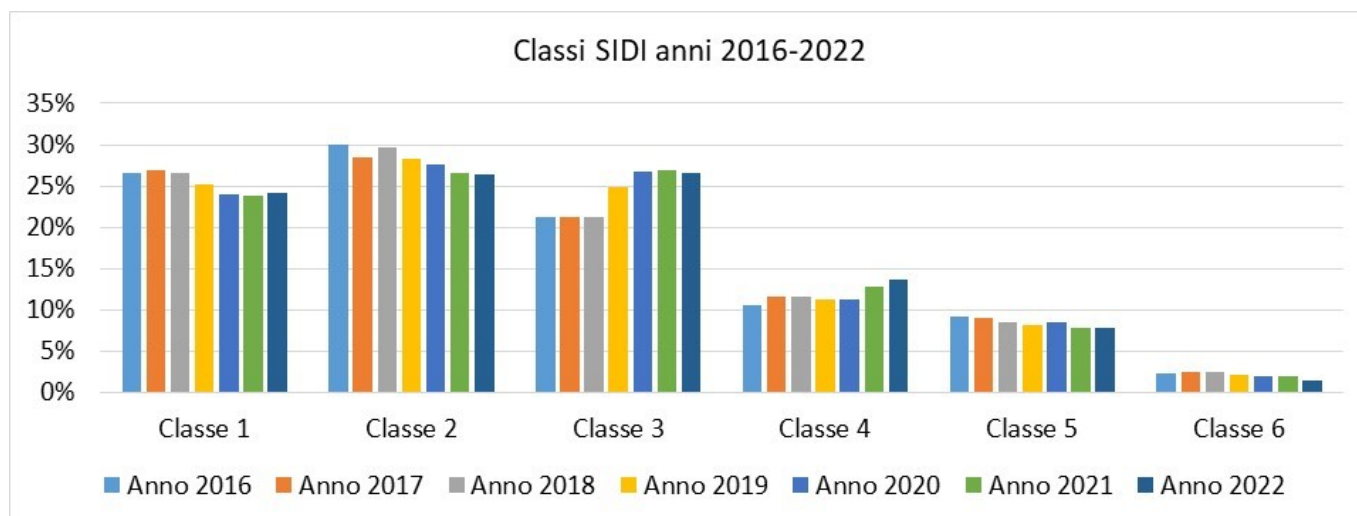
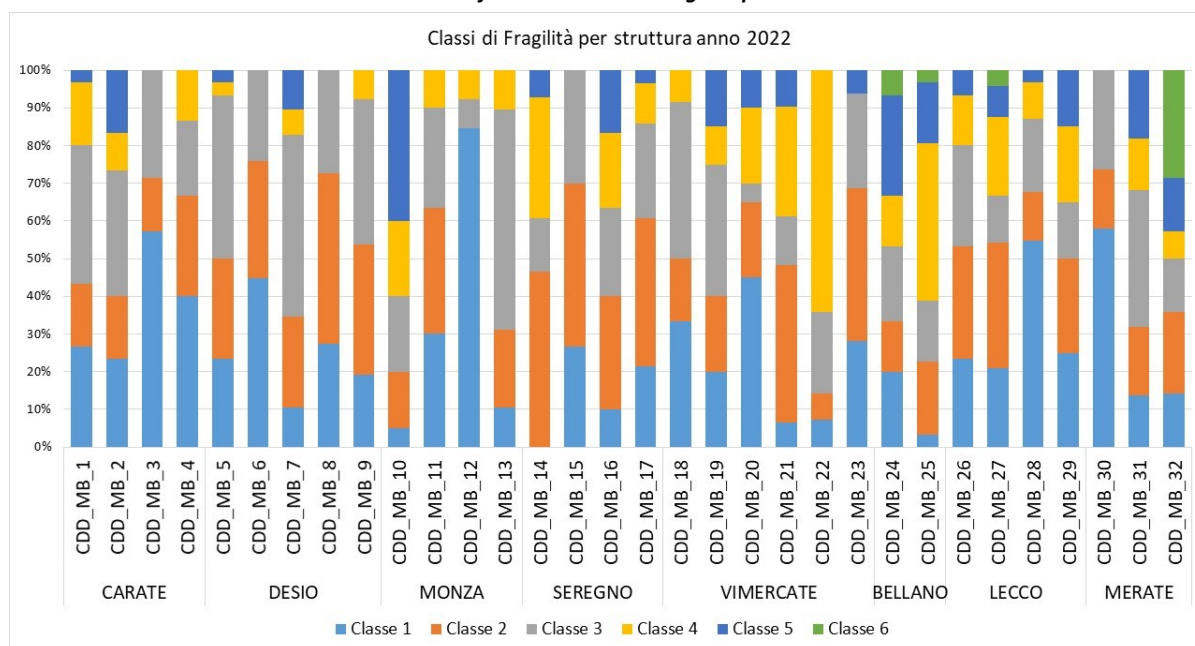


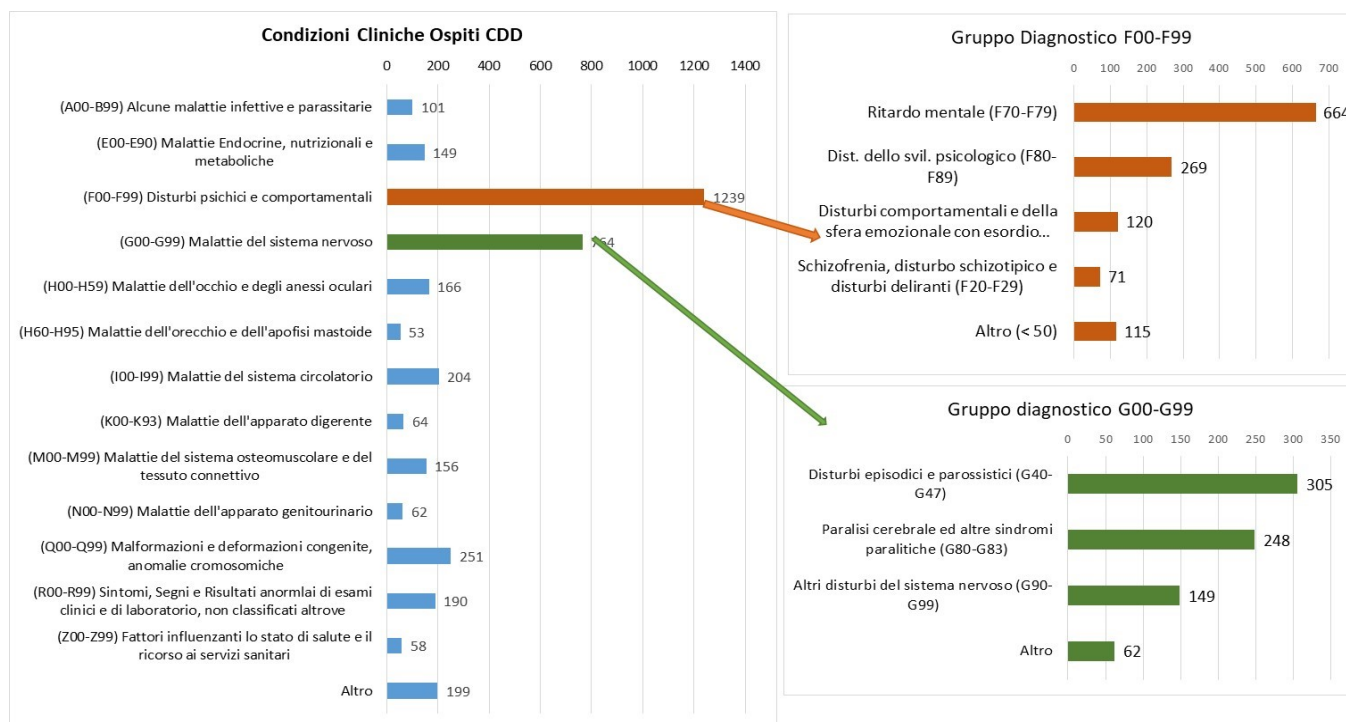
Grafico 57 – Classi di Fragilità per struttura



Condizioni cliniche ospiti

I “Disturbi Psichici e comportamentali” caratterizzano la condizione clinica prevalente delle persone ospiti dei CDD (F00-F99, 1.239 occorrenze) (Grafico 58) e si caratterizzano per lo più dal ritardo mentale e dai Disturbi dello sviluppo psicologico (per lo più autismo). Altrettanto rappresentate sono anche le malattie del sistema nervoso (G00-G99, 764 occorrenze).

Grafico 58 - condizioni cliniche ospiti CDD



Residenze Sanitarie Disabili (RSD)

Rete Offerta

Sul territorio di ATS Brianza sono presenti 9 Residenze Sanitarie Disabili (RSD) a contratto con una disponibilità complessiva di 413 posti abilitati, di cui 410 a contratto (Tabella 16 e figura 7).

Tabella 16 – Rete offerta RSD di ATS Brianza

Distretto	UdO	POSTI ABILITATI	POSTI ACCREDITATI	POSTI A CONTRATTO
BELLANO	3	113	113	113
LECCO	0	0	0	0
MERATE	1	39	39	36
Area LC	4	152	152	149
CARATE	0	0	0	0
DESIO	2	84	84	84
MONZA	1	60	60	60
SEREGNO	1	65	65	65
VIMERCATE	1	52	52	52
Area MB	5	261	261	261
Totale	9	413	413	410

Figura 7 – Rete Offerta RSD a contratto ATS Brianza



Per questa tipologia di struttura l'attuale sistema di offerta di Regione Lombardia è pari a 1,6 posti a contratto ogni 100 abitanti disabili di età compresa tra i 18 e i 64 anni.

Come è possibile notare dal grafico 59, l'indice di offerta di ATS Brianza è sostanzialmente in linea con il dato regionale (1,3% ATS Brianza $\approx$ 1,6 % Regione Lombardia) e con quello delle altre ATS. Fa eccezione il valore particolarmente elevato di ATS della Val Padana (4,1%). A riguardo è opportuno osservare come il territorio di ATS Val Padana ospiti 12 RSD a contratto con una disponibilità di 812 posti a contratto di cui più di 350 in disponibilità alla Fondazione Sospiro.

L'indice di offerta per Distretto (grafico 60) evidenzia una certa disomogeneità territoriale: i distretti di Carate e Lecco non ospitano questa tipologia di offerta e gli altri Distretti evidenziano valori che

si discostano di poco dal dato complessivo di ATS Brianza (1,3%). Fa eccezione il Distretto di Bellano, con un indice di offerta particolarmente elevato (8,2%).

Grafico 59 – Indici offerta RSD ATS Lombarde

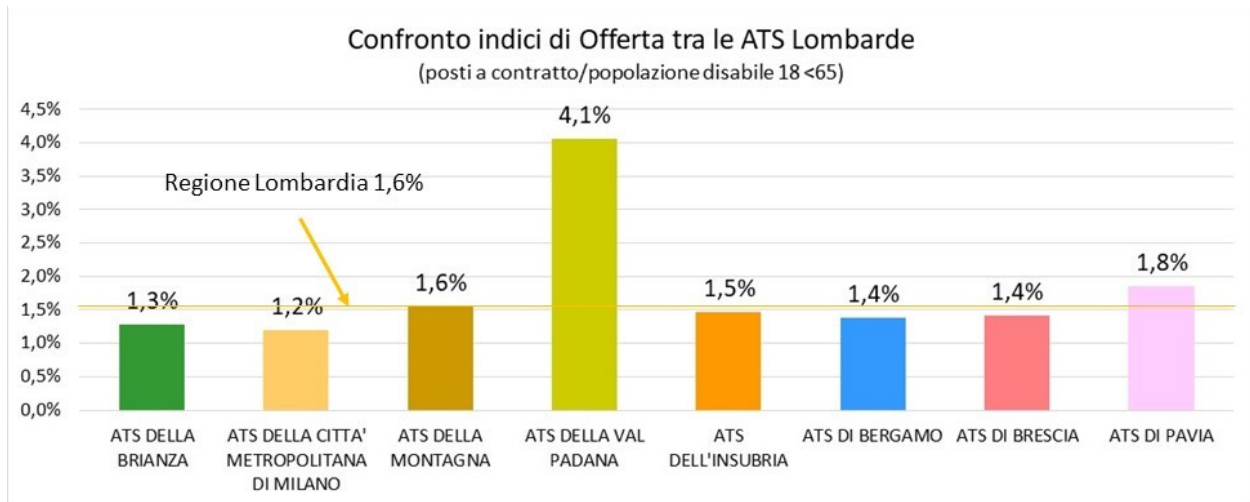
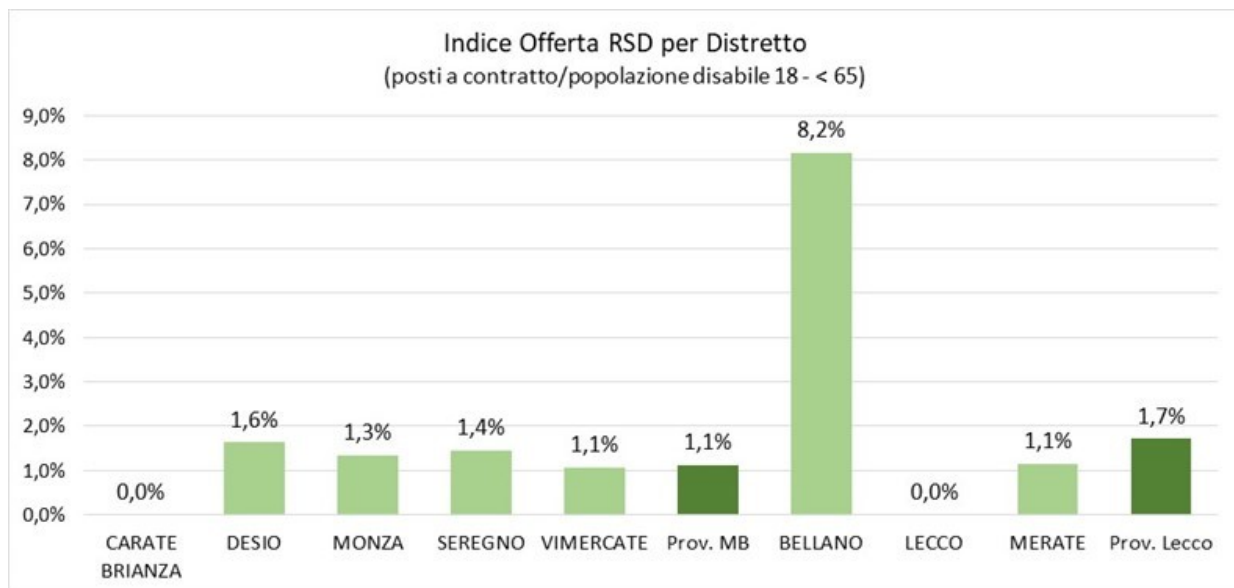


Grafico 60 – Indici offerta RSD Distretti ATS Brianza



Benché anche per le RSD si possa osservare una influenza del fattore prossimità nella scelta delle strutture, i dati rilevati mostrano anche una certa mobilità sul territorio: i residenti nei Distretti privi di tale tipologia di offerta sono ospitati nelle strutture dei territori più vicini. Così, per esempio, i residenti nel Distretto di Lecco si rivolgono in buona parte verso le UdO del territorio di Bellano e in parte al territorio di Merate. Allo stesso modo, i residenti del Distretto di Carate si rivolgono in egual misura alle strutture che insistono sui territori di Monza e Seregno.

