

A casa lontani da casa



PROGETTO
A CASA LONTANI DA CASA

Indagine e valutazioni sul fenomeno della Mobilità Sanitaria verso la Regione Lombardia



Ci hanno aiutato:

Chiesa Evangelica Valdese
Fondazione CARIPLO
Caritas Ambrosiana
Filo Diretto Onlus
Fondazione Fernando Peretti
S.C. Johnson Italy Srl
UBI Banca
Fondazione Vodafone Italia
TEVA Italia Spa

Si ringraziano i volontari di:

AVO Milano
LILT Milano
PROMETEO ONLUS

per le attività di raccolta dati

ed inoltre:

Graziella Brambilla
Roberta Co
Anna De Sigis
Anna Massimiliani
Simonetta Sborea
Gianna Tinini

Il report che segue si pone l'obiettivo di raccontare il percorso della fase di ricerca del progetto "A casa Lontani da Casa", avviato nel 2011 con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita di tutti quei pazienti che giungono da tutta Italia in una delle strutture ospedaliere della Lombardia per farsi curare e che si trovano ad affrontare un viaggio che può durare da pochi giorni a molti mesi.

Un progetto frutto della collaborazione di cinque Onlus milanesi da anni impegnate in attività di housing sociale: Associazione PROMETEO Onlus, capofila dell'iniziativa, LILT sezione provinciale di Milano, AVO Milano, CasAmica onlus e Associazione Marta Nurizzo.

Tutto ciò è stato possibile grazie al sostegno di Fondazione Cariplo, grazie anche alla quale PROMETEO ha potuto raccogliere dati importanti al fine di delineare un progetto di forte impatto sociale, verso una nuova forma di accoglienza.

Il nocciolo dell'elaborato è l'analisi di elementi raccolti grazie al lavoro di volontari e collaboratori direttamente sul campo con dati statistici al fine di descrivere come meglio possibile la situazione odierna in fatto di "persone che si trovano in regione straniera per motivi appartenenti alla sfera della salute". Come si vedrà in seguito, questo flusso viene definito mobilità sanitaria ed è un fenomeno fortemente in crescita che si sta ampliando soprattutto nella regione Lombardia. Ogni anno, ad esempio, quasi 100.000 persone giungono da fuori regione a Milano per motivi di cura; questa situazione di precarietà li porta a dover cercare e volere un'abitazione, se pur temporanea, che li faccia sentire a casa. Ecco allora l'urgenza di creare una rete di sostegno, in risposta a un bisogno reale della città. A questa cordata si è recentemente unito il prezioso sostegno del Comune di Milano, che ha deciso di appoggiare il progetto qualificando a tutti gli effetti Milano come capoluogo aperto all'accoglienza e alla solidarietà.

Partendo dunque alla definizione di turismo e mobilità sanitaria l'elaborato analizza le casistiche di permanenza in regione fino a giungere al progetto, che offre, grazie alla forza della Rete delle associazioni coinvolte, più di 1000 posti di letto a chi necessita di un alloggio a Milano.

INDICE

Introduzione

1. La Mobilità sanitaria

1.1 La storia della Mobilità Sanitaria

2. Le tipologie di Mobilità sanitaria

2.1 La mobilità internazionale

2.2 La mobilità interregionale

2.3 La mobilità intrarregionale

2.3.1 “Scegliere tra ospedale pubblico o privato”

3. Le implicazioni della mobilità sanitaria: un fenomeno sociale

3.1 La mobilità dei pazienti

3.2 La mobilità dei parenti

4. La Lombardia

4.1 I presidi Ospedalieri in Lombardia

4.2 La mobilità sanitaria a Milano

Allegati

INTRODUZIONE

Il fenomeno della mobilità sanitaria risulta un argomento piuttosto complesso se si tiene conto che non esiste una vera e propria definizione del termine stesso. Si parla infatti di “turismo” sanitario o di mobilità ma entrambi non possono esprimere a pieno il vero significato di questo fenomeno e le implicazioni che porta.

Iniziamo dunque ad inquadrare l’oggetto di ricerca definendo il termine turismo: secondo il World Tourism Organisation (WTO) per turismo si intende “l’attività di coloro che viaggiano e soggiornano in luoghi diversi dal proprio ambiente abituale per un periodo non superiore ad un anno consecutivo per svago, lavoro e motivi diversi dall’esercizio di un’attività remunerativa all’interno dell’ambiente visitato¹”. Si può altresì affermare che la motivazione del viaggio e soggiorno è il fattore determinante il settore di turismo.

Visto in questi termini si può parlare di “turismo sanitario” indicando quel flusso di persone che viaggia per ottenere benefici per la salute, ma su questo non vi è ancora un’unanime definizione scientifica (viaggiare per motivazioni legate alla salute non è un fenomeno recente: i soggiorni termali sono conosciuti fin da tempi antichi, anche se si deve dare atto che soltanto dall’inizio del IXX secolo, con l’avvento di sempre maggiori possibilità di trasporto e alla crescita della classe borghese, il fenomeno ha acquisito una dimensione rilevante).

Carrera e Bridges sono due studiosi che hanno dato un’altra definizione di “health

1. Per diverse definizioni di turismo si veda anche Burkart e Medlik (1974), Safari (1977).

2. In questo segmento si possono distinguere tre diverse tipologie di turismo: “wellbeing holiday”, include lo spostamento per trarre un beneficio fisico e psicologico di carattere generale e aspecifico che l’individuo percepisce in maniera indiretta e passiva (derivante anche dal solo rilassarsi, o dall’aria più pulita); “wellness

tourism” definendolo: “the organized travel outside one’s local environment for the maintenance, enhancement or restoration of an individual’s wellbeing in mind and body”. Esiste poi un’altra espressione : “medical tourism” che indica invece, in maniera leggermente più specifica, un sottoinsieme del turismo sanitario, caratterizzato da “organized travel outside one’s natural healthcare jurisdiction for the enhancement or restoration of the individual’s health through medical intervention”.

Come si nota queste definizioni sono ambigue rispetto alle tipologie di trattamento che dovrebbero essere incluse: ad esempio, si può parlare di turismo sanitario sia per interventi urgenti che discrezionali. Inoltre all’interno della categoria turismo sanitario rientrano anche i viaggi legati alla climaterapia o all’utilizzo di risorse naturali dalle proprietà benefiche (acque termali, ecc.). Così come i viaggi legati al wellness, che possono prescindere dall’effettiva presenza in loco di risorse naturali specifiche².

Per poter capire al meglio l’oggetto della nostra indagine occorre a questo punto sottolineare che il settore di riferimento è quello del viaggio per motivazioni serie riguardanti lo stato di salute. Si considererà dunque come sfera appartenente al turismo propriamente “medico-sanitario” (medical tourism) l’attività di viaggio e permanenza presso una città diversa dalla propria per ottenere una assistenza medica specifica, a livello professionale.

Possiamo constatare che l’aumento di questa tendenza è spinto da diversi fattori: cambiamenti demografici e degli stili di vita della popolazione, il sempre minor costo dei trasporti e la sempre maggiore diffusione di informazioni fornite dalla rete.

Tutti questi rappresentano elementi determinanti per capire come le possibilità di viaggiare per la salute sia diventato sempre più frequente.

tourism”, caratterizza invece un viaggio che lega well-being e fitness, quindi un’attività fisica e mentale di tipo attivo (cure di bellezza, attività aerobica, attività di meditazione, massaggi, ecc.). Infine per “turismo termale” si intende invece il viaggio presso fonti termali o health resorts. In generale, soltanto negli ultimi due casi si può parlare di turismo medico-sanitario.

LA MOBILITA' SANITARIA

Acquisite le conoscenze sopra descritte, compresa la vastità ed eterogeneità della questione possiamo ora occuparci di definire l'oggetto della nostra indagine: la mobilità sanitaria.

Il termine "mobilità" rappresenta la capacità di muoversi nello spazio, l'aggettivo "sanitaria" ne qualifica il contenuto. A livello legislativo la mobilità sanitaria è il termine usato per definire il flusso di fondi che parte dal Fondo Sanitario Regionale o Nazionale Italiano che si muove seguendo il fenomeno migratorio degli utenti di una Azienda Sanitaria Locale (ASL) che preferiscono, grazie al decreto legislativo n.502/1992, ai servizi offerti dalla propria ASL, quelli di un'altra, che sia questa nella stessa provincia o meno, nella stessa regione o meno, sul territorio nazionale o meno. Nel caso in cui le due ASL appartengano alla stessa regione questo flusso di capitali rimarrà a livello regionale; se invece l'utente ha cambiato regione dove ricevere i servizi sanitari, il flusso si sposterà a livello nazionale destinando i fondi ad un'altra regione, tramite un sistema di compensazioni sanitarie interregionali di carattere finanziario. E questo ci permette di definire (anche a livello amministrativo e burocratico) due categorie di mobilità:

La mobilità attiva: rileva il numero di pazienti che lasciano il luogo di residenza per sottoporsi alle cure in un presidio Asl o ospedaliero diverso e distante da casa e si misura attraverso l'indice di attrazione³.

3. Indice di attrazione = ricoveri in regione di non residenti/totale ricoveri prodotti in regione.

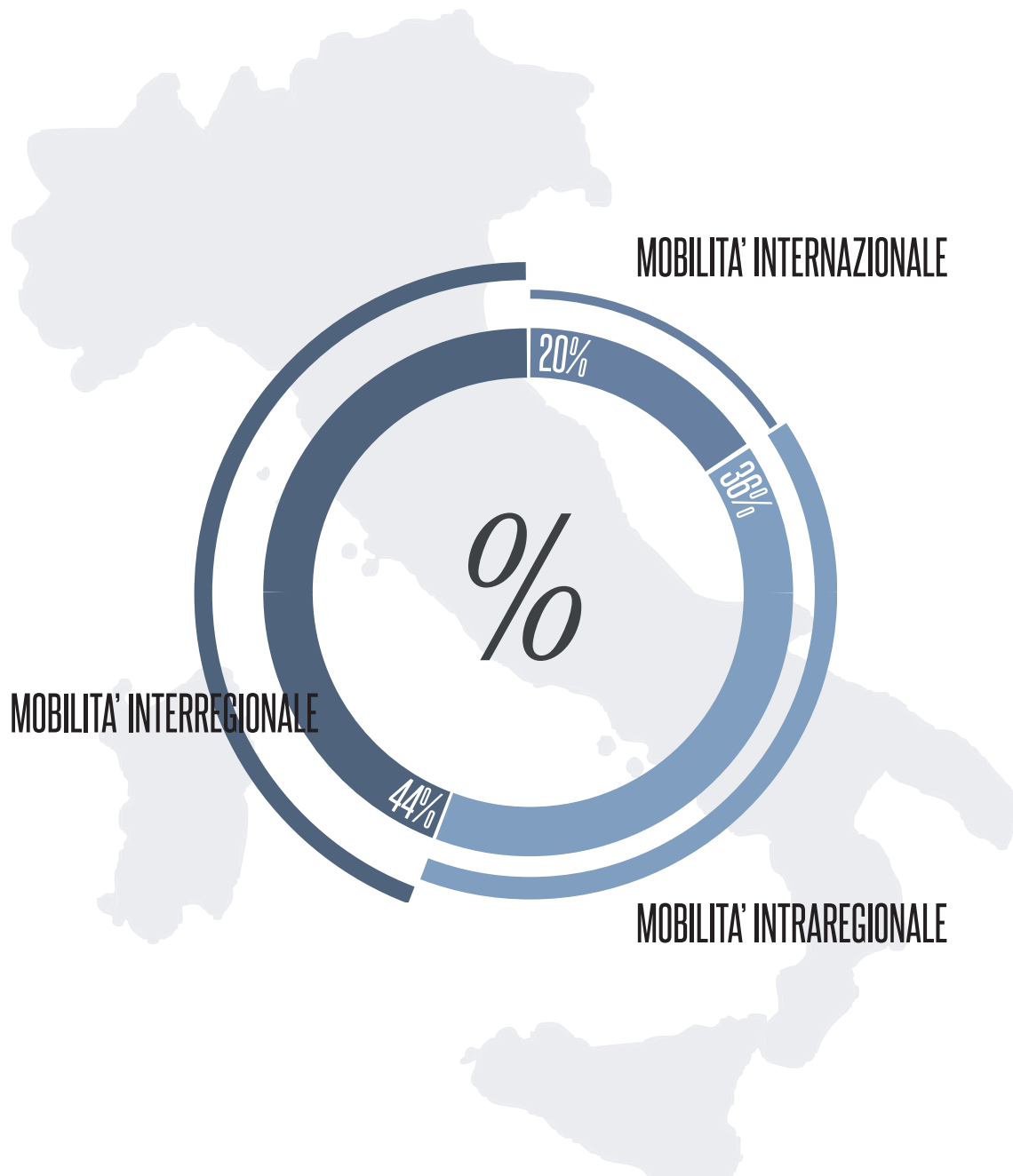
4. Indice di fuga = ricoveri fuori regione dei residenti/totale ricoveri dei residenti.

La mobilità passiva riscontra la domanda che, il presidio dove il paziente risiede, non soddisfa e si misura grazie all'indice di fuga⁴

Il confronto tra i due indici fornisce un quadro della capacità del Sistema Sanitario Regionale (SSR) e delle singole Aziende Ospedaliere (AO) di essere efficace ed efficiente nell'erogazione dei servizi sanitari e nel dare risposta al bisogno di salute, nonché informazioni indirette sulla qualità percepita e sul livello assunto dal SSR in rapporto con i sistemi sanitari delle altre regioni.

L'osservazione ed il monitoraggio della mobilità sanitaria sta assumendo un ruolo primario entro la programmazione sanitaria di ogni regione : le direttrici di traffico segnalano quale principale fenomeno, lo spostamento, entro i confini nazionali da una regione ad un'altra (la mobilità interregionale costituisce il 44% del totale delle segnalazioni in tema di mobilità, si tratta del 7% di ricoveri al di fuori della regione di residenza per 3 miliardi di Euro di valore economico a livello nazionale). Seguono gli spostamenti all'interno della propria regione ossia la mobilità intraregionale (36%) e la mobilità internazionale (20%). Cesare Cislighi ha studiato un modo per misurare la mobilità sanitaria, al fine di poter dare una definizione assoluta e precisa del fenomeno. Il coordinatore scientifico dell'AGENAS parte dal presupposto per il quale il concetto di mobilità sanitaria è apparentemente evidente, ovvero lo spostamento sul territorio di un utente rispetto alla sua dimora. Tale definizione riguarderebbe il caso di ogni persona che non viene curata presso il proprio domicilio e non è detto che il domicilio del paziente coincida con la residenza anagrafica. Risulta necessario, decidere da quale assunto di base debba partire la ricerca, se il domicilio, la residenza o l'indirizzo del medico di base. La soluzione maggiormente adottata è quella che definisce il paziente in mobilità se ha superato un confine amministrativo definito come il Comune, la Asl, la Provincia, la Regione, lo Stato. Questo sconfinamento da un luogo ad un altro riduce il fenomeno ad una variabile binaria (sconfinato-non sconfinato) prescindendo dalla distanza che la persona percorre. Un primo modo per graduare l'intensità della mobilità è quello di contare le unità amministrative attraversate dal paziente prima di arrivare a quella di cui necessitava. Altrimenti, più semplicemente, è sufficiente calcolare la distanza dalla dimora del paziente al presidio di cui egli stesso usufruisce.

Il passaggio successivo consiste quindi nella misurazione della distanza che può essere lineare (calcolata su carta geografica), angolare (stimata in base a longitudini e latitudini), stradale (misurata in base ai percorsi più rapidi), isocronica (rilevata in base ai tempi di percorrenza con un mezzo automobilistico). Queste diverse distanze sono tra loro molto simili, ma anche molto diverse, quindi non si deve sottostimarne l'importanza, specialmente per non incappare nei possibili bias.