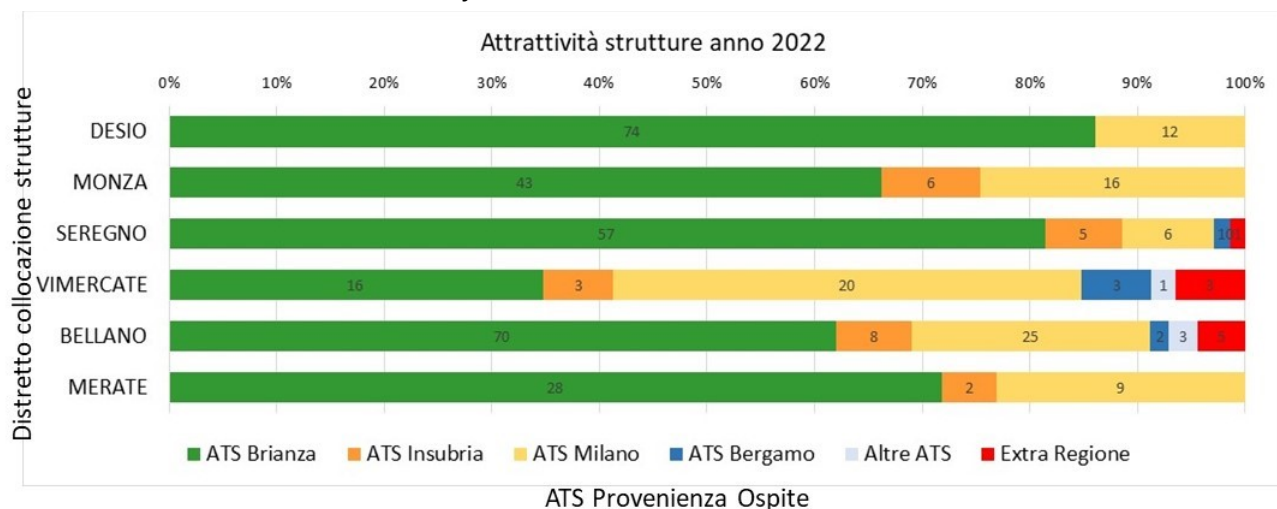
La maggior disponibilità di offerta del Distretto di Bellano sembra comunque costituire un elemento di attrazione sia per le persone che arrivano da territori extra ATS (33%), sia dai Distretti limitrofi (Lecco), sia da altri Distretti (Merate e Monza). Anche le strutture presenti sul Distretto di Monza oltre che accogliere in buona parte i propri residenti (46%), hanno un ruolo attrattivo nei confronti dei residenti di Vimercate, Carate e, in minor misura, Desio e Seregno. (Tabella 17)

Tabella 17 - Mobilità intra ATS

Mobilità intra ATS	Numero Persone							%						
	BELLANO	DESIO	MERATE	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	Totale	BELLANO	DESIO	MERATE	MONZA	SEREGNO	VIMERCATE	Totale
BELLANO	40	1	1	0	0	1	43	93,0%	2,3%	2,3%	0,0%	0,0%	2,3%	100,0%
LECCO	8	1	5	1	2	1	18	44,4%	5,6%	27,8%	5,6%	11,1%	5,6%	100,0%
MERATE	5	0	21	0	0	0	26	19,2%	0,0%	80,8%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
CARATE	4	4	0	8	8	2	26	15,4%	15,4%	0,0%	30,8%	30,8%	7,7%	100,0%
DESIO	2	62	0	11	9	6	90	2,2%	68,9%	0,0%	12,2%	10,0%	6,7%	100,0%
MONZA	6	2	0	12	5	1	26	23,1%	7,7%	0,0%	46,2%	19,2%	3,8%	100,0%
SEREGNO	1	3	0	5	29	0	38	2,6%	7,9%	0,0%	13,2%	76,3%	0,0%	100,0%
VIMERCATE	4	1	1	6	4	5	21	19,0%	4,8%	4,8%	28,6%	19,0%	23,8%	100,0%
Extra ATS	43	12	11	22	13	30	131	32,8%	9,2%	8,4%	16,8%	9,9%	22,9%	100,0%
Totale	113	86	39	65	70	46	419	27,0%	20,5%	9,3%	15,5%	16,7%	11,0%	100,0%

L'attrattività delle RSD del territorio di ATS Brianza riguarda in particolare i residenti dei territori di ATS Città Metropolitana, ATS Insubria, ATS Bergamo e, in parte Extra Regione (Grafico 61). Le strutture maggiormente interessate sono quelle che insistono nei distretti di Bellano, Vimercate e Monza. Mentre le strutture di Bellano accolgono il 32% di ospiti extra ATS, le strutture sul territorio di Vimercate ne accolgono il 22,9%, quelle di distretto di Monza invece il 16,8%.

Grafico 61 – Mobilità utenti RSD anno 2022



L'analisi del dato "storico" relativo all'attrattività non mostra variazioni di rilievo rispetto a quanto già osservato. (Grafici 62 e 63).

Grafico 62 – Storico attrattività strutture RSD di ATS Brianza

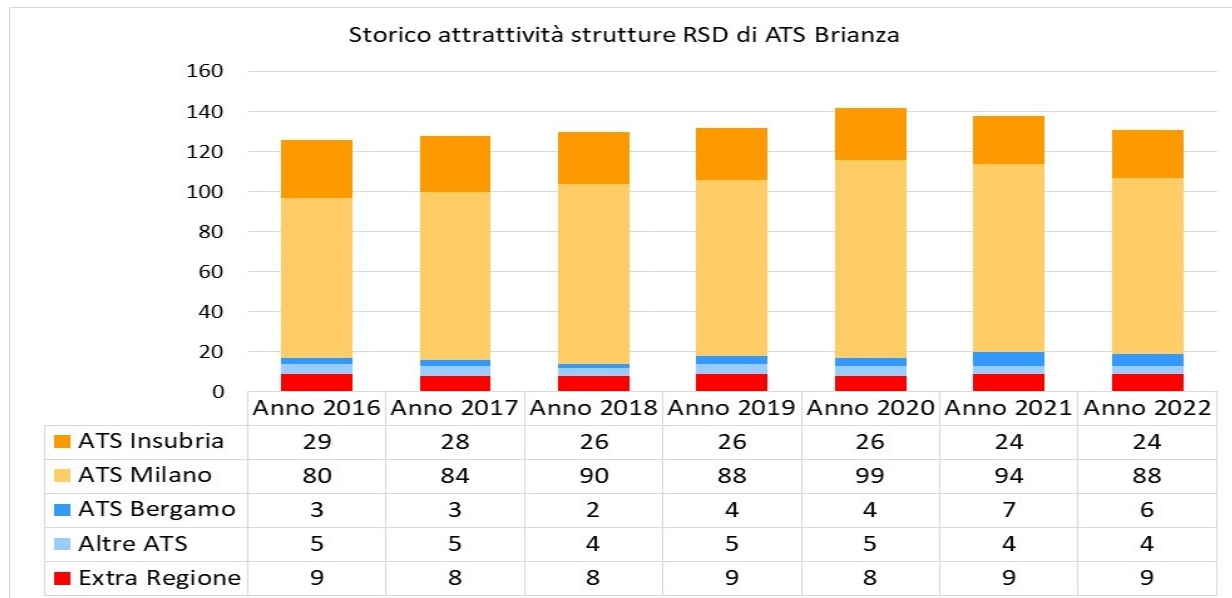


Grafico 63 – attrattività strutture RSD di ATS Brianza per anno e ATS di provenienza ospiti



Consumo e produzione anno 2022

I dati di fuga e attrazione risultano piuttosto elevati, rispettivamente dell'ordine del 46% e del 38% (Figura 8 e Grafico 64) e interessano in particolare i territori di ATS Milano, ATS Insubria e ATS Bergamo. Fa eccezione il dato di ATS Val Padana, per la quale prevale il dato di fuga.

Pur risultando il più elevato della Lombardia, il dato di *fuga* di ATS Brianza (46,5%) rapportato al dato di *attrazione* (38%) e alla mobilità ricavata dal dato economico, evidenzia come se da un lato sia possibile ipotizzare una carenza di offerta per tale tipologia di struttura, dall'altro sia opportuno considerare come la mobilità possa riflettere anche valutazioni che esulano dalla disponibilità di

posti sul territorio e che fanno riferimento ai bisogni dell’ospite (maggiore compatibilità con il contesto di cura). In tale contesto, non sorprende, infatti, che l’ATS della Val Padana pur mostrando l’indice di offerta più alto della Lombardia (più del doppio rispetto alle altre ATS) riporti un dato di consumo extra ATS pari al 7,2% (grafico 65).

Figura 8 - Consumo e produzione ATS Brianza

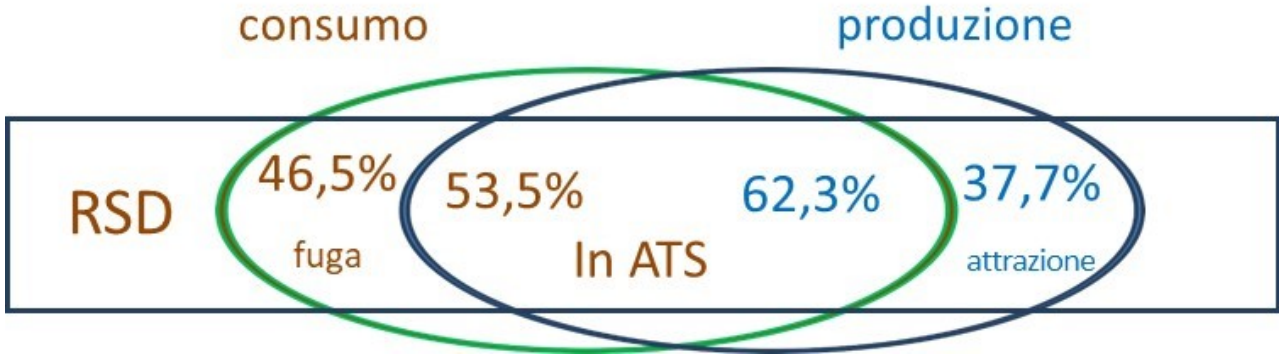


Grafico 64 – Consumo e produzione RSD ATS Brianza

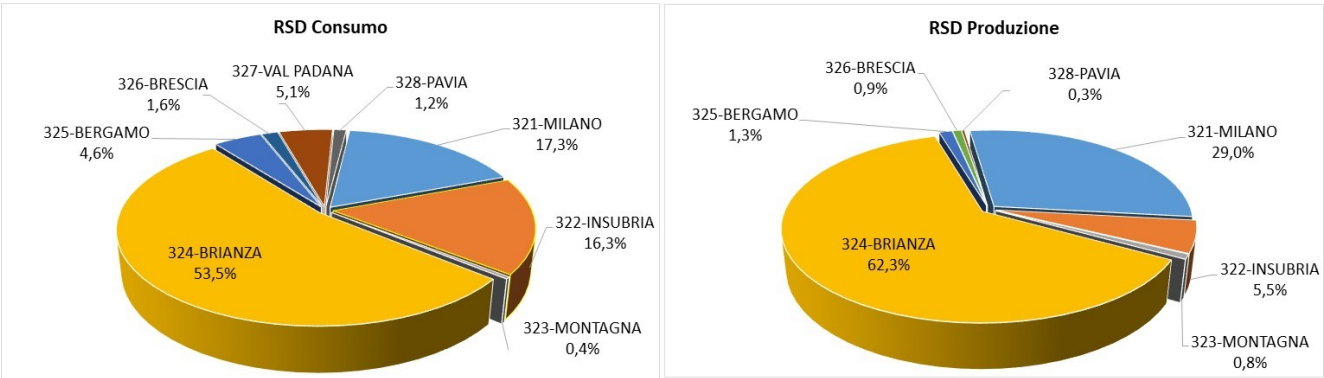
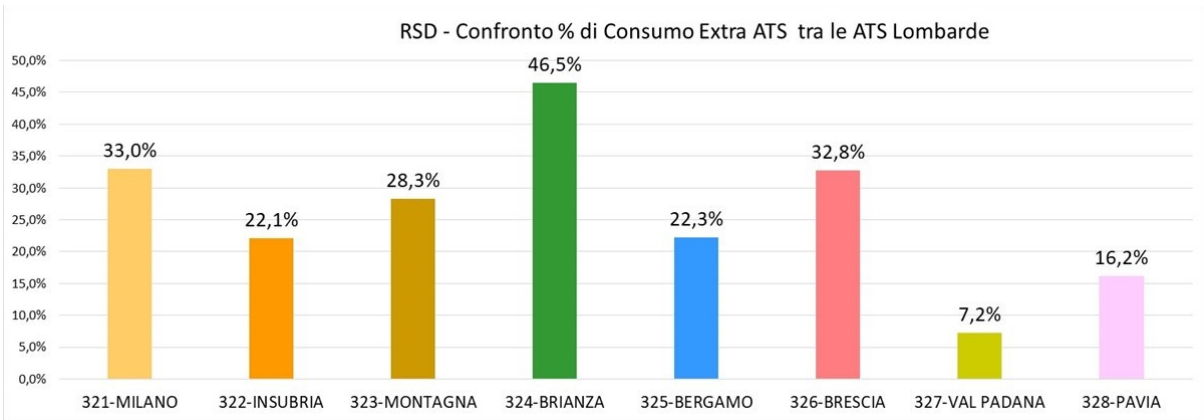