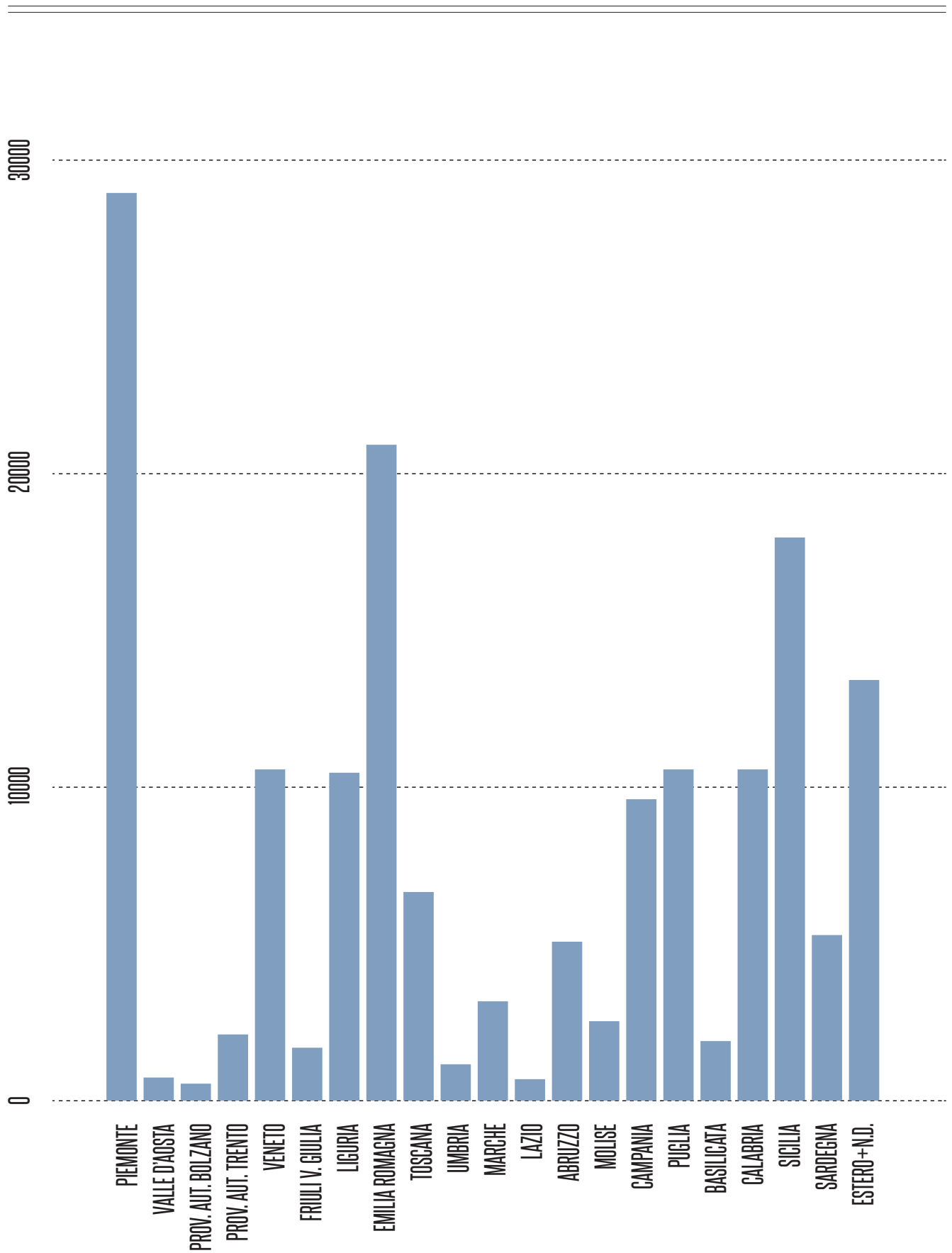


Grafico 02. Percentuali mobilità attiva per regione.

Fonte: Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato, 2006.

UN PO' DI STORIA

Il principio della libertà di scelta e la sua espressione nella mobilità degli assistiti è sancito all'articolo 32 della Costituzione⁵, ma tale tema è divenuto centrale con le riforme sanitarie dei primi anni '90. Specificatamente, è con i decreti 502/92⁶ e 517/93⁷ che si modifica il ruolo e la percezione della domanda nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sotto tre punti di vista: la maggiore responsabilizzazione finanziaria delle regioni; l'aziendalizzazione, intesa come strumento per realizzare obiettivi di efficienza ed autonomia gestionale; il finanziamento prospettico delle prestazioni ospedaliere, come nuovo meccanismo competitivo tra i mercati interni. In precedenza alle suddette innovazioni, la parziale attribuzione della responsabilità finanziaria alle regioni, riduceva la percezione dei rischi. L'obiettivo della tutela sanitaria era perseguito in modo indipendente dalla ricerca di una maggiore efficienza nell'allocazione delle risorse. In questo contesto di disavanzi strutturali, il fenomeno della mobilità sanitaria era percepito come possibile compensazione per la non uniforme distribuzione dei servizi sul territorio ed in questa prospettiva assecondato. Ma la crescente pressione ad irrigidire i vincoli di bilancio ha messo in crisi questo indirizzo implicito e le regioni sono state chiamate a far fronte con risorse proprie ai disavanzi derivanti dai saldi negativi di mobilità.

Con l'entrata in vigore del decreto 502/92, la compensazione che deriva

5. Costituzione della Repubblica Italiana, Parte Prima, Titolo II, art.32: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

dai processi di mobilità sanitaria diviene una componente significativa per l'equilibrio dei bilanci delle regioni. Il provvedimento segna la fine del sistema di finanziamento del SSN basato sulla copertura a piè di lista dei costi sostenuti ed introduce il principio di finanziamento prospettico. Il decreto introduce il sistema di remunerazione a tariffa degli erogatori di prestazioni sanitarie come strumento che risulta efficace per il controllo dell'offerta, quindi utile per il contenimento della spesa. Il nuovo modello di pagamento trova applicazione proprio sulle prestazioni erogate ai pazienti provenienti da altre regioni: la compensazione della mobilità avviene sulla base di contabilità analitiche per ogni singolo caso e non più sui saldi complessivi delle prestazioni erogate.

Alla fine del '93 la Conferenza Stato-Regioni fissa le regole in base alle quali si deve effettuare la compensazione della mobilità sanitaria. In primo luogo, è stabilito che le procedure di rimborso non riguardino più soltanto i ricoveri, ma anche il settore farmaceutico, la medicina di base, quella specialistica e la termale. Ma il tema principale della Conferenza è se i ricoveri vadano addebitati sulla base delle tariffe regionali o se vadano definite tariffe uniche valide per tutte le regioni. La decisione verte su quest'ultima soluzione:

<S'introduce un corrispettivo unico nazionale, precisando che esso assume significato, nell'ambito di un accordo tra le regioni, solo per la compensazione della mobilità e non costituisce alcun riferimento rispetto a tariffe ed a costi reali di prestazioni. Il nuovo modello di compensazione deve incentivare le regioni ad attuare l'organizzazione dei servizi che possa soddisfare le esigenze della propria popolazione evitando i disagi della migrazione sanitaria⁸ >.

La circolare del Ministero della Sanità 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, in attuazione di quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni, indica le procedure che ogni regione deve seguire. Ai fini della valorizzazione dei ricoveri ordinari, la circolare sancisce che i casi siano identificati sulla base della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e classificati in raggruppamenti diagnostici (DRG⁹).

Dal 1995 al 2002, con l'applicazione dei tariffari regionali, si verifica un incremento dei saldi di mobilità di oltre il 60% superiore all'incremento che nello stesso periodo ha avuto il fondo sanitario.

L'evidente incapacità del sistema nel contenere il fenomeno della mobilità sanitaria, unita alla disomogeneità dei tariffari regionali, sono i motivi determinati che inducono le regioni al ritorno all'originaria tariffa unica (TUC). In tal modo è stato recuperato il concetto per il quale la compensazione della mobilità sanitaria avviene sulla base di un accordo tra regioni volto a governare il fenomeno nel rispetto di alcuni principi, quali:

6. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n°502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma della Legge 23 ottobre 1992, n°42.

7. Decreto Legislativo 7 dicembre 1993 n°517, Modifiche al Decreto Legislativo 502/92.

8. Conferenza Stato-Regioni 25 novembre 1993.

9. Vengono impiegati i pesi relativi fra DRG, i quali, indicano le risorse mediamente assorbite dai ricoveri

-
-
- scoraggiare la mobilità per il ricorso a prestazioni di medio-bassa complessità e in particolare per i ricoveri in regime ordinario ricompresi nei 43 DRG dell'allegato 2c al DPCM 29/11/2001 sui LEA e di altre tipologie di ricovero a rischio di inappropriata;
 - garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità;
 - prevedere un incremento delle tariffe per i centri di alta qualificazione.

Dal 1° luglio 2003 la struttura della TUC è rimasta invariata, ma annualmente viene effettuata una revisione del sistema, in modo particolare per quanto concerne i DRG.

In questi anni i volumi di attività sono rimasti pressoché costanti.

Nel quadro attuale di razionalizzazione dell'uso delle risorse e di razionamento della domanda, la libertà di scelta e la mobilità sanitaria assumono una valenza dirompente. In presenza di un sistema di pagamento prospettico delle prestazioni, i produttori ed i programmatori sono indotti a tenere nella massima considerazione le valutazioni qualitative espresse dagli assistiti.

La libertà di scelta opera come elemento di competizione tra le aziende e come garanzia del mantenimento di elevati livelli di qualità, nonché di soddisfacenti livelli di equità. Infatti, laddove il paziente riscontri differenze significative nei livelli qualitativi dell'assistenza garantita da alcuni produttori, l'opzione di uscita degli assistiti sanziona tali differenze, determinando uno spostamento dei flussi di domanda e, conseguentemente, dei flussi finanziari a favore dei produttori di alta qualità. In questo contesto le aziende ed i produttori verrebbero incentivati a competere per trattenere o attrarre la domanda, operando in primo luogo sulla qualità della prestazione.

La mobilità sanitaria assume rilevanza non solo nel caso dei bilanci e della distribuzione delle risorse, ma anche per l'opportunità di ripensare l'offerta e riprogettare la rete di assistenza in termini di qualità.

LE TIPOLOGIE DI MOBILITA'

In termini territoriali si distinguono tre tipologie di mobilità:

Internazionale

Interregionale

Intraregionale.

Di seguito ne vengono analizzate le caratteristiche.

LA MOBILITA' INTERNAZIONALE

I pazienti espatriano dal proprio paese di residenza e si sottopongono alle cure in un altro.

Questo tipo di mobilità si realizza principalmente per due ragioni.

La prima consiste in un atto autorizzativo formale redatto dalla Asl di appartenenza, nel caso in cui la cura non sia erogata dal nostro Paese oppure perché è erogata, ma con tempistiche non compatibili con la malattia di cui il cittadino è affetto. La seconda è puramente occasionale, perché determinata dalla presenza di esigenze sanitarie insorte mentre si è all'estero per i più disparati motivi.

Da sottolineare in questo frangente due recenti direttive europee: La direttiva europea relativa ai pensionati residenti all'estero¹⁰ cambia la prospettiva precedente in cui la persona era totalmente a carico del nuovo paese di residenza. Ora, il paziente è a carico della nazione dove ha stabilito la residenza, solo per le prestazioni sanitarie usufruite in quella nazione, mentre per le prestazioni sanitarie usufruite al di fuori di quella nazione, il carico economico dev'essere attribuito alla nazione dove il cittadino ha pagato i suoi contributi e ha maturato il suo diritto all'assistenza. Altra direttiva è quella in materia di mobilità transfrontaliera¹¹ considerata altamente innovativa e improntata agli spostamenti non soltanto dei pazienti, ma anche degli operatori. Come conseguenza del suo recepimento da parte degli Stati membri, si ipotizzano importanti ricadute in

10. Regolamento (CE) 16 settembre 2009 n°987, Modalità di applicazione del Regolamento (CE) n°883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.

11. Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio 9 marzo 2011/24/UE, Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera.

alcuni settori d'intervento sanitario ed in alcune aree geografiche. Se cominciamo dall'esame delle grandi distanze la prima mobilità di cui dobbiamo occuparci è quella internazionale. Come abbiamo visto, numericamente parlando si tratta di un fenomeno ad oggi piuttosto limitato (in confronto ad altri fenomeni di mobilità sanitaria), caratterizzato da almeno quattro elementi:

A. vi è una mobilità internazionale per motivi di cura (cittadini italiani che vanno all'estero esplicitamente per eseguire un intervento chirurgico, per seguire un percorso terapeutico, o per altre esigenze

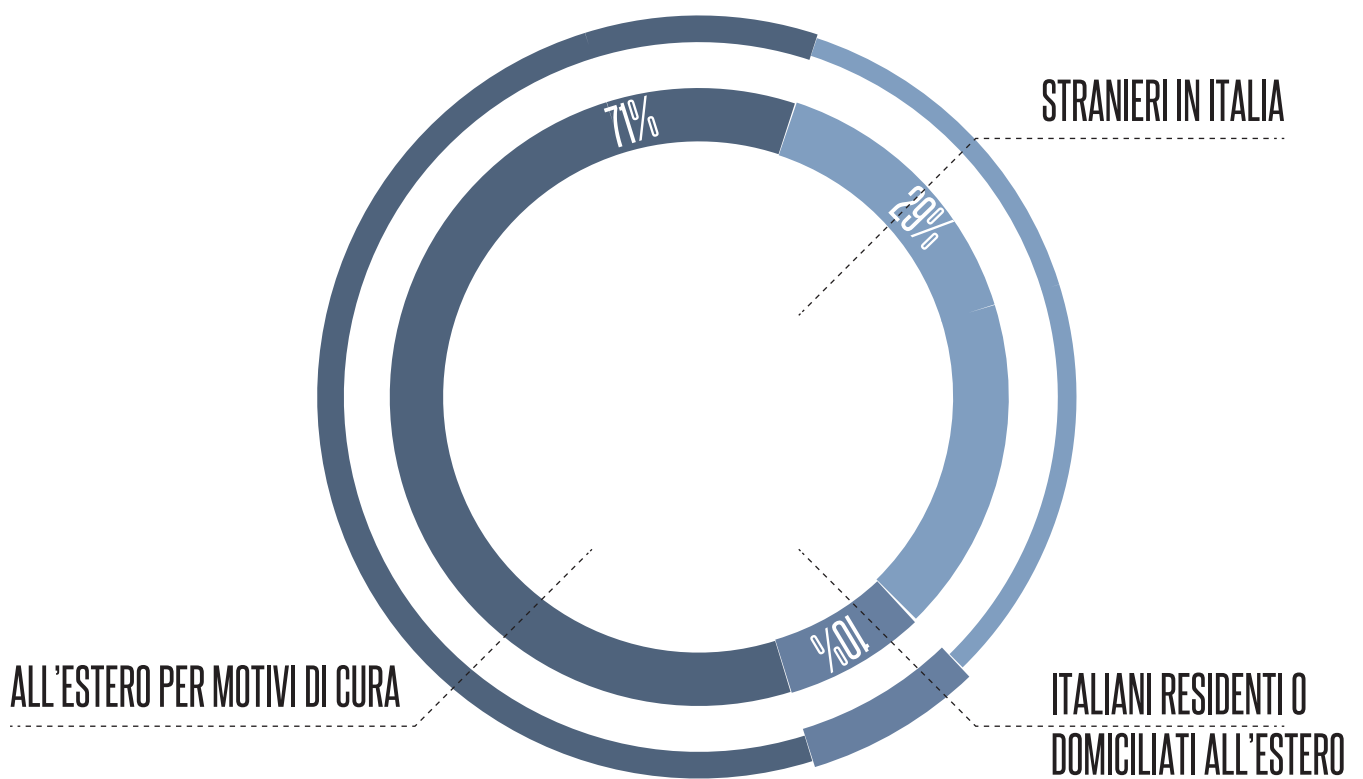
sanitarie che non trovano adeguata soddisfazione nel nostro paese - o perché la cura non è erogata o perché è erogata con una tempistica che non è compatibile con la malattia di cui un cittadino soffre). Si tratta di un percorso definito dalla legge, che passa generalmente attraverso un atto autorizzativo esplicito (da parte della ASL di appartenenza del paziente), che vede interessati alcuni luoghi privilegiati (centri di riferimento) ed alcune selezionate patologie (trapianti, tumori, interventi ortopedici, ...), e che in taluni casi rappresenta un vero e proprio viaggio della speranza il cui esito è talvolta discutibile già a priori;