Grafico 65 – Consumo Extra ATS tra le ATS Lombarde

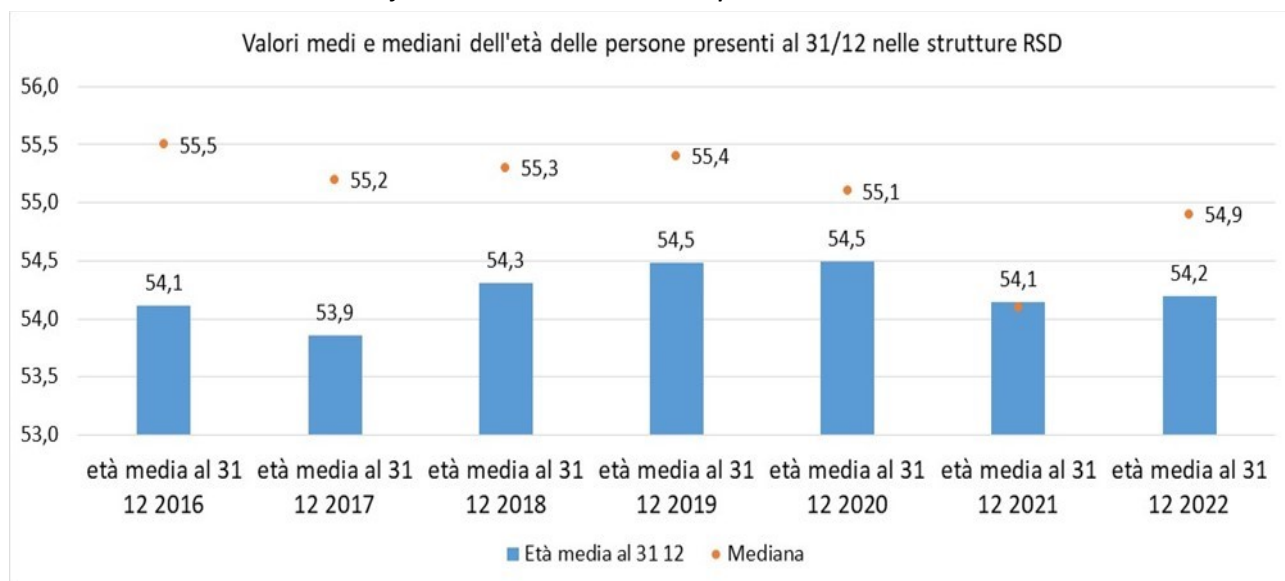




Ospiti

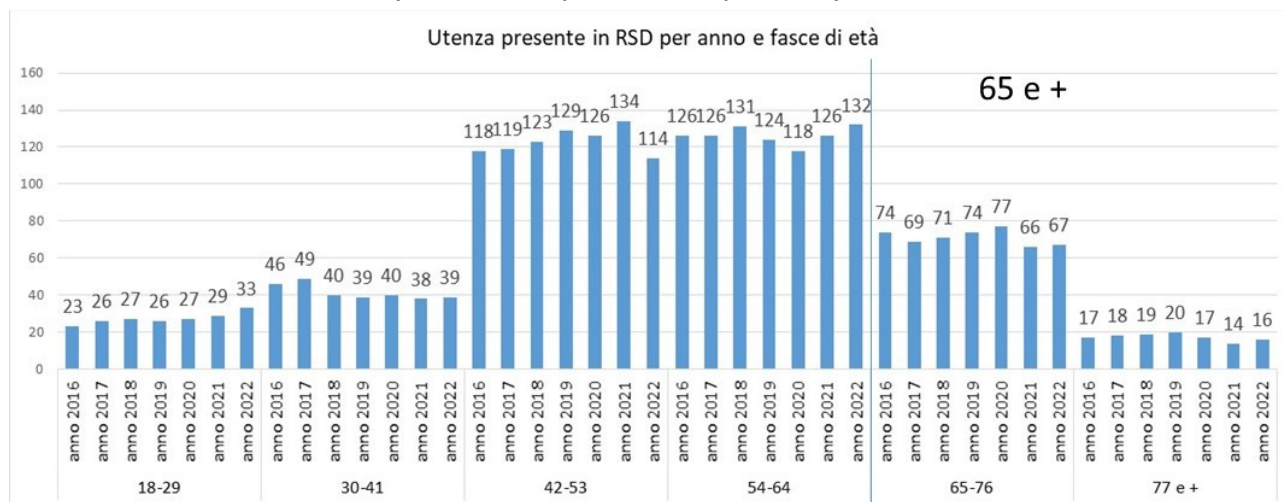
L'età media degli ospiti delle RSD si attesta intorno ai 54 anni con minime variazioni nel corso degli anni. Il dato mediano risulta leggermente superiore al dato medio, ciò a testimoniare una maggiore presenza all'interno del gruppo di numerosi ospiti con età elevata.

Grafico 66 – Età media e mediano ospiti RSD anni 2016-2022



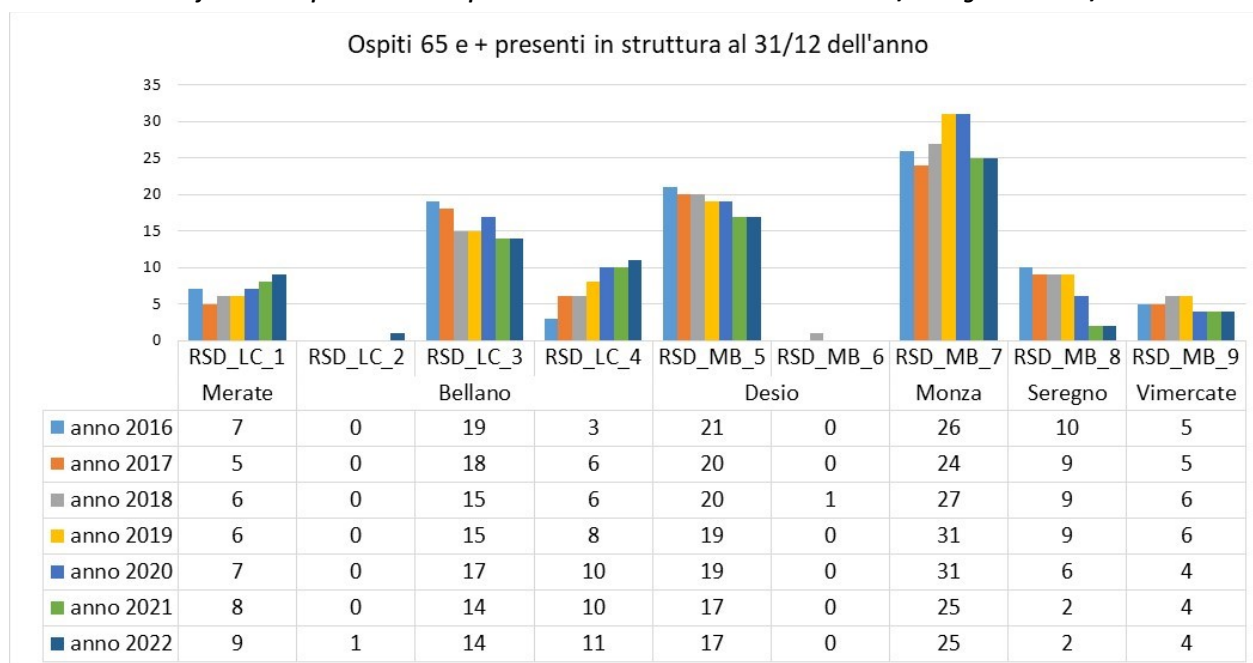
Di particolare interesse risulta invece la presenza all'interno delle strutture di ospiti con età superiore a 65 anni (Grafico 67). Tale gruppo di persone, circa il 20% degli ospiti complessivamente accolti nelle RSD, di fatto costituiscono una presenza "incongruente" in quanto tale UdO dovrebbe accogliere ospiti fino a 65 anni di età. Al di là degli aspetti legati all'appropriatezza, tale evidenza costituisce un dato di rilievo anche rispetto all'impatto che nel medio/lungo periodo può avere sulla rete dei servizi. Il prolungarsi della permanenza presso una struttura, infatti, se da un lato limita la possibilità che tale struttura possa accogliere nuovi ospiti, dall'altro interferisce con la possibilità di sviluppare progettualità attinenti ai bisogni dell'utenza tipica.

Grafico 67 – Utenza presente in RSD per anno e fasce di età



Come è possibile osservare dal Grafico 68, le persone di 65+ anni sono variamente presenti all'interno delle strutture di ATS Brianza. Mentre in alcuni casi la loro presenza può arrivare al 40-50% degli ospiti, in altri casi si mantiene entro il 10-20%. Non mancano, infine, strutture i cui ospiti non superano i 65 anni.

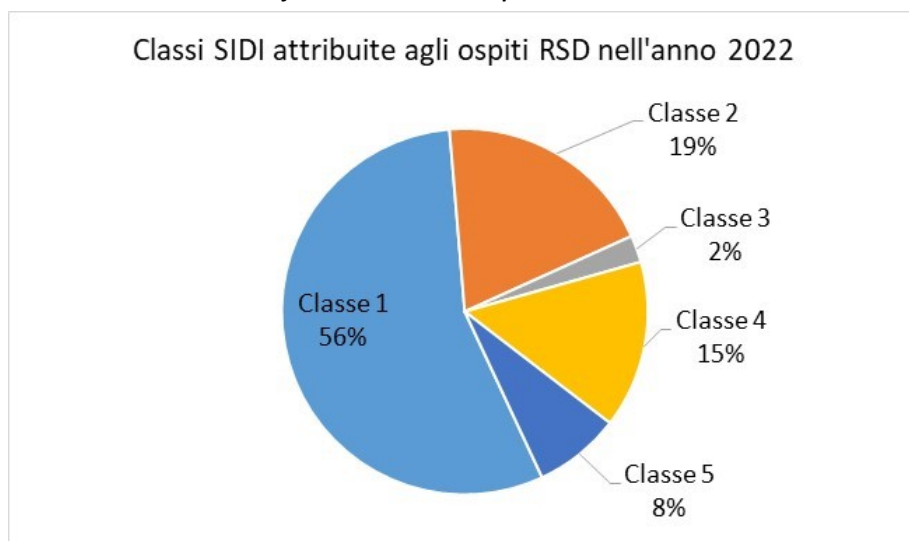
Grafico 68 – Ospiti di 65 aa e + presenti nelle strutture di ATS Brianza al 31/12 degli anni 2016/2022



Fragilità Ospiti

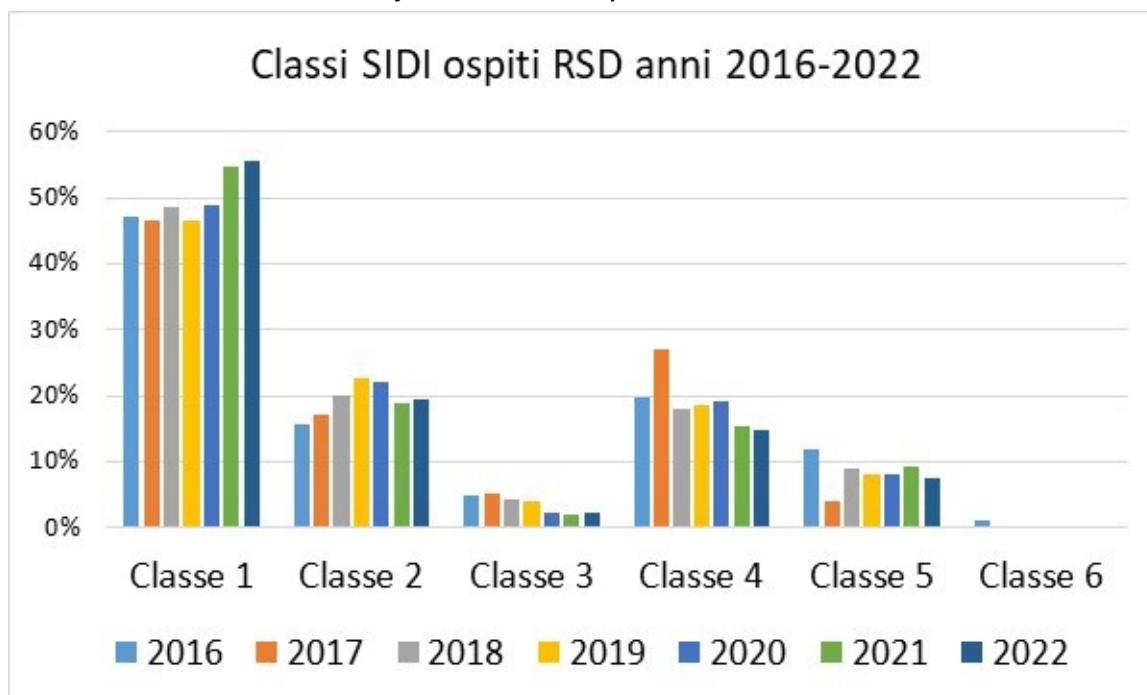
La fragilità degli ospiti delle RSD nel 2022 si concentra per il 56% in Classe 1, gli altri si collocano per lo più nelle Classi 2 (19%) e 4 (15%).

Grafico 69 – Classi SIDI Ospiti RSD anno 2022



Il grafico 70 esemplifica il dato relativo all'andamento temporale dell'attribuzione delle classi SIDI agli Ospiti delle RSD ed evidenzia un incremento in particolare degli ospiti in Classe 1 e un contestuale decremento degli ospiti nelle altre classi, in particolare nelle classi 4 e 5.

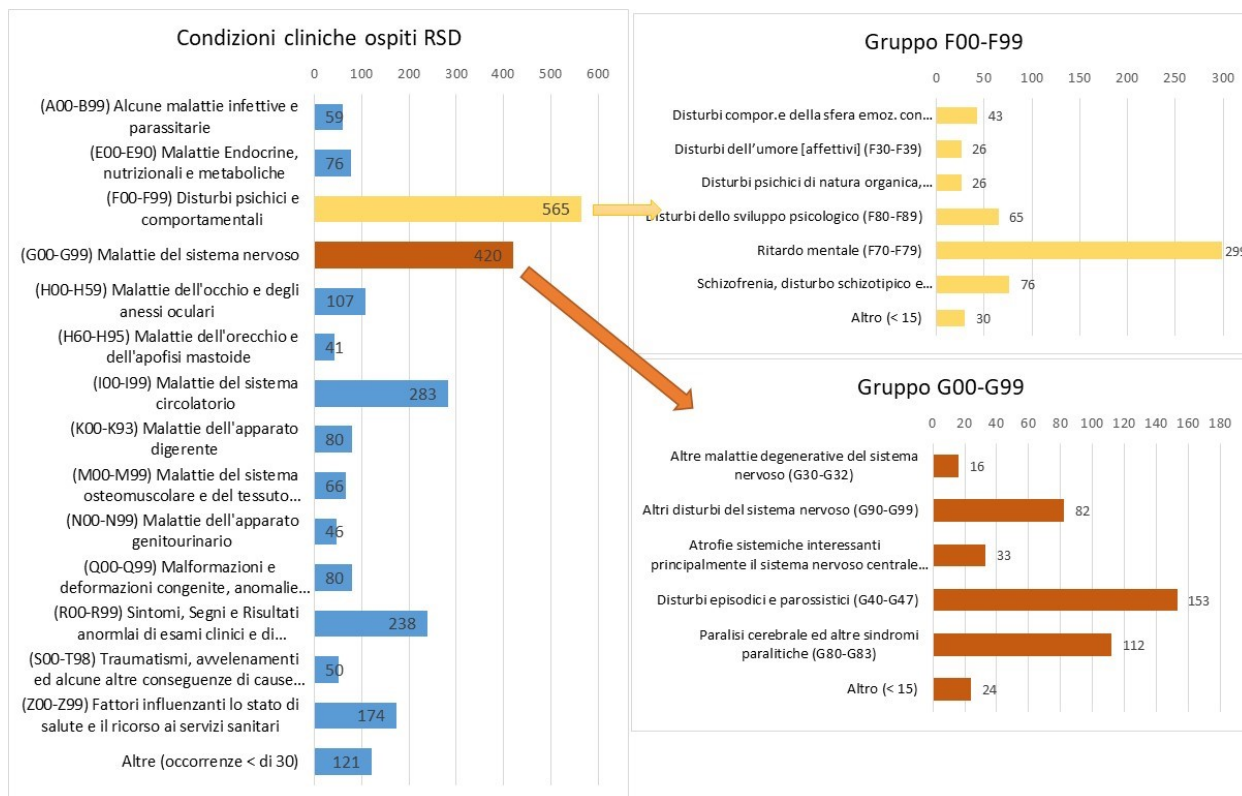
Grafico 70– Classi SIDI Ospiti RSD anni 2016-2022



Condizioni cliniche ospiti

Anche per questa UdO i “Disturbi Psicici e comportamentali” caratterizzano la condizione clinica prevalente delle persone ospiti (F00-F99, 565 occorrenze) e si caratterizzano per lo più dal ritardo mentale (299 occorrenze), dai Disturbi Psicotici (76 occorrenze) e dai Disturbi dello Sviluppo psicologico (per lo più Autismo) (Grafico 71). Frequenti sono anche le malattie del sistema nervoso (G00-G99, 420 occorrenze).

Grafico 71 – Condizioni Cliniche Ospiti RSD



Comunità Sociosanitarie (CSS)

La Rete di Offerta

Sul territorio di ATS Brianza sono presenti 15 Comunità Sociosanitarie (CSS) a contratto con una disponibilità complessiva di 149 posti abilitati e a contratto (Tabella 18).

Tabella 18 – CSS a contratto nel territori di ATS Brianza

Distretto	UdO	POSTI ABILITATI	POSTI ACCREDITATI	POSTI A CONTRATTO
BELLANO	4	39	39	39
LECCO	0	0	0	0
MERATE	5	50	50	50
Area LC	9	89	89	89
CARATE BRIANZA	2	20	20	20
DESIO	1	10	10	10
MONZA	0	0	0	0
SEREGNO	1	10	10	10
VIMERCATE	2	20	20	20
Area MB	6	60	60	60
Totale	15	149	149	149

Figura 9– rete CSS a contratto ATS Brianza



Come è possibile osservare nella figura 9, la dislocazione territoriale di questa tipologia di UdO vede nell'area di Lecco una maggiore presenza di CSS agli estremi del territorio con una particolare concentrazione nei Comuni di Colico (3 strutture) e Cassago Brianza (3 strutture). Diversamente, nell'area di Monza e Brianza, le CSS risultano distribuite in modo maggiormente diffuso sul territorio.

Per questa tipologia di struttura l'attuale sistema di offerta di Regione Lombardia è pari a 5,8 posti a contratto ogni 1.000 abitanti disabili di età compresa tra i 18 e i 64 anni. Come è possibile notare dal Grafico 73, la maggior parte delle ATS Lombarde mostra un indice di offerta superiore al dato regionale (5,8‰). Fanno eccezione ATS di Bergamo (di soli due decimali inferiore), ATS Brianza e ATS Città Metropolitana di Milano (circa un punto per mille).

In funzione della collocazione territoriale delle strutture, i distretti di Bellano e Merate mostrano un valore particolarmente elevato rispetto agli altri Distretti, che non superano il valore del 5‰ (Grafico 73).

Grafico 72 – Indice di Offerta CSS Lombardia

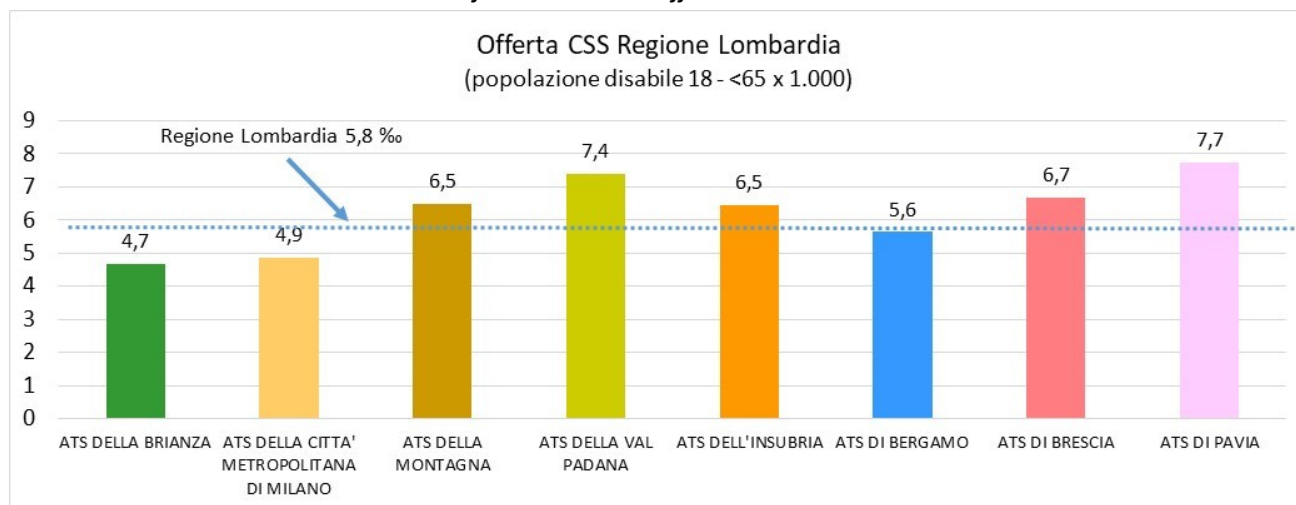
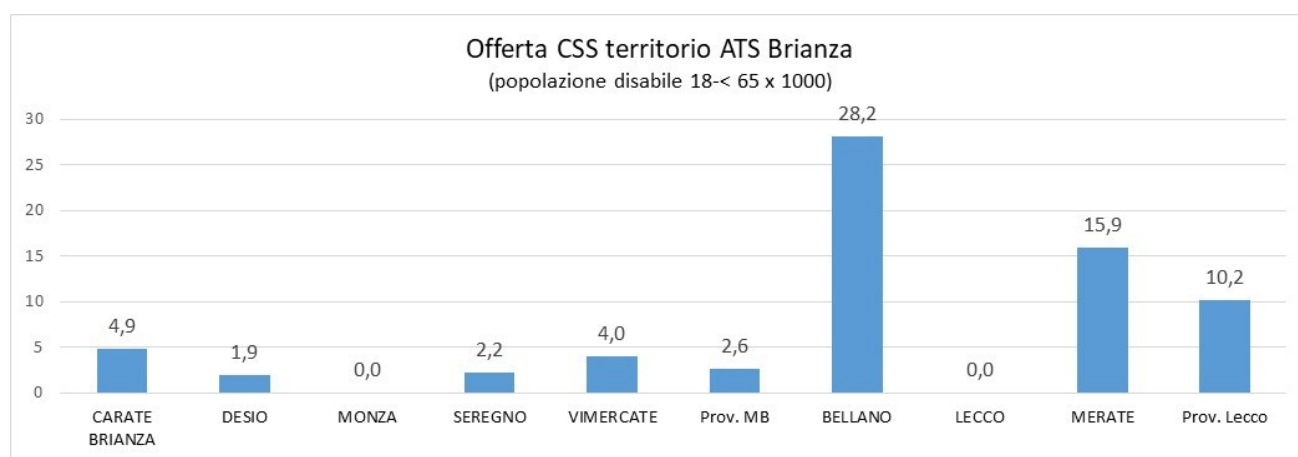


Grafico 73 – Indice di Offerta CSS ATS Brianza



Mobilità

Per le persone che trovano collocazione all'interno delle strutture di ATS Brianza, è probabilmente evidente l'influenza del fattore prossimità, soprattutto per i residenti nei Distretti che contano una maggiore disponibilità di strutture. Se si osserva la Tabella 19 è possibile osservare come i residenti dei distretti di Bellano, Merate e Carate, sono ospitati dalle strutture che insistono sul territorio di residenza. Diversamente, i residenti di Monza, non potendo contare su analoghe strutture sul proprio territorio, si rivolgono in prevalenza alle CSS che insistono sul Distretto di Vimercate.

Particolare attenzione merita, infine, quanto osservato per i residenti nel Distretto di Lecco. I dati presentati in tabella evidenziano come i residenti nel Distretto di Lecco siano inseriti per la maggior parte (52.9%) nella struttura del territorio di Lecco e, secondariamente, nelle strutture di Merate (29.4%). È opportuno a questo riguardo osservare come tale situazione faccia riferimento al 2022 e alla presenza, nell'anno di interesse, di una struttura (Casa L'Orizzonte) che nel corso del 2023 ha visto decadere l'accreditamento. Pertanto tale struttura è stata conteggiata nell'analisi dei dati ma non figura nel novero dell'offerta in quanto quest'ultima è stata calcolata con riferimento alle strutture a Contratto attive al 2023.

Tabella 19- Mobilità Intra ATS Brianza

Distretto	BELLANO	LECCO	MERATE	CARATE	DESIO	SEREGNO	VIMERCATE	Totale	BELLANO	LECCO(*)	MERATE	CARATE	DESIO	SEREGNO	VIMERCATE	Totale
BELLANO	22							22	100,0%							100,0%
LECCO	3	9	5					17	17,6%	52,9%	29,4%					100,0%
MERATE			16					16			100,0%					100,0%
CARATE				5				5				100,0%				100,0%
DESIO				1	10	3		14				7,1%	71,4%	21,4%		100,0%
MONZA	1		2	2			3	8	12,5%		25,0%	25,0%			37,5%	100,0%
SEREGNO			1	2		7		10			10,0%	20,0%		70,0%		100,0%
VIMERCATE			3	2			15	20			15,0%	10,0%			75,0%	100,0%
extra ATS	14		24	4				42	33,3%		57,1%	9,5%				100,0%
Totale	40	9	51	16	10	10	18	154	26,0%	5,8%	33,1%	10,4%	6,5%	6,5%	11,7%	100,0%

Come è possibile rilevare dal Grafico 75, l'attrattività dei CSS presenti sul territorio di ATS Brianza riguarda di solito i residenti del territori di ATS Milano e, in minor misura, ATS Insubria. Tale dato sembra stabile nel tempo (Grafici 74 e 75): si tratta di UdO che si caratterizzano per una lunga permanenza degli ospiti, con molta probabilità superiore all'arco temporale considerato nella presente analisi.

Grafico 74 – Mobilità CSS ATS Brianza



Grafico 75 – Storico Attrattività CSS
Storico attrattività CSS

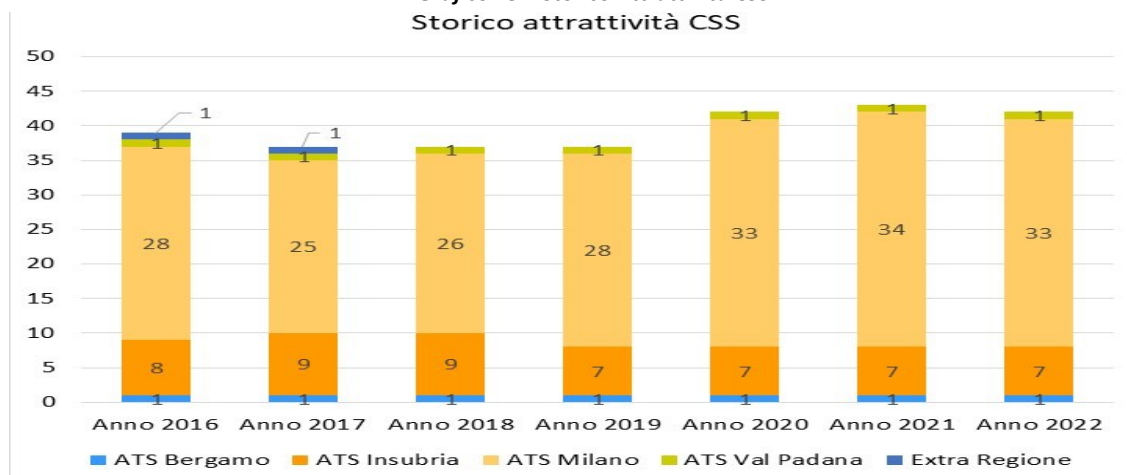
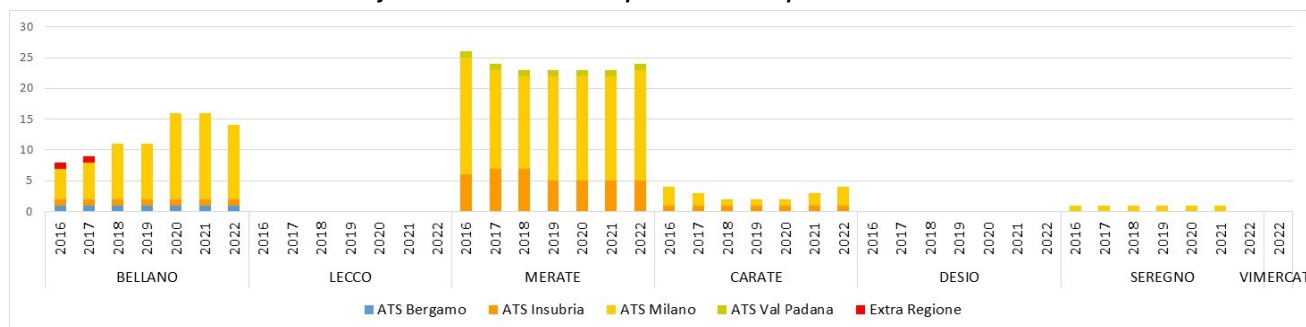


Grafico 76 – Attrattività CSS per Distretti nel periodo 2016-2022



Consumo e produzione anno 2022

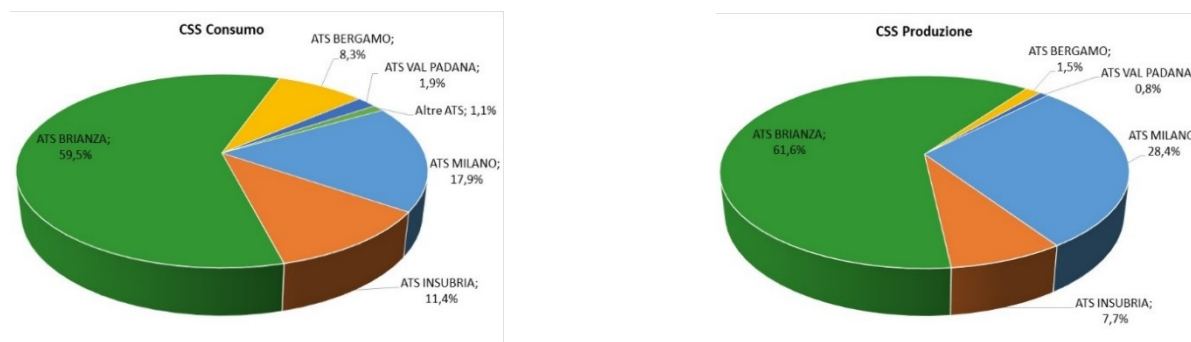
I dati di fuga e attrazione (Figura 10 e grafico 77) risultano piuttosto elevati, rispettivamente dell'ordine del 40,5% e del 38,4% e interessano in particolare i territori di ATS Milano, ATS Insubria. Fa eccezione il dato di ATS Bergamo, per la quale prevale il dato di fuga.