B. vi è poi la classica mobilità occasionale determinata dalla insorgenza di esigenze sanitarie mentre si è all'estero per i più disparati motivi (lavoro, studio, vacanza, ...): riguarda prevalentemente eventi sanitari imprevisti o fortuiti (anche se talvolta nasconde una mobilità per motivi di cura), ed ha regole diverse a seconda che avvenga entro lo spazio europeo (dove esiste una compensazione economica delle prestazioni tra stati) o al di fuori di esso (nel qual caso non esiste compensazione ed il cittadino deve provvedere con altri strumenti: assicurazioni, pagamenti in proprio, ...);

C. vi è una mobilità internazionale legata a tre specifiche situazioni che riguardano il nostro paese: è il caso dello stato del Vaticano (ed in particolare della attività dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma), dello stato di San Marino, e del comune di Campione d'Italia (che si trova in territorio svizzero);

D. vi è infine la mobilità degli operatori sanitari, ad oggi praticamente assente salvo per qualche regione di confine. Questo quadro di mobilità sanitaria internazionale è destinato ad essere radicalmente modificato dalla nuova direttiva europea appena approvata sulla mobilità transfrontaliera, largamente innovativa ed improntata a favorire la mobilità sia dei pazienti che degli operatori: si ipotizzano ricadute particolarmente rilevanti in alcuni settori (le cure odontoiatriche, ad esempio) o per alcune aree geografiche (est europeo). I dati sulla mobilità internazionale riguardano in maggioranza italiani che si recano all'estero per motivi di cura, seguiti da stranieri in Italia e da segnalazioni che attengono a italiani domiciliati o residenti all'estero per altri motivi.

Tra i motivi che inducono ad intraprendere questi "viaggi della speranza" troviamo la necessità di sottoporsi a specifiche terapie, seguite da interventi chirurgici e malattie rare.



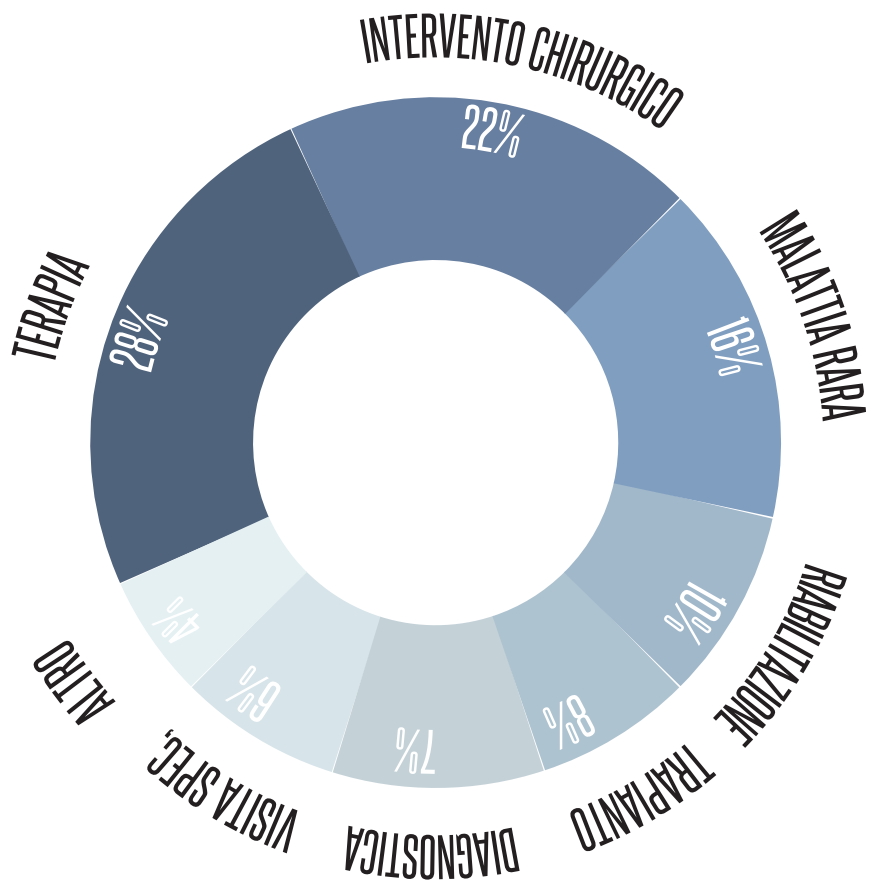


Grafico 04. Il perchè dei viaggi della speranza
Fonte: Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato, 2006.

LA MOBILITA' INTERREGIONALE

Si parla di mobilità interregionale quando all'interno del Paese di appartenenza, la persona si cura presso presidi di una regione diversa da quella di residenza. Occorre in questo frangente chiarire alcuni punti: innanzitutto, la mobilità interregionale può essere di lunga distanza e si manifesta nel caso di due fattori: per affrontare cure importanti o perché ci si attende un esito significativamente diverso, migliore. Altre volte, invece, la lunga distanza ha a che fare con una mobilità di tipo stagionale/vacanziera¹², in cui la necessità di ricorrere alle cure è del tutto occasionale e non costituisce il motivo dello spostamento.

È considerata mobilità interregionale anche quella di prossimità che avviene tra regioni confinanti.

Le quote di mobilità attiva e passiva di confine sono molto rilevanti e danno conto della diversa capacità di attrazione e di fuga che le singole regioni manifestano nei confronti dei territori confinanti. Questa mobilità di confine non è solo rilevante in termini di volumi complessivi di attività, ma si caratterizza perché interessa attività sanitarie minori come ricoveri di lieve complessità e peso assistenziale, prestazioni specialistiche e prescrizioni farmaceutiche che di per sé non troverebbero giustificazione in una mobilità di lunga distanza. La mobilità di confine è talmente peculiare da territorio a territorio che diventa spesso oggetto di accordi bilaterali tra Regioni per un uso efficiente delle risorse.

12. A titolo di esempio: la quasi totalità della mobilità passiva di lunga percorrenza della Regione Lombardia si concentra nei mesi estivi e nelle regioni maggiormente frequentate per ragioni turistiche.

Un fattore che incide sulla mobilità interregionale è la mancanza di uniformità nei livelli essenziali di assistenza (LEA). In teoria, dovrebbero essere garantiti in egual maniera su tutto il territorio nazionale, ma di fatto si osservano differenze rilevanti tra le regioni italiane. Al di là della qualità, gli elementi differenti sono proprio le prestazioni erogate in termini di medicina territoriale, regole di compartecipazione ed esenzione, attività domiciliari, etc..

Infine, bisogna considerare quei casi in cui lo spostamento dei pazienti non è reale, ma soltanto apparente. Si tratta di quelle prestazioni erogate a cittadini che dimorano nel territorio dove ricevono il servizio, ma che risultano residenti altrove. Poiché la compensazione economica delle prestazioni tra le regioni avviene sulla base della regione di residenza, ecco che risultano oggetto di mobilità tutte le attività sanitarie consumate da cittadini domiciliati in una regione ma residenti in un'altra. È un problema di regole e procedure in quanto sia i meccanismi amministrativi, che oggi rilevano le attività sanitarie, sia quelli che remunerano i sistemi sanitari regionali sono fondati sul concetto di residenza e non di assistenza, ed è un problema d'informazioni, anche perché i sistemi informativi di diverse regioni non sono in grado di catturare la differenza tra cittadini residenti e domiciliati. La conseguenza è che le attività sanitarie che li riguardano vengono inevitabilmente assegnate all'area della mobilità interregionale, anche se in realtà i cittadini non si spostano. L'analisi della mobilità fra regioni, oltre ad essere uno strumento di programmazione, aiuta a comprendere la propensione manifestata dai cittadini di avvalersi del principio di libera scelta offerto dal SSN. Nella tabella 2 s'illustra lo stato della mobilità interregionale nel 2009 attraverso gli indici sintetici di attrazione e di fuga riportando anche il saldo netto regionale del numero di pazienti acuti entrati ed usciti dall'insieme delle strutture del rispettivo territorio. Dai dati sottoposti all'attenzione, appare evidente la tendenza che porta i pazienti a spostarsi dal Sud al Nord del Paese. Infatti, le Regioni maggiormente attrattive sono la Lombardia, l'Emilia Romagna, la Toscana, il Veneto ed il Lazio, a fronte di Calabria, Sicilia, Campania, Sardegna, Valle d'Aosta e Puglia che vedono un alto tasso di fuga.

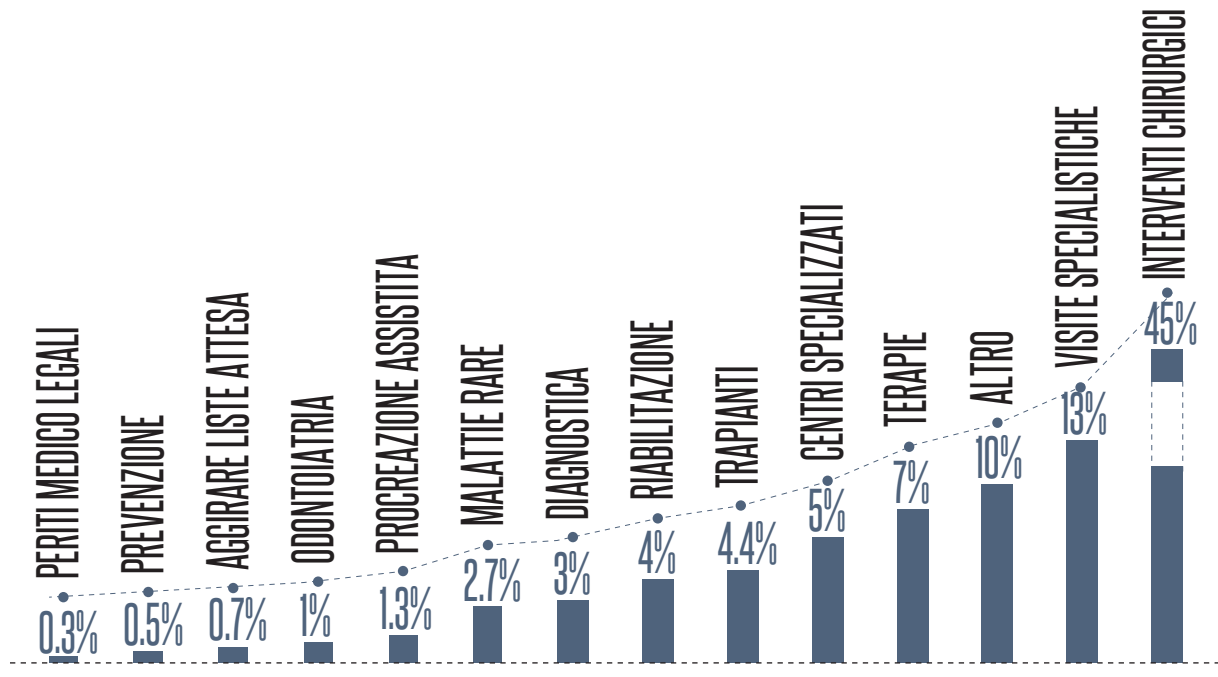
La principale motivazione di spostamento riguarda la volontà di sottoporsi ad intervento chirurgico, seguono poi visite specialistiche, terapie e altre motivazioni che vengono riportate in tabella.

I dati raccolti comunicano chiaramente la forte tendenza dello spostamento verso il nord, come mostra il grafico il 56,8% degli trasferimenti riguarda coloro che si sono diretti al Nord per motivi di cura (a fronte del 2,7% di cittadini che, diretti al Nord per altri motivi, quali lavoro, studio, vacanza, etc., hanno poi dovuto interfacciarsi col sistema sanitario in essere nelle regioni del Nord);

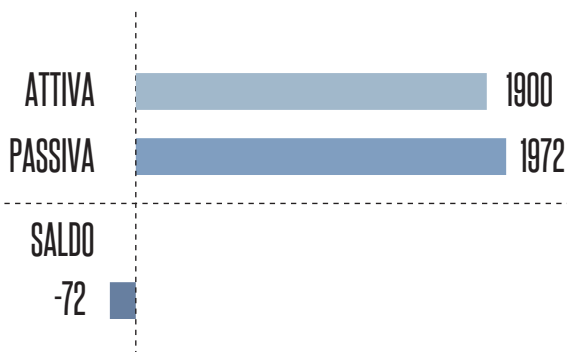
il 27% riguarda coloro che si sono diretti al Centro per motivi di cura (a fronte del 4,5% di cittadini che, diretti al Centro per altri motivi hanno poi dovuto interfacciarsi

col sistema sanitario in essere nelle regioni del Centro); il 3,6% riguarda coloro che si sono diretti al Sud per motivi di cura (a fronte del 4,5% di cittadini che, diretti al Sud per altri motivi hanno poi dovuto interfacciarsi col sistema sanitario in essere nelle regioni del Sud).

Di fatto, nessuno sceglie di andarsi a curare in Sicilia e Sardegna e nessuno dal Nord sceglie di andarsi a curare al Sud.



MOBILITA' DI CONFINE



MOBILITA' NON DI CONFINE

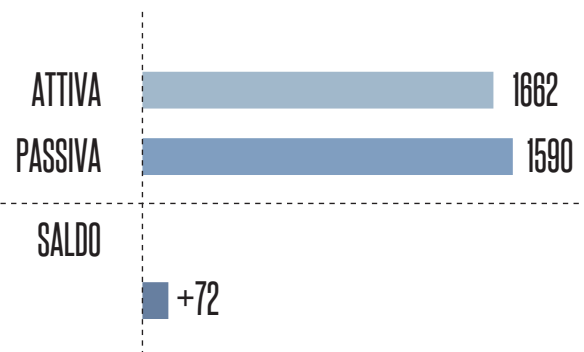


Grafico 05. Motivazioni della mobilità interregionale

Fonte: Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006

Grafico 06. Saldo mobilità di confine e non di confine

AA.VV., La mobilità sanitaria, in I quaderni di Monitor elementi di analisi e osservazione del sistema salute, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma, n°9/2012.

Regione	Di Confine			Non Di Confine		
	AttIva	Passiva	Saldo	Attiva	Passiva	Saldo
Piemonte	145	193	-48	85	34	51
Valle D'aosta	5	18	-13	4	7	-3
Lombardia	296	239	57	470	86	384
P.A. Bolzano	21	18	3	7	5	2
P.A. Trento	34	54	-20	11	8	3
Veneto	181	191	-10	123	14	109
Friuli Venezia Giulia	40	61	-21	47	3	44
Liguria	63	110	-47	74	67	7
Emilia Romagna	288	184	104	275	26	249
Toscana	137	106	31	146	61	85
Umbria	73	61	12	21	25	-4
Marche	68	94	-26	35	41	-6
Lazio	206	175	31	184	99	85
Abruzzo	72	102	-30	28	58	-30
Molise	80	37	43	5	16	-11
Campania	47	192	-145	36	207	-171
Puglia	58	51	7	42	234	-192
Basilicata	49	45	4	4	46	-42
Calabria	10	34	-24	20	223	-203
Sicilia	27	7	20	28	255	-227
Sardegna	0	0	0	17	75	-58
Totale	1900	1972	-72	1662	1590	72