Figura 10 - Consumo e produzione CSS anno 2022



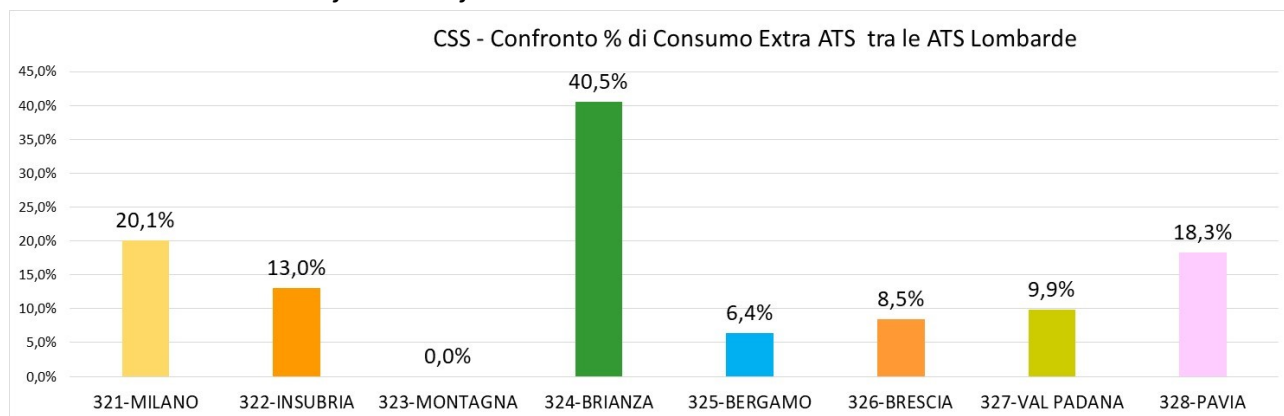
Rispetto ai dati di fuga presenti per le ATS Lombarde, il dato di ATS Brianza risulta particolarmente elevato (40,5%), più del doppio rispetto a quello di ATS Milano e Pavia (rispettivamente 20,1% e 18,3%) e potrebbe riflettere un bisogno dei residenti che non trova soddisfacimento nel proprio territorio, ma, se comparato al dato di produzione altrettanto elevato (38,4%), sembra esprimere anche una volontà di riferirsi alle strutture extra territoriali dettata da altri fattori (es. bisogni degli ospiti, presenza di particolari caratteristiche della struttura di accoglienza ecc.).

Grafico 77- Consumo e produzione CSS ATS Brianza



Come discusso a proposito delle RSD, in tale contesto non sorprende osservare come ATS con l'indice di offerta più elevato della Lombardia (ATS Pavia – 7,7‰) mostri un dato di consumo che la colloca al terzo posto in Lombardia (18,3% - grafico 78).

Grafico 78 – Confronto dei consumi Extra ATS tra le ATS Lombarde



Attrazione



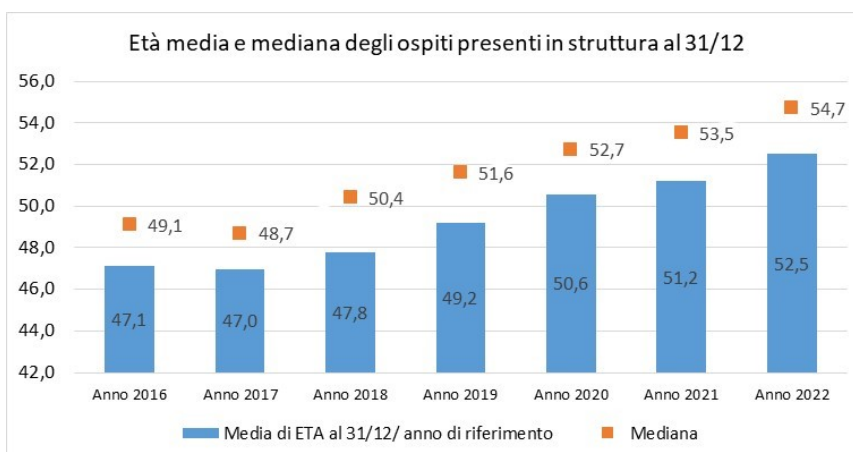
Fuga



Ospiti

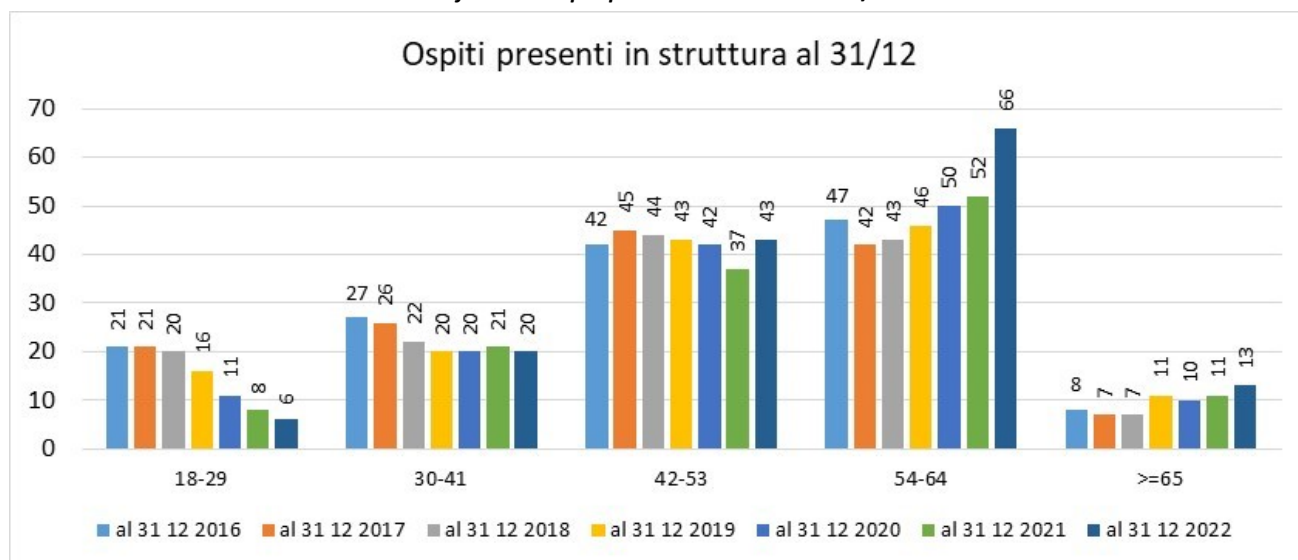
È evidente dal grafico sottostante un progressivo “invecchiamento” degli ospiti delle CSS che, nei sette anni considerati, mostrano un incremento di più di 5 anni di età: da un valore medio di 47,1 anni nel 2016 a un valore di 52,5 anni nel 2022. Ancora più elevato è il valore mediano (54,7 anni).

Grafico 79 – Età Media e Mediana ospiti CSS presenti in struttura al 31/12



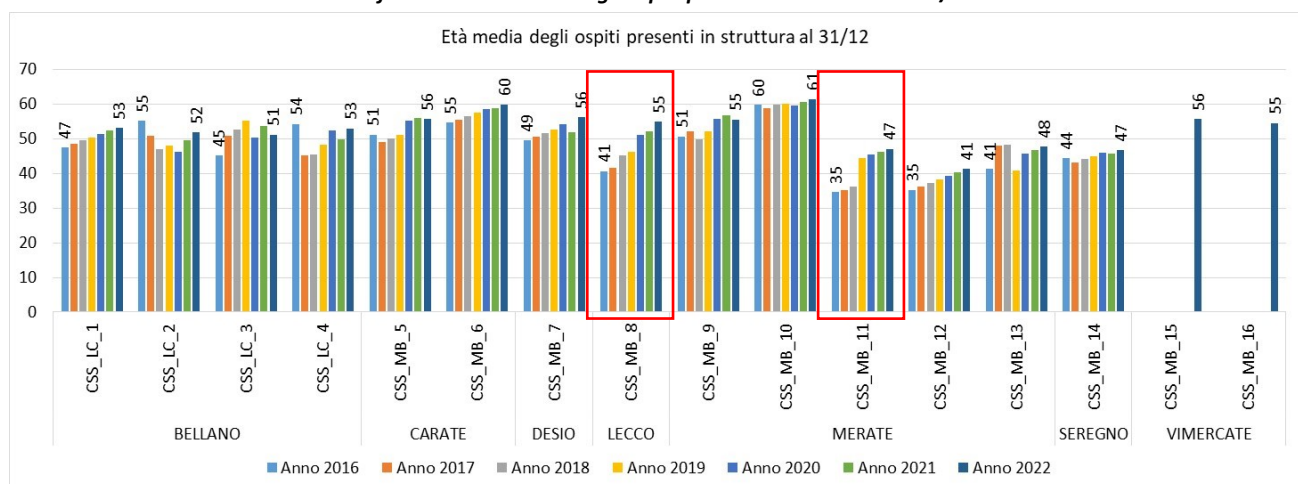
La distinzione degli ospiti presenti in struttura al 31/12 evidenzia in modo particolare sia il progressivo invecchiamento negli anni degli ospiti (es. incremento degli ospiti in fascia di età 54-64), sia la presenza all'interno delle strutture di un discreto numero di persone con età minore di 54 anni (valore mediano).

Grafico 80 – Ospiti presenti in struttura al 31/12



L'analisi dell'età media degli ospiti distinti per struttura (grafico 81) evidenzia come il progressivo "invecchiamento" degli ospiti abbia interessato in modo più o meno evidente molte strutture arrivando in alcuni casi a mostrare dal 2016 al 2022 un incremento superiore a 10 anni.

Grafico 81 – Età media degli ospiti presenti in struttura al 31/12



Mettendo in relazione il dato relativo all'età media degli ospiti presenti in struttura con l'età media di ingresso e la durata del trattamento è possibile osservare come, pur all'interno di una certa variabilità, l'accesso a tali UdO avviene per buona parte in età superiore ai 41 anni (Grafico 82). I dati relativi alla durata del trattamento degli ospiti presenti in struttura (Grafico 84) evidenziano

come, benché si possa osservare nel tempo un aumento degli ospiti con una durata di trattamento dai 13 ai 17 anni, sono molte le persone inserite in CSS con una durata di trattamento entro i 7 anni.

Grafico 82 – Età primo ingresso in CSS

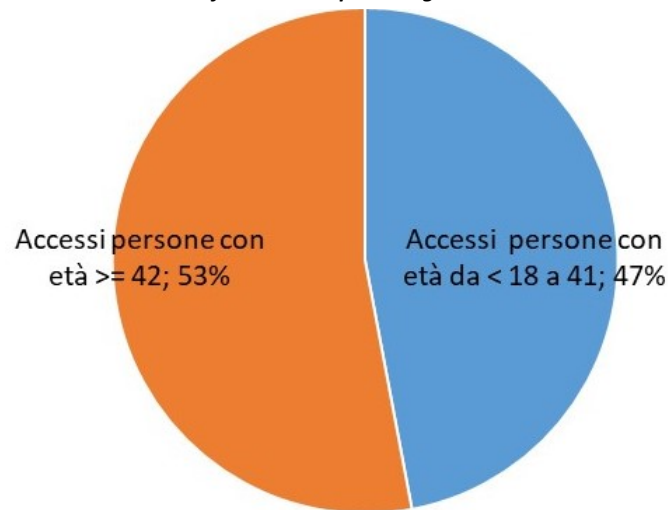


Grafico 83 - Età primo ingresso in CSS per struttura

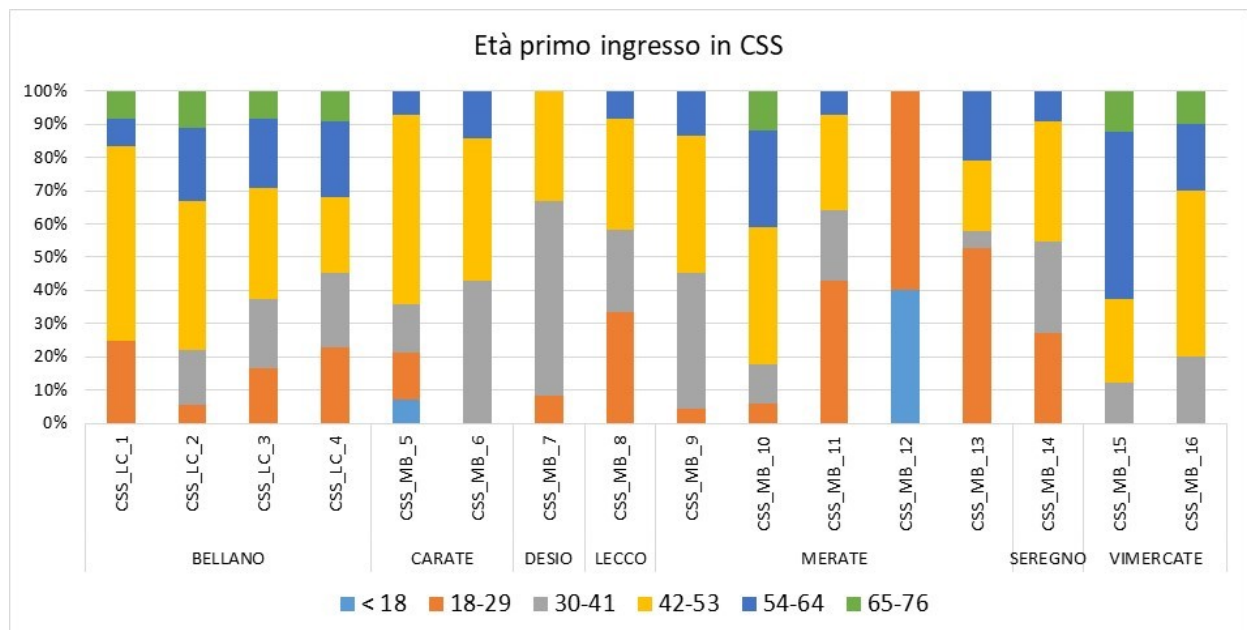
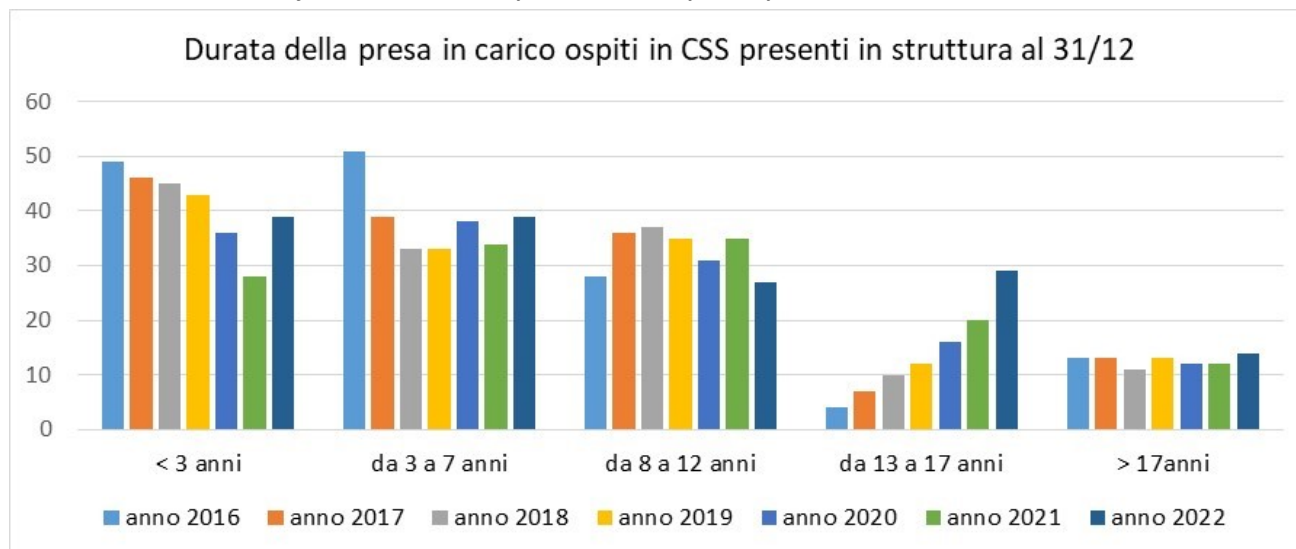


Grafico 84 – Durata della presa in carico ospiti CSS presenti in struttura al 31/12



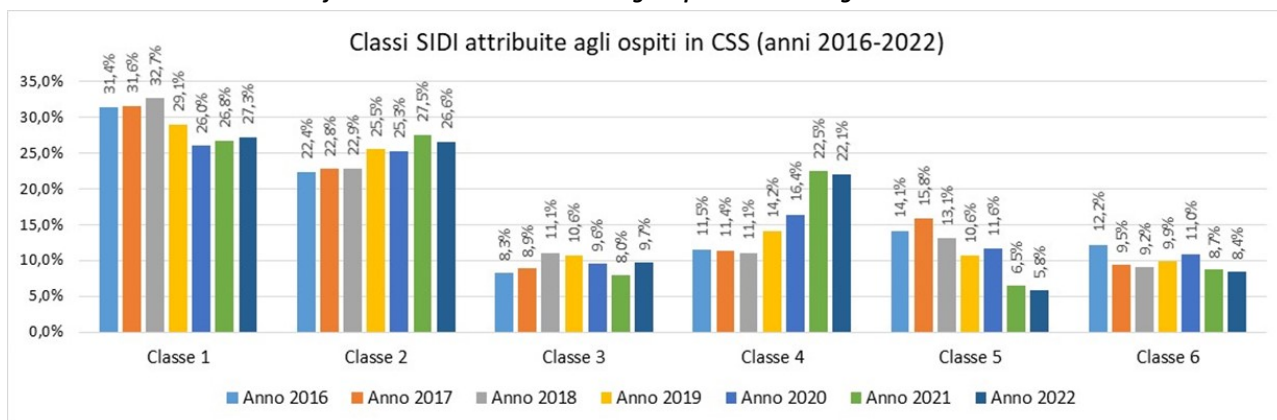
Fragilità

Nel 2022 Le classi SIDI maggiormente rappresentate all'interno delle CSS sono la Classe 1 (27% degli ospiti) e la Classe 2 (27% degli ospiti) (Grafico 86). Mentre la prima ha registrato nel tempo un decremento, la Classe 2 mostra un leggero incremento. Ampiamente rappresentata è anche la classe 4 (22% ospiti). Anche questa mostra un incremento, soprattutto in questi ultimi due anni di circa 10 punti percentuali (Grafico 86).

Grafico 85 – Classi di fragilità SIDI attribuite agli ospiti delle CSS nel 2022

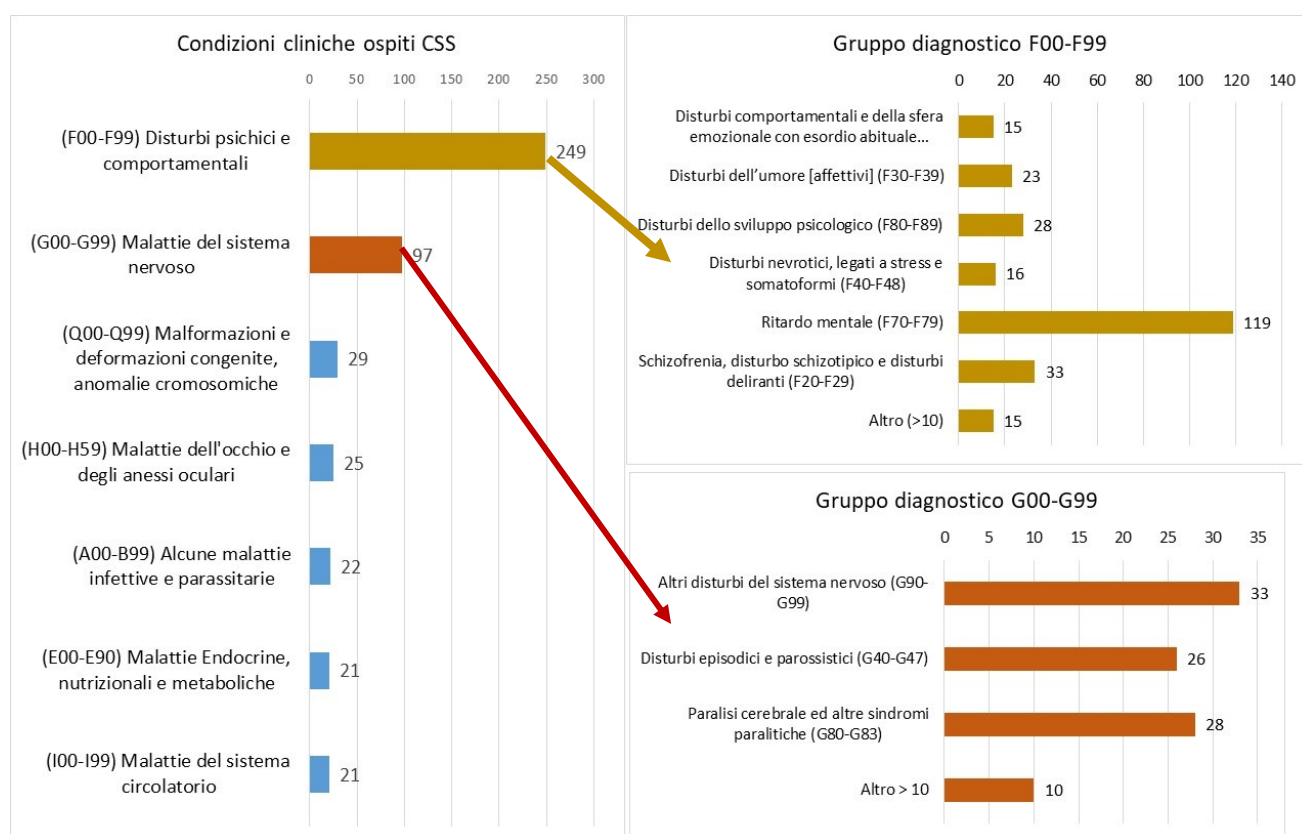


Grafico 86 – Classi SIDI attribuite agli ospiti delle CSS negli anni 2016-2022



Le condizioni cliniche maggiormente rappresentate dagli ospiti delle CSS riguardano i disturbi Psichici e comportamentali (in prevalenza Ritardo Mentale) e, in minori misura le Malattie del sistema Nervoso (Grafico 87).

Grafico 87 – Condizioni cliniche attribuite agli ospiti delle CSS negli anni 2016-2022



Confronto con il tavolo

Il confronto con il tavolo se da un lato ha permesso di meglio specificare i dati ottenuti dall'analisi dei flussi SOSIA e SIDi, dall'altro ha permesso di focalizzare alcune tematiche di particolari rilevanza sia per quanto attiene l'operatività quotidiana, sia per quanto attiene la programmazione degli interventi di rete territoriale. Gli elementi emersi sono di seguito raggruppati e sintetizzati per area tematica.

AREA Anziani

Gli indici del Sistema di Offerta

Benché vi siano evidenze a favore della necessità di ampliare l'offerta di residenzialità per la popolazione anziana fragile, è altrettanto importante considerare che il sistema di supporto deve prevedere forme di offerta diversificate alternative alla residenzialità.

Strettamente collegata al punto precedente, è anche la necessità di sviluppare modelli maggiormente articolati per la lettura del bisogno territoriale, che amplino le variabili da considerare e includano anche una stratificazione della popolazione interessata. Al di là del dato relativo all'indice di offerta, che si basa sui dati di popolazione "anziana" o sui dati ISTAT relativi alla non autosufficienza, non sono disponibili modalità peculiari di definizione del bisogno di residenzialità territoriale. Ciò costituisce un importante limite alla programmazione. Per esempio, se si dovesse tenere ferma l'offerta di 6 posti letto ogni 100 anziani over 75 risultante con Delibera Regionale 4574 del 19/12/2012, il territorio di Monza e Brianza avrebbe dovuto registrare un incremento di 3300 posti. E' evidente che tale metodo per quanto immediato e ragionevole non permette una programmazione a lungo termine in quanto richiederebbe un continuo aggiustamento (per es. elevando progressivamente le età della popolazione di riferimento). In tale contesto sarebbe di grande aiuto riuscire a completare il quadro informativo integrando le informazioni in nostro possesso con quelle relative alle strutture extraterritoriali (dati SOSIA Regionali) e al mondo dell'associazionismo.

Le azioni che a questo riguardo potrebbero essere messe in atto riguardano:

- **Ampliamento della base dati per l'analisi su base regionale degli accessi alle RSA (dati SOSIA Regionali)**
- **Sviluppo di un modello di analisi del bisogno di residenzialità capace di includere sia le variabili che incidono sulla scelta residenziale (fragilità delle persone), sia i fattori che riguardano la mobilità degli ospiti tra le strutture regionali.**

Il sistema di classificazione della fragilità degli ospiti

Come rilevato dalle analisi dei flussi, il sistema di classificazione SOSIA sembra ricondurre le «fragilità» degli ospiti in RSA all'interno di sole 3 categorie riducendo di fatto la lettura della complessità degli ospiti. Tale aspetto è stato variamente sottolineato dalla componente RSA presente al tavolo di lavoro sottolineandone anche gli effetti incongrui derivanti dalla discrepanza tra l'effettiva assistenza prestata all'ospite e la gravità rilevata dalla scheda SOSIA.

Al fine di approfondire meglio gli aspetti legati alla fragilità degli ospiti nelle RSA, i dati relativi alla Classificazione SOSIA sono stati incrociati con i dati relativi alla Banca Dati Assistiti (BDA) che è un sistema di identificazione e categorizzazione dei soggetti con patologie croniche: chi ha una sola patologia viene definito di livello 3, chi ha due o tre comorbidità è di livello 2 e chi ha 4 o più cronicità è di livello 1. I risultati osservati hanno evidenziato una mancanza di linearità tra i due sistemi di classificazione. Come si nota dalla tabelle sottostanti, se si esaminano le classi SOSIA maggiormente rappresentate nei flussi che esprimono maggiore gravità in termini di comorbidità (Classe 1, Classe 3 e Classe 7), la percentuale di persone con un livello di gravità elevato nella BDA non supera il 10%.

Ospiti RSA 2019 2021					Livello gravità BDA			
Categoria Sosia	N				%			
	1	2	3	Totale	1	2	3	Totale
1	81	605	816	1.502	5%	40%	54%	100%
2	1	11	25	37	3%	30%	68%	100%
3	269	1.215	1.237	2.721	10%	45%	45%	100%
4	5	31	60	96	5%	32%	63%	100%
5	26	118	204	348	7%	34%	59%	100%
6	1	31	56	88	1%	35%	64%	100%
7	111	600	659	1.370	8%	44%	48%	100%
8	18	96	148	262	7%	37%	56%	100%
N/D	-	5	5	10	-	-	-	-
Totale	512	2.712	3.210	6.434	8%	42%	50%	100%
Pop Gen. 65+ anni	14.642	94.208	110.025	218.875	7%	43%	50%	100%

Benché ci si potesse attendere tale risultato¹³, era altresì ipotizzabile aspettarsi almeno per le classi SOSIA più elevate una maggiore concordanza con i livelli BDA più complessi.

La valutazione della concordanza tra i due sistemi di classificazione (SOSIA e BDA) costituisce un elemento importante di riflessione, soprattutto in considerazione della possibilità di definire connessioni di rete tra i differenti attori di sistema in occasione, per esempio, dell'accesso alle strutture, oppure nelle eventuali dimissioni al domicilio.

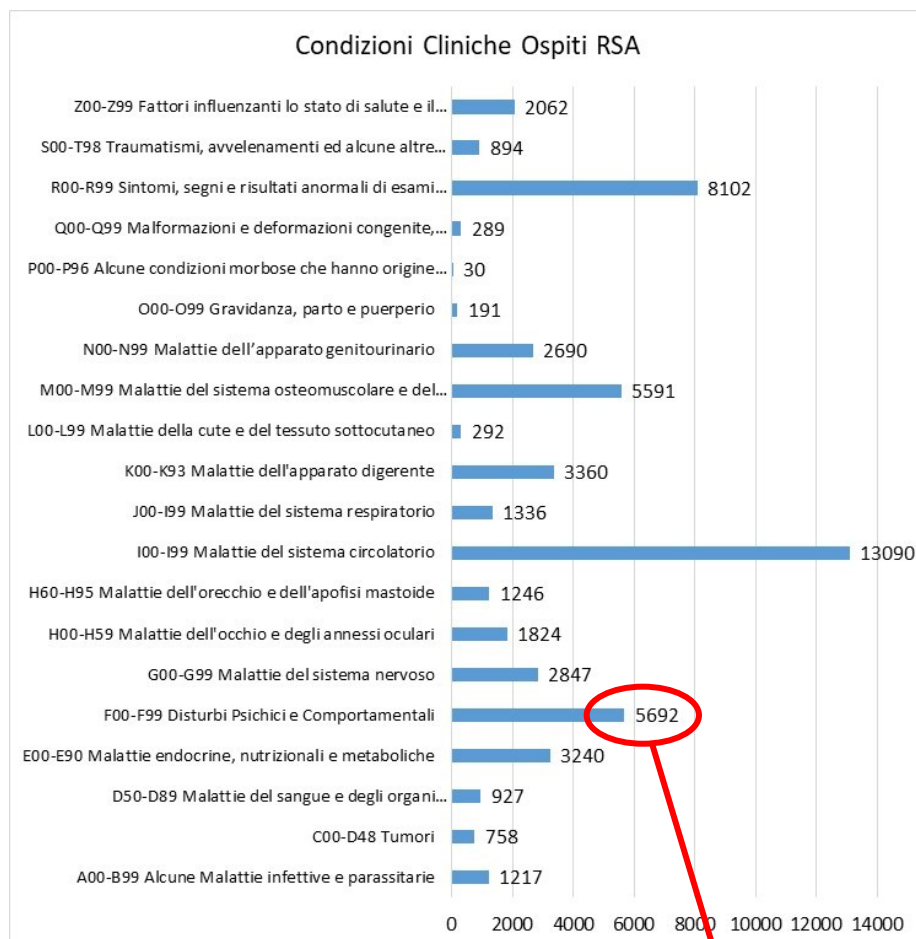
- **Le discrepanze osservate nell'area dei sistemi di classificazione possono costituire un importante ostacolo in particolare quando contesti di cura differenti devono dialogare tra loro come accade nel lavoro di rete. A riguardo potrebbe essere opportuno definire una sorta di "standard" valutativo che permetta una visione condivisa dei bisogni e delle necessità di intervento delle persone anziane.**

Gli Ospiti delle RSA

Un ulteriore elemento posto all'attenzione del gruppo di lavoro riguarda la caratterizzazione degli ospiti delle RSA. Benché con sottolineature diverse, è stato rilevato come all'interno delle RSA la caratterizzazione clinica

¹³ Le due categorizzazioni, infatti, fanno riferimento a concettualizzazioni diverse: la classificazione SOSIA è molto più vicina al concetto di funzionamento e alla sua determinazione concorrono valutazioni dell'operatore in merito alla capacità del soggetto di eseguire alcuni compiti inerenti l'igiene, l'alimentazione ecc. La BDA, invece, è molto più legata alle condizioni di salute in ottica sanitaria, così come definite dai sistemi classificatori. La BDA legge in media la stessa distribuzione di gravità in RSA e nella popolazione generale ma la quota di soggetti senza cronicità riconosciute in BDA è più elevata nelle RSA rispetto alla popolazione generale.

degli ospiti sia tale da far ricondurre la ridotta autosufficienza a limitazioni di carattere fisico o sensoriale. Diversamente, laddove emergano limitazioni di carattere psichico, queste riguardano perlopiù un deterioramento di carattere cognitivo nell'ambito delle Demenze. L'elaborazione dei dati effettuata conferma quanto osservato: benché i Disturbi Psichici e comportamentali abbiano una occorrenza di rilievo (pari a 5.691 casi), l'analisi di dettaglio mostra come per il 75% di essi si tratti di Demenze (F00-F09).