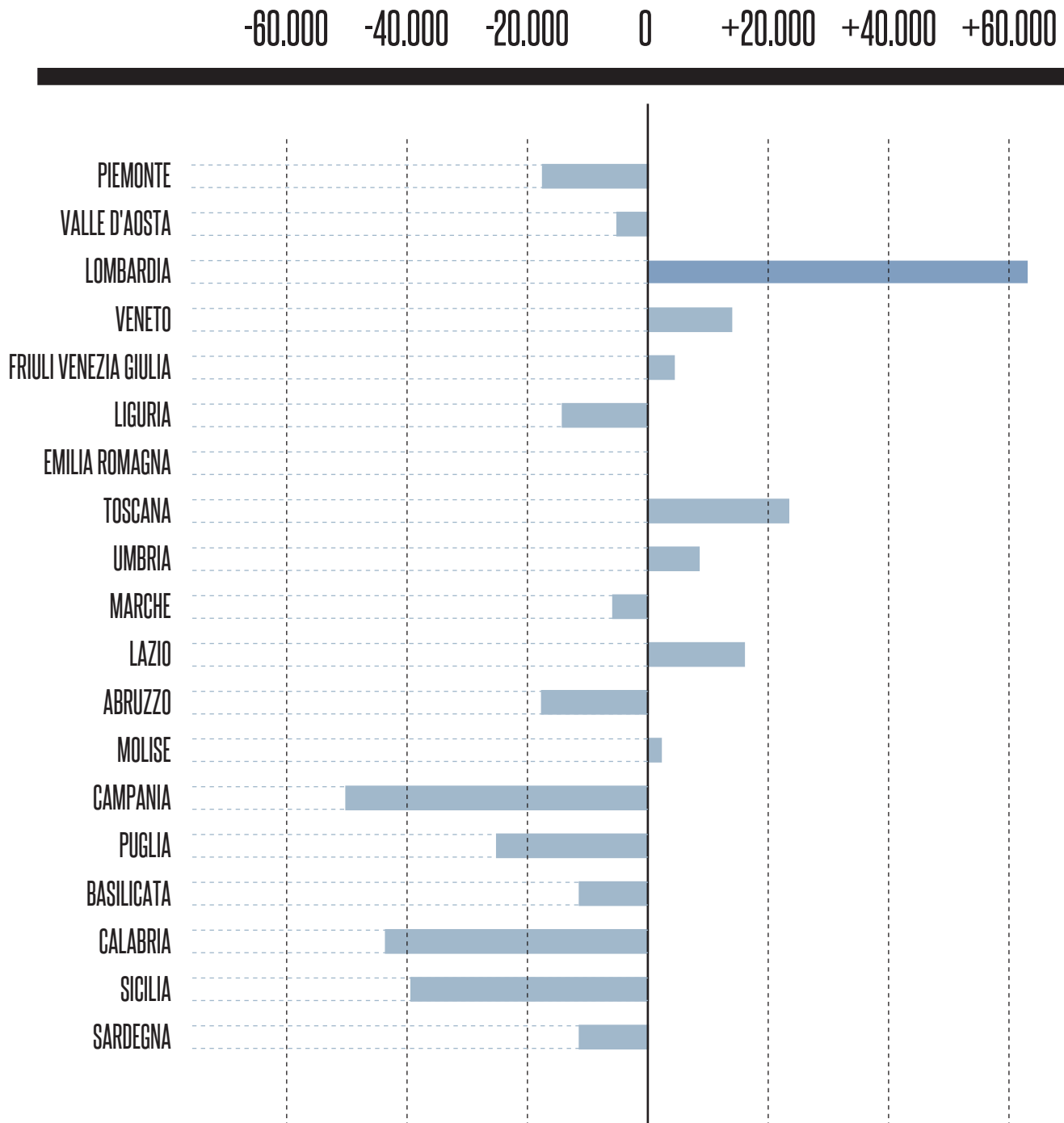


Grafico 08. Le differenze in termini di opportunità e di cura sul territorio, misurate dalla mobilità per ricoveri ospedalieri (la mobilità è espressa in percentuali di pazienti acuti in ingresso e in uscita, calcolate sulle matrici di mobilità interregionale)

Elaborazione Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema su dati Ministero della Salute

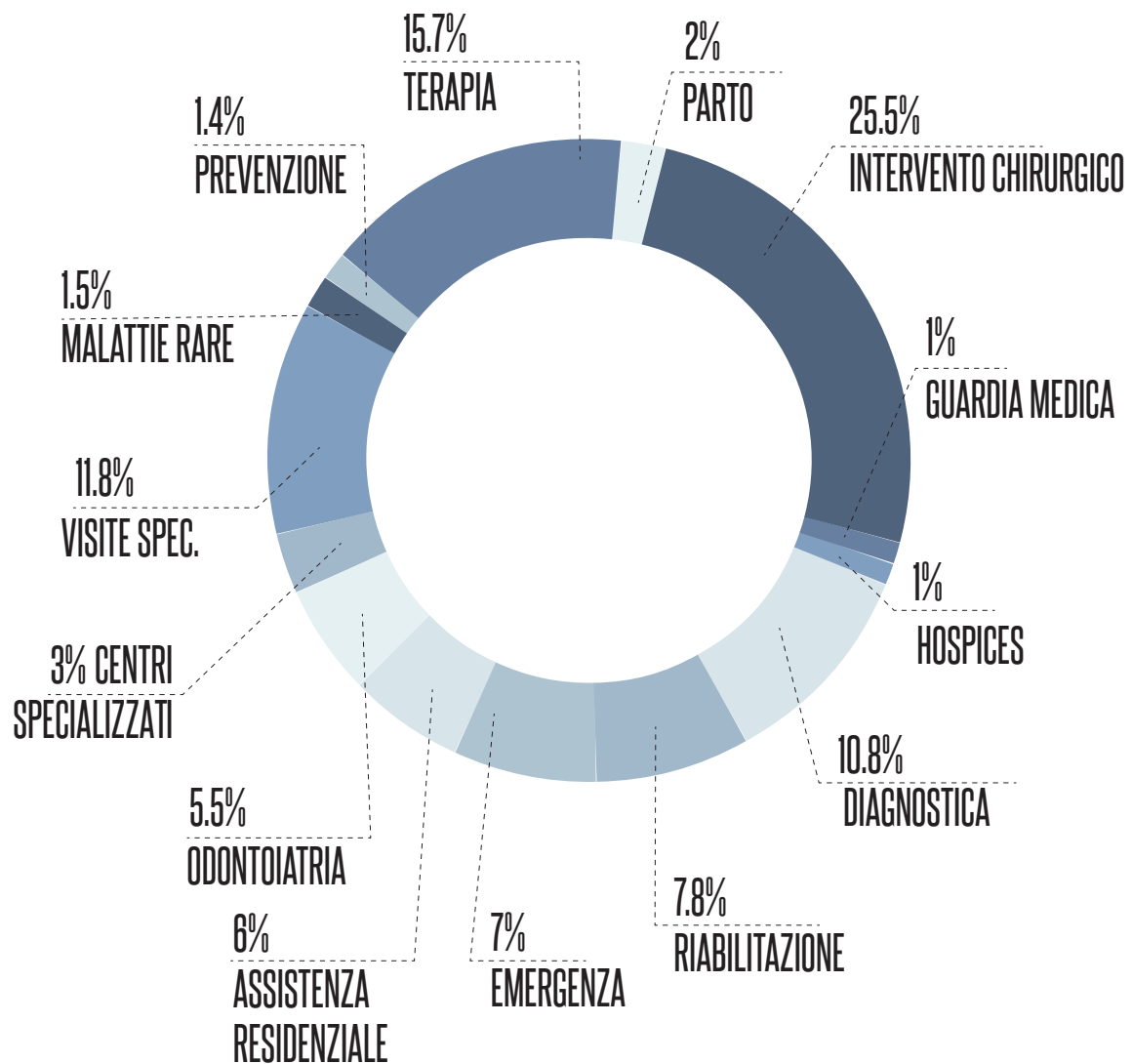
LA MOBILITA' INTRAREGIONALE

Questa mobilità riguarda spostamenti dei pazienti che avvengono entro le dimensioni della regione di residenza. Il livello di mobilità varia a seconda della dimensione territoriale della regione e quindi della densità di popolazione.

Ad ogni modo, anche in questo caso si rilevano tre differenti comportamenti di mobilità dei pazienti: quando ci si rivolge per motivi rilevanti ad una Asl lontana da quella di appartenenza; quando la Asl a cui ci si sottopone è quella confinante con la propria; quando la mobilità tra comuni della stessa Asl e, in alcune regioni che ospitano grandi città, vi è una mobilità entro le città.