Dettaglio gruppo Diagnostico F00-F99		n°	%
Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F90-F98)		35	0,6%
Disturbi dell'umore [affettivi] (F30-F39)		629	11,1%
Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto (F60-F69)		52	0,9%
Disturbi dello sviluppo psicologico (F80-F89)		20	0,4%
Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi (F40-F48)		335	5,9%
Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici (F00-F09)		4.262	74,9%
Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19)		25	0,4%
Ritardo mentale (F70-F79)		80	1,4%
Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (F20-F29)		240	4,2%
Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici (F50-F59)		14	0,2%
TOTALE		5.692	100%

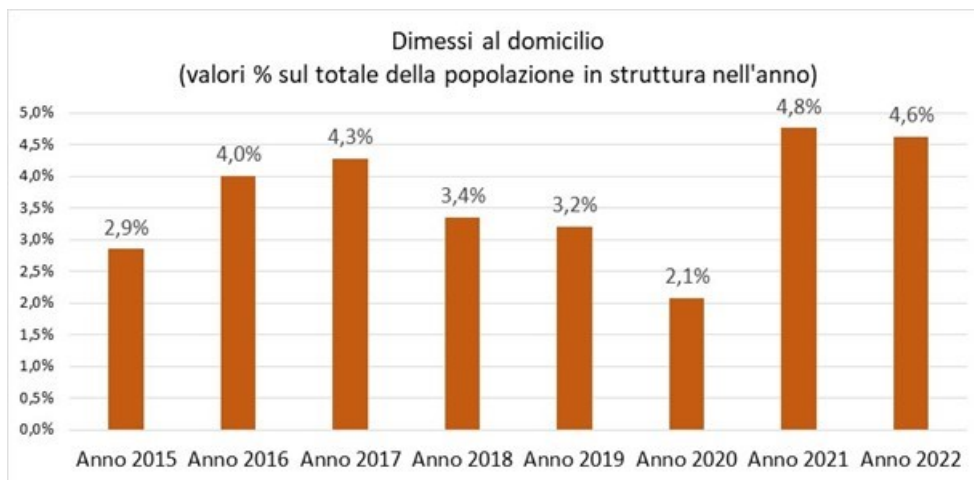
Quanto descritto, se da un lato costituisce un dato atteso, dall'altro sembra caratterizzare le RSA al punto da condizionarne il funzionamento e costituire un fattore ostacolante la presa in carico di persone che si caratterizzano per una condizione psichiatrica diversa dalla demenza.

- **Si ritiene opportuno verificare la possibilità di definire all'interno delle RSA delle aree "dedicate" alle persone la cui condizione di salute si caratterizza per la presenza di patologie psichiatriche di rilievo diverse dalla demenza.**

Il rapporto che le persone stabiliscono con le strutture sembra mostrare alcuni aspetti peculiari

La componente RSA del gruppo di lavoro ha evidenziato come in questi ultimi anni si stia verificando progressivamente un aumento delle dimissioni al domicilio degli ospiti. Tale evidenza, che sembra interessare le strutture in modo diversificato, potrebbe essere legata alla sopravvenuta insostenibilità economica della retta.

L'esame dei dati SOSIA a disposizione ha permesso di evidenziare come le dimissioni al Domicilio, pur non costituendo il motivo principale delle dimissioni, costituisca un fenomeno in crescita che negli anni 2021/2022 ha interessato quasi il 5% degli ospiti complessivamente accolti in struttura.

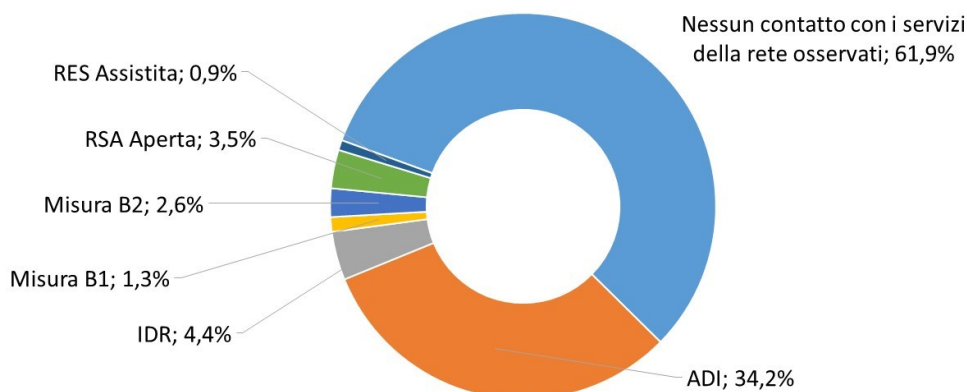


Di particolare interesse è stato l'approfondimento in merito alla rete dei servizi attivati dagli ospiti dimessi al domicilio. La maggior parte di essi, infatti, sembra non aver attivato dopo la dimissione nessuno dei seguenti servizi: RSA Aperta, Res, Assistita, Misura B2, Misura B1, IDR e ADI. Ancora più importante è il fatto che l'attivazione della rete dei servizi non segua la "fragilità" espressa dalla Classe SOSIA in cui è collocato l'ospite. In altri termini, al netto dei soggetti deceduti in tempi ravvicinati, ospiti "molto fragili" (in classe 1) quando vengono dimessi al domicilio non attivano necessariamente la rete dei servizi territoriali.

Eventuale contatto con le rete dei servizi e delle Misure

(persone dimesse al domicilio che non rientrano nella rete de RSA del territorio di ATS Brianza)

nota: il totale è maggiore del 100% in quando una persona può aver contattato più di un servizio/misur



Analoga osservazione può essere fatta a riguardo della persone dimesse al domicilio con successivo rientro alle strutture territoriali. Anche in questo caso, infatti, nel periodo di permanenza al domicilio, il 64% delle persone dimesse non risulta avere nessun contatto con i servizi RSA Aperta, Res, Assistita, Misura B2, Misura B1, IDR e ADI.

In merito allo sviluppo dei contatti con la Rete dei Servizi, la componente degli Uffici di Piano ha sottolineato come l'analisi effettuata non abbia considerato anche i servizi di carattere assistenziale (es. servizi SAD Anziani e "badanti"). In tale contesto, le osservazioni effettuate devono intendersi limitate all'area dei servizi sociosanitari lasciando ad una futura disponibilità dei dati l'approfondimento dei contatti con i servizi assistenziali.

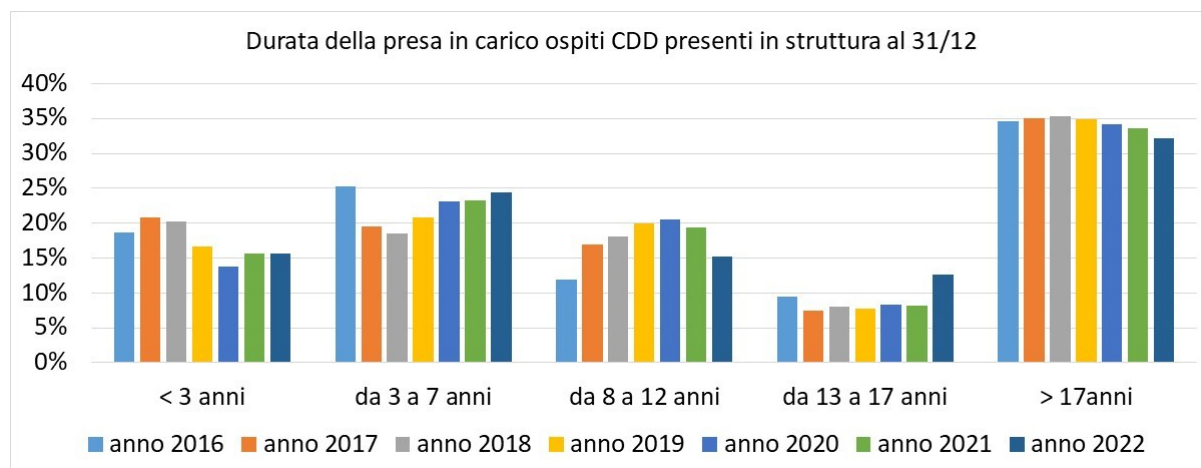
- Quanto espresso in merito alle "Dimissioni al Domicilio" e alla conseguente attivazione della rete dei servizi suggerisce la necessità di sviluppare connessioni di rete di carattere socio-sanitario assistenziale che permettano il passaggio programmato e concordato dell'ospite da un setting di cura ad un altro garantendo la continuità assistenziale, sul modello della dimissione protetta. A tal fine, è opportuno che i potenziali attori della rete si dotino degli strumenti condivisi di lettura dei bisogni degli utenti capaci di superare l'attuale discrepanza esistente tra gli attuali sistemi di valutazione e di favorire l'interazione di variabili di carattere socio-assistenziale.

AREA Disabili

In questa area sono raccolte e sintetizzate le riflessioni della componente del tavolo di lavoro che si occupa di disabilità, espresse durante gli incontri o trasmesse tramite documenti alla Direzione di Epidemiologia.

In termini generali, è opinione condivisa che i servizi per l'area della Disabilità si trovino tutt'oggi a dover scontare una impostazione che fa riferimento a modelli di fragilità e intervento ormai datati, che spesso ostacolano la possibilità di fronteggiare e tradurre operativamente quanto in termini generali si afferma sul piano culturale, valoriale e scientifico. A fronte di una "domanda" e quindi di una differente attesa nei confronti dei servizi, ci si trova spesso a confrontare con vincoli di carattere normativo che nei fatti rendono difficile perseguire la personalizzazione, l'autonomia e l'inclusione nella comunità dei disabili.

Si pensi, ad esempio, ai CDD che, nell'accogliere utenza dai 18-64 anni, di fatto vedono fortemente compromessa la possibilità di sviluppare progettualità individualizzate e rispettose dei limiti e delle potenzialità di ognuno. L'utenza che accolgono, infatti, spesso risulta molto diversa sia sul piano del "funzionamento" sia rispetto ai processi di crescita di ognuno. In tale contesto, considerata l'attuale normativa, diviene molto difficile sviluppare interventi mirati e personalizzati. Il sistema normativo che regola i centri diurni per disabili non contempla e quindi non supporta economicamente, gli interventi individualizzati sull'utenza (caso peraltro sempre più frequente tanto nei CDD che nei CSE). Il rischio è quello di trasformare il «luogo di cura» in un luogo in cui le attività si susseguono per organizzare la quotidianità. Ciò può divenire particolarmente critico quando ad essere coinvolti sono i minori inseriti in deroga nei CDD, soprattutto se consideriamo che la presa in carico in CDD di solito si protrae per molto tempo.



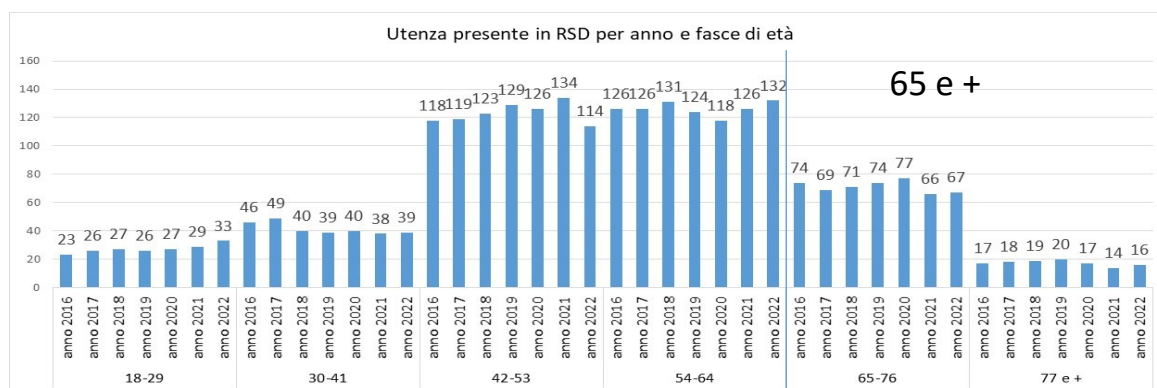
Quanto descritto assume particolare rilevanza anche in considerazione di alcuni importanti fenomeni che si possono osservare all'interno dei Servizi per la disabilità. Nello specifico, questi riguardano:

- **Un incremento della popolazione di minore età con disabilità importanti** che, date le compromissioni riscontrate, si trova a dover effettuare un inserimento prematuro nei CDD. Anche se tale aspetto nel corso degli anni 2016-2022 ha interessato in modo differente le strutture¹⁴, rimane comunque un dato

¹⁴ Si vedano a questo riguardo i dati di analisi presentati.

importante in termini di aspettativa di presa in carico e della possibilità di sviluppare interventi mirati e individualizzati.

- **Predominanza di dimissioni dai CDD per collocamento ad altra struttura socio-sanitaria extra territoriale** non per raggiunti limiti di età. Le persone disabili lasciano i servizi semiresidenziali anticipatamente per:
 - a) motivi legati alla sopraggiunta impossibilità del nucleo familiare di sostenere il carico assistenziale (un disabile ultracinquantenne ha genitori ultrasessantenni) e necessità di trasferimenti in residenzialità – ragione preponderante. Ne consegue che, causa carenza di residenzialità idonee o accessibili, il disabile viene trasferito fuori territorio con conseguente sradicamento e perdita di tutto il patrimonio relazionale costruito nel proprio contesto di residenza. Spesso sono le RSA ad accogliere i disabili dimessi dai servizi diurni. Se queste UdO riducono il rischio di sradicamento, non sempre sono pronte ad offrire quanto necessario a tale utenza per loro atipica, causa vincoli normativi e organizzazione cristallizzata.
 - b) peggioramento del quadro clinico con riduzione delle autonomie e incremento di bisogni sanitari/assistenziali ai quali i centri diurni non possono rispondere;
 - c) peggioramento del quadro psichico con aumento rilevante di comportamenti problematici non gestibili in contesto di comunità, se non con intervento in rapporto 1:1
- Presenza all'interno dei servizi residenziali per la disabilità di ospiti con età superiore ai 65 anni, più evidente all'interno delle RSD. Tale evidenza può essere messa in relazione con l'attuale situazione degli ospiti presenti all'interno delle RSA evidenziata ai punti precedenti e i tempi di permanenza che le persone disabili trascorrono all'interno delle strutture. Non sempre è facile ipotizzare un trasferimento di struttura di una persona disabile di 65 anni i cui livelli di autonomia, possibilità relazionali e progettuali sono molto diversi da quella degli ospiti delle RSA la cui età (> 80 anni), condizioni cliniche e stato funzionale lasciano emergere bisogni di natura assistenziale molto diversi.



È naturale che in un'ottica di sistema l'anticipo dell'ingresso nelle strutture, unitamente ad un posticipo del momento dell'uscita, potrebbe condurre nel tempo ad una progressiva difficoltà gestionale del sistema.

Un ultimo cenno ha riguardato infine il sistema di classificazione e gli oneri amministrativi che le strutture devono sostenere. In particolare, è stata sottolineata:

- L'Inadeguatezza dello strumento SIDI Web. La classificazione dell'utenza restituita dalle schede SIDI frequentemente non corrisponde al quadro reale della persona. Permangono ad esempio i discussi cut-off legati all'età anagrafica che, paradossalmente, migliorano la classificazione dell'utente contestualmente al suo invecchiamento.

- Appesantimento degli obblighi a carico dei servizi nell'alimentazione di flussi informativi verso gli enti pubblici (burocratizzazione, ridondanza dei dati richiesti, proliferazione e mancanza di uniformità degli applicativi proposti agli enti gestori).

- **Come è ragionevole ipotizzare, le riflessioni sopra delineate in tema di servizi per disabili fanno riferimento per lo più ad aspetti di carattere strutturale il cui superamento richiede azioni, anche su un piano normativo, capaci di definire spazi di intervento ad oggi molto difficili da attivare.**

- **Fatto salvo quanto indicato al punto precedente, le analisi dei dati effettuate sui flussi SIDI permettono altresì di delineare alcune aree di intervento maggiormente praticabili a livello locale. Queste, possono essere riassunte nei seguenti punti:**

- a) analogamente a quanto osservato per le RSA, è opportuno che anche per i servizi dell'area della disabilità, prevedere un sistema di valutazione dell'offerta territoriale e di analisi dei bisogni che tenga conto sia delle variabili individuali (fragilità delle persone), sia di fattori che riguardano la mobilità degli ospiti tra le strutture regionali¹;
- b) i dati relativi al consumo e alla produzione delle RSD, CSS e CDD mostrano valori simili. Ciò lascia ipotizzare come la mobilità in ingresso e in uscita dal territorio di ATS Brianza possa equivalersi, esprimendo in questo modo una sostanziale stabilizzazione dell'offerta. Tale conclusione, tuttavia, deve essere assunta con molta cautela in quanto in questa elaborazione dei dati il calcolo è stato effettuato su base economica, pertanto non è garantito che a parità di risorse coincida lo stesso numero di persone. Al fine di approfondire questa evidenza sarebbe opportuno disporre dei dati a livello regionale.

Quale ulteriore spunto di riflessione si conclude citando il fatto che, in Regione Lombardia, la DGR n.XI/6893 del 05/09/2022 ha previsto interventi di efficientamento del flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso e l'avvio di un'attività di monitoraggio di indicatori relativi ai sistemi di accoglienza, agli indici di affollamento dei PS e alle capacità di assorbimento da parte del territorio dei pazienti in dimissione da setting per acuti (**bed-blockers**). L'attività di raccolta di questo set di indicatori è in capo alle ATS dal mese di aprile 2023 e avviene tramite l'utilizzo di un format, trasmesso da Regione Lombardia alle ATS, per la raccolta dei dati delle strutture sanitarie di natura pubblica e sede di Pronto Soccorso del territorio di competenza. ATS Brianza, nell'ambito di un tavolo avviato con gli Enti erogatori pubblici, ha concordato le modalità di raccolta dei dati di monitoraggio e degli indicatori, condividendo una raccolta mensile e per presidio anziché per Ente.

Il format prevede la rilevazione il 15 e l'ultimo giorno di ogni mese del numero di pazienti dimissibili da reparto per acuti dell'area medica ma che non riescono ad essere dimessi (**bed-blockers**) e la percentuale sui posti letto attivi medi totali dell'area medica nelle due rilevazioni mensili. I dati raccolti dal monitoraggio e riferiti al periodo aprile-settembre risultano frammentati e con basse percentuali di accadimento, non permettendo per ora di cogliere nel periodo di tempo di un trimestre un trend di andamento e di intercettare una reale problematica prevalente.

Ruolo del Terzo settore per la salute di comunità

Premessa:

Le indicazioni date dalla Costituzione italiana e dalla Legge istitutiva del Servizio sanitario italiano - L 833 del 1978 - sono di estrema chiarezza:

- a) la salute, oltre a essere un fondamentale diritto dell'individuo è inoltre un basilare interesse della collettività (art. 32, Costituzione);
- b) il Servizio sanitario nazionale assicura il collegamento e il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli organismi che nel settore sociale svolgono attività incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività (art. 1, L. 833/1978);
- c) è garantita la più ampia partecipazione delle formazioni sociali presenti sul territorio e degli stessi cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle Unità sanitarie locali, alla gestione sociale dei servizi sanitari e la partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi (art. 13, L. 833/1978);
- d) in particolare, è riconosciuta alle associazioni di volontariato la funzione di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del Servizio sanitario nazionale (articoli 1, 45 L. 833/1978).

A tali prescrittive indicazioni va peraltro aggiunto che il D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (*Codice del Terzo settore*) all'art. 2, riconosce il valore e della funzione sociale degli enti del Terzo settore e dell'apporto originale che lo stesso può esprimere "per il perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, anche mediante forme di collaborazione con lo Stato, le Regioni, le Province autonome e gli enti locali."

Va altresì sottolineato che il medesimo Decreto legislativo, all'art. 55 prevede, da parte delle Amministrazioni pubbliche, il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, "attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento." In proposito è utile ricordare la sentenza n. 131/2020 della Corte costituzionale che riconosce valore costituzionale a tale collaborazione, affermando nella motivazione che "Gli Ets, in quanto rappresentativi della società solidale, spesso costituiscono sul territorio una rete capillare di vicinanza e solidarietà, sensibile in tempo reale alle esigenze che provengono dal tessuto sociale."

Inoltre la **Riforma della sanità Regione Lombardia – Legge 22/2021** recita:

-articolo 2 lett. i:) promozione e sperimentazione della partecipazione del volontariato, non in forma sostitutiva di servizi, e coinvolgimento, con particolare riferimento alle organizzazioni dei pazienti, nella proposta, nella definizione, nel monitoraggio e nel miglioramento delle politiche regionali in materia sanitaria e sociosanitaria;

-articolo 2 let j) garanzia dell'universalità del SSL e della continuità terapeutica e assistenziale, attraverso l'implementazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale e l'integrazione con le politiche sociali di competenza delle autonomie locali, coinvolgendo tutti i soggetti pubblici e privati, insistenti sul territorio lombardo, nel rispetto delle relative competenze e funzioni;

- n septies) promozione e valorizzazione della collaborazione fra il SSR e le associazioni dei pazienti, le associazioni del volontariato e gli enti del terzo settore;

- n nonies) valorizzazione degli enti del terzo settore, di cui al d.lgs. 117/2017 quali espressione di partecipazione, solidarietà, pluralismo e riconoscimento delle finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale da essi perseguite, riconoscendone il supporto e il coinvolgimento attivo nella programmazione e nella realizzazione del SSL;

Le Peculiarità e le linee evolutive del Terzo Settore nel promuovere la salute sono molto chiare:

- Capacità delle organizzazioni di leggere e intercettare i bisogni.
- Radicamento sul territorio del Terzo Settore e inclinazione a collaborare con altri attori, secondo logiche di co-programmazione e co-progettazione. (art. 55 D.lgs 117/2017 Legge di riforma del Terzo Settore).
- Capacità del Terzo settore di stimolare un'evoluzione del sistema grazie alla contaminazione di pensieri che esso innesca; tale capacità deve essere valorizzata e potenziata soprattutto nello sviluppo della medicina territoriale, in una logica di continuità con la medicina ospedaliera.
- Quotidiana presenza operativa sul territorio nazionale di associazioni, fondazioni, cooperative sociali e di ulteriori organizzazioni sociali che sono impegnate a migliorare la qualità della vita delle persone nei vari contesti sociali e a rispondere a bisogni di prossimità e di aiuto che, specie i soggetti vulnerabili e fragili, esprimono.
- Promuove inclusione, partecipazione, rigenerazione, innovazione, sperimentazione in tutti gli ambiti nei quali si produce salute: ambiti educativi, della disabilità, dell'emarginazione sociale, dell'abbandono scolastico, delle povertà materiali e relazionali, della sanità; sono realtà dunque che vanno riconosciute come linfa vitale in questa fase di crisi, perché dimostrano di essere risorsa preziosa e necessaria per esprimere più equità e giustizia sociale, favorendo inclusione e fraternità.
- Potenzialità del Terzo Settore nell'area della gestione della cronicità e degli anziani soli. In particolar modo, s'intravedono spazi di sviluppo nell'ambito delle cure domiciliari ad anziani fragili e persone con disabilità accompagnate a forme dell'abitare sociale congruenti
- Formazione di équipe multidisciplinari (che coinvolgano, attraverso l'associazionismo, le cooperative sociali, medici di base, specialisti, infermieri di comunità, assistenti sanitari e educatori) potrebbe garantire la 'presa in carico', meglio "la presa in cura" modulata rispetto alla scala del bisogno di assistenza.
- Potenzialità del Terzo Settore in quei settori dove il pubblico fatica ad intervenire e il settore for profit non ha interesse ad investire, perché scarsamente remunerativi. In molti territori resta l'unico presidio sociosanitario per le persone senza fissa dimora e nel caso delle marginalità più gravi.
- In attività di auto-aiuto per gruppi fragili.
- Nella co-produzione e co-gestione di servizi locali.
- In attività di promozione della salute, l'educazione sanitaria, l'informazione e la formazione al fine di favorire la prevenzione delle malattie.

La consistenza del Terzo settore nel territorio dell'ATS BRIANZA

Nel territorio dell'ATS Brianza sono censite nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS):

350 Enti Terzo Settore che si occupano di salute in genere, 44 si occupano di salute mentale e 99 di persone con disabilità.

Molte altre operano senza iscrizione al RUNTS.

Gli strumenti innovativi in essere nell'ATS Brianza e nell'ASST della Brianza

1) si stanno promuovendo percorsi formativi capaci di coinvolgere cittadini disponibili a svolgere funzioni di riferimento e tutela ai diversi livelli per l'orientamento delle persone più fragili e meno strumentate, ad

esempio: **Tutor della salute** per interventi di supporto alla domiciliarità e per servizi di prossimità, facilitazione all'accesso delle complesse procedure informatiche e burocratiche ecc.

2) Accordo quadro per il coordinamento e la programmazione delle attività di volontariato degli enti del terzo settore e dei loro volontari per le case della comunità, sottoscritto nel 2022 tra L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Brianza (ASST), Il Centro di Servizio per il Volontariato di Monza Lecco (CSV) ed il Forum del terzo settore Monza e Brianza.

Il CSV si impegna a:

- creare le condizioni affinché ASST e gli ETS possano collaborare sul tema della promozione e tutela della salute in modo efficace a livello locale, distrettuale, provinciale;
- favorire la partecipazione delle associazioni di volontariato e più in generale degli ETS in azioni di raccordo con le Case della Comunità;
- favorire il passaggio dall'approccio ospedaliero verso un modello proattivo di promozione e prevenzione della salute nei luoghi di vita, prevedendo il coinvolgimento attivo delle comunità e delle persone, che devono diventare esse stesse protagoniste della propria salute, nella corretta visione di "Primary Health Care" indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- fornire servizi di supporto, formazione e informazione alle associazioni interessate al tema della salute e benessere perché possano costituire una risorsa e possano contribuire alla valorizzazione di tutte le altre risorse locali sociali
- collaborare a formare ed organizzare punti informativi territoriali, in rete per facilitare l'accesso e la fruizione da parte delle persone, soprattutto le più fragili, ai servizi sociali, sociosanitari e alle risorse presenti nelle comunità volte alla promozione della salute e del benessere

Inoltre Il CSV può supportare il Volontariato, organizzato o non, con le seguenti azioni:

- Far conoscere cosa prevede la riforma per il TS (D. lgs. 117/2017 entro cui si inserisce questa iniziativa e proposta di collaborazione).
- Fare da tramite con le istituzioni per facilitare il coinvolgimento del TS.
- Favorire processi di qualificazione del volontariato affinché sia competente e capace di «orientare» il cittadino che ha necessità.
- Facilitare la connessione con i progetti già in corso.
- in accordo con il Forum del Terzo settore può fungere da propulsore per l'attivazione del Piano Territoriale della Salute.
- Stimolare la partecipazione attiva della popolazione ai cambiamenti previsti dalla riforma socio sanitaria di Regione Lombardia (14/12/2021).
- Interfacciarsi con il terzo settore del territorio, stimolarne la partecipazione attingendo alle numerose progettazioni e alle competenze già in essere, creare "punti di accesso alle risorse della comunità".
- Sostenere la rete operativa del terzo settore
- Formare i partecipanti della rete operativa
- Accompagnare la co-programmazione

Il documento elaborato a Dicembre 2023 dall'Associazione Prima La Comunità' ETS in collaborazione con Forum nazionale del Terzo settore, CSV net, ACLI, Forum delle Diseguaglianze e Diversità, Movi, Cittadinanzaattiva, afferma:

"È indubbio che il buon esito dei processi di cambiamento a cui si tende necessitano, oltre all'impegno degli organismi no profit, di una maggior responsabilizzazione degli "attori istituzionali" presenti localmente e, specificatamente delle Amministrazioni comunali proprio per le funzioni a queste assegnate rispetto alla gestione dei servizi sociali e al coordinamento di questi con i servizi sanitari.

Pare evidente che la concreta definizione della nuova assistenza territoriale comprendente le Case della Comunità, è correlata a un processo sociale/culturale che richiede l'apporto di una pluralità di soggetti, ma è altrettanto vero che, come l'evoluzione del welfare italiano sta lì a dimostrare, solo una attiva presenza della società con le proprie risorse rappresentative, è in grado di condizionare scelte politiche e organizzative finalizzate al miglioramento delle condizioni di vita, di migliorare la qualità relazionale tra le persone, di "accompagnare" lungo i percorsi e i luoghi della cura. È uno "sforzo plurale" che viene richiesto e che aspira a fare comunità.

Per quanto posto in evidenza il termine/concetto comunità non rappresenta una semplice astrazione, al contrario si configura come una ben definita realtà sociale che, rafforzando fiducia e legami tra i membri che la compongono, allo stesso tempo si misura con i diversi interlocutori istituzionali locali.

La Casa della comunità diviene dunque concreta esperienza di welfare generativo che, avendo al centro la salute dei cittadini riallinea e alimenta le interazioni tra sanitario e sociale rendendole stabili e continuative e allo stesso tempo, coinvolgendo attivamente il Terzo settore in regime sussidiario e di amministrazione condivisa, dà voce alla comunità alimentando solidarietà al proprio interno."

Il percorso intrapreso nel contesto territoriale di ATS e di ASST con il lavoro di ricognizione dei bisogni e dei servizi esistenti, preludio ad una programmazione delle attività condivisa con gli Ambiti e gli ETS, insieme a l'accordo sopra citato del 2022, sono un interessante impegno istituzionale volto al miglioramento delle azioni per l'accesso ai servizi e la loro organizzazione in una filiera funzionale e più efficace.