Nel caso della mobilità entro regione, non sono di minore rilievo gli elementi della compensazione economica tra aree, ma emergono come esplicite tematiche importanti quali la programmazione della rete di offerta e l'accessibilità dei servizi. Meno rilevanti sono invece gli aspetti legati alla qualità generale della cura o dell'esito della stessa, fattori che sono più visti in termini di accessibilità e disponibilità di servizi che non di mobilità in senso stretto, a meno che non si vada alla ricerca di prestazioni che non sono diffuse in tutto il territorio o ci si trovi in un contesto di iper-specializzazione o di cura di malattie piuttosto rare.

Coloro che si spostano all'interno della propria regione di residenza lo fanno, in un caso su quattro, per sottoporsi ad un intervento chirurgico. Il 15%, invece, si sposta per sottoporsi ad una specifica terapia, l'11,8% per visite specialistiche, il 10,8% per sottoporsi ad esami diagnostici strumentali.



“SCEGLIERE TRA OSPEDALE PUBBLICO O PRIVATO¹³”

Le modalità di scelta relative la località in cui viene a collocarsi la struttura ospedaliera sono principalmente due. La prima è definita “a raggio ristretto”, in cui il ricovero è registrato in presidi all’interno della regione di residenza e non presenta forti scostamenti tra chi ha utilizzato un ospedale pubblico e chi uno privato. La seconda, detta “a raggio allargato” riguarda il ricorso ad ospedali siti al di fuori della regione dove il paziente è residente. In questa seconda ipotesi si rileva una lieve crescita relativa la scelta degli ospedali pubblici, una contrazione per quanto riguarda gli ospedali privati accreditati e una crescita molto significativa con riguardo ai ricoveri presso cliniche private. La ricerca rileva anche il livello di consapevolezza che i pazienti hanno della funzionalità degli ospedali accreditati. Infatti, non tutti risultano informati sul fatto che, gli ospedali privati accreditati sono un’alternativa vera e propria a quelli pubblici, in quanto vi si ottiene la medesima assistenza senza costi aggiuntivi. Nel 2011 quasi i $\frac{3}{4}$ degli intervistati detengono tale conoscenza (il 73%) e si può affermare che questa sia in crescita¹⁴.

13. Associazione Italiana Ospedalità Privata e Ermeneia Studi & Strategie di sistema, Ospedali e Salute NONO RAPPORTO ANNUALE 2011, FrancoAngeli, Milano, 2012.

14. Nel 2003 solo il 63,7% degli intervistati era a conoscenza del fatto.

OSPEDALE PUBBLICO								
	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Nel suo Comune	50,5	49,3	46,1	52,4	49,3	46,8	44,5	49,4
Fuori dal suo Comune ma nella sua Provincia	40,5	37,7	43,8	38,6	40	45,4	45,1	41,6
Fuori dalla sua Provincia ma nella sua Regione	5,2	9,3	6	5,4	6,6	4,7	5,9	6,7
Regioni Nord Italia	1,7	1,6	2	0,5	1,7	1,5	2,6	1,2
Regioni Centro Italia	0,8	0,9	1,3	1,6	2,2	1,1	0,6	0,8
Regioni Sud Italia e Isole	1,3	1,1	0,8	1,3	0,1	0,4	1,3	0,3
All'estero	0	,1 -	0	,2 0	,1 0	,1 -	-	
TOTALE	100	100	100	100	100	100	100	100

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO								
	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Nel suo Comune	45	40,3	42,8	46,3 4	3,6 3	8	37,8	38,1
Fuori dal suo Comune ma nella sua Provincia	42	42,9	42,2	39,1	37,2	50,3 5	3,9	46,5
Fuori dalla sua Provincia ma nella sua Regione	9,7	10,6 9	,3	10,4	8,9	4,1	5,3 1	0
Regioni Nord Italia	1,4	5,2	2,9	1,9	7,5	5,5	1,6	4,4
Regioni Centro Italia	1,7	0,7	2,4	0,6	-	0,9	1	1
Regioni Sud Italia e Isole	0,2	0,3 0	,4 1	,4 2	,8 1	,2 0	,2 -	
All'estero	-	-	0	,3 -	-	0	,2 -	
TOTALE	100	100	100	100	100	100	100	100

Tipologia di ospedale	I ragione I	I ragione	III ragione I	V ragione
Ospedale pubblico	Era più comodo e vicino a casa (36,7%)	Si ritiene migliore (23,9%)	Per abitudine (23,8%)	Per la presenza di uno specifico medico/specialista (20,6%)
Ospedale privato accreditato	Per la presenza di uno specifico medico/specialista (36,6%)	I tempi delle prestazioni erano più rapidi (28,7%)	Per esperienza (19,2%)	Per abitudine (18,9%)
Clinica privata	I tempi delle prestazioni erano più rapidi (34,5%)	Era più comodo e vicino a casa (20,4%)	Consigliato da familiari/amici (20,2%)	Per la presenza di uno specifico medico/specialista (15,4%)

LA MOBILITÀ DEI PAZIENTI

Le trasformazioni demografiche, economiche, sociali e culturali a cavallo tra il secondo ed il terzo millennio, hanno evidenziato ripercussioni nel campo della salute e della sanità, come l'allungamento della vita, la crescita di una cultura individualista, il rapido sviluppo delle nuove tecnologie, l'esplosione dei trasporti. A rigor di logica, non deve meravigliare che anche la mobilità sanitaria s'incroci con importanti questioni di rilievo sociale, e da esse ne viene fortemente influenzata. Facendo un'analisi di quelli che sono i principali fattori che hanno inciso sulle decisioni di mobilità sanitaria dei pazienti, il primo tra questi è senz'altro l'elevato livello di specializzazione dei medici. La rapida evoluzione delle scienze e delle tecnologie ha portato i professionisti a doversi specializzare in campi molto ristretti e specifici. Fattore ad esso correlato è il fatto che, una volta acquisita ed affermata, tale specializzazione va spesa sul mercato e questa può fruttare solo se si è collocati presso istituti di prestigio. I cosiddetti centri d'eccellenza sono solitamente situati nelle grandi città, collegate e raggiungibili da ogni piccolo comune del paese. La ricerca del medico migliore, di colui che è il più affermato, che ha statisticamente più successo nel campo della malattia cui il paziente è affetto, comporta per forza di cose uno spostamento di quest'ultimo verso il primo. Passando su un altro piano, quello della qualità dell'offerta (spesso si tratta di qualità solo percepita e non reale), uno dei fattori di condizionamento è

certamente la fiducia riposta nelle strutture di ricovero. L'affidamento deriva sia da forme di generico apprezzamento indotte dal passaparola, sia da valutazioni più circostanziate e documentate. La fiducia nella struttura dipende da fattori territoriali, sociali ed esperienziali. Un altro elemento che influenza le scelte dei pazienti è dato dai diffusi atteggiamenti di non compliance, di sfida dell'autorità medica e d'informazione diretta sulle cure ed i possibili luoghi della cura, strettamente connessi anch'essi ad importanti modificazioni socio-culturali nel corpo sociale, e che sono alla base di molti spostamenti e ricoveri fuori zona. La conoscenza dello specialista può avvenire in molti modi, quali ad esempio il consiglio del medico curante o addirittura del farmacista. Ma uno degli avventi più dirompendi in tal senso è sicuramente Internet, strumento che permette di effettuare un'infinità di collegamenti, quindi di venire a conoscenza delle varie realtà esistenti.

Altro fattore è anch'esso tipico della modernità e si esprime nella diffusa ricerca di un sano equilibrio psico-somato-ambientale, attribuito comunemente ad una rinnovata cultura olistica, che si affianca, ed in qualche caso si contrappone alle altrettanto forti aspettative nei confronti delle moderne tecnologie sanitarie. Anche questioni più squisitamente socio-politiche non mancano di avere importanti ripercussioni sulle scelte per la salute e sulla mobilità, in quanto agiscono pesantemente su decisivi fattori di contesto. Ad esempio, si va accentuando la spinta al confronto tra performance delle diverse sanità regionali.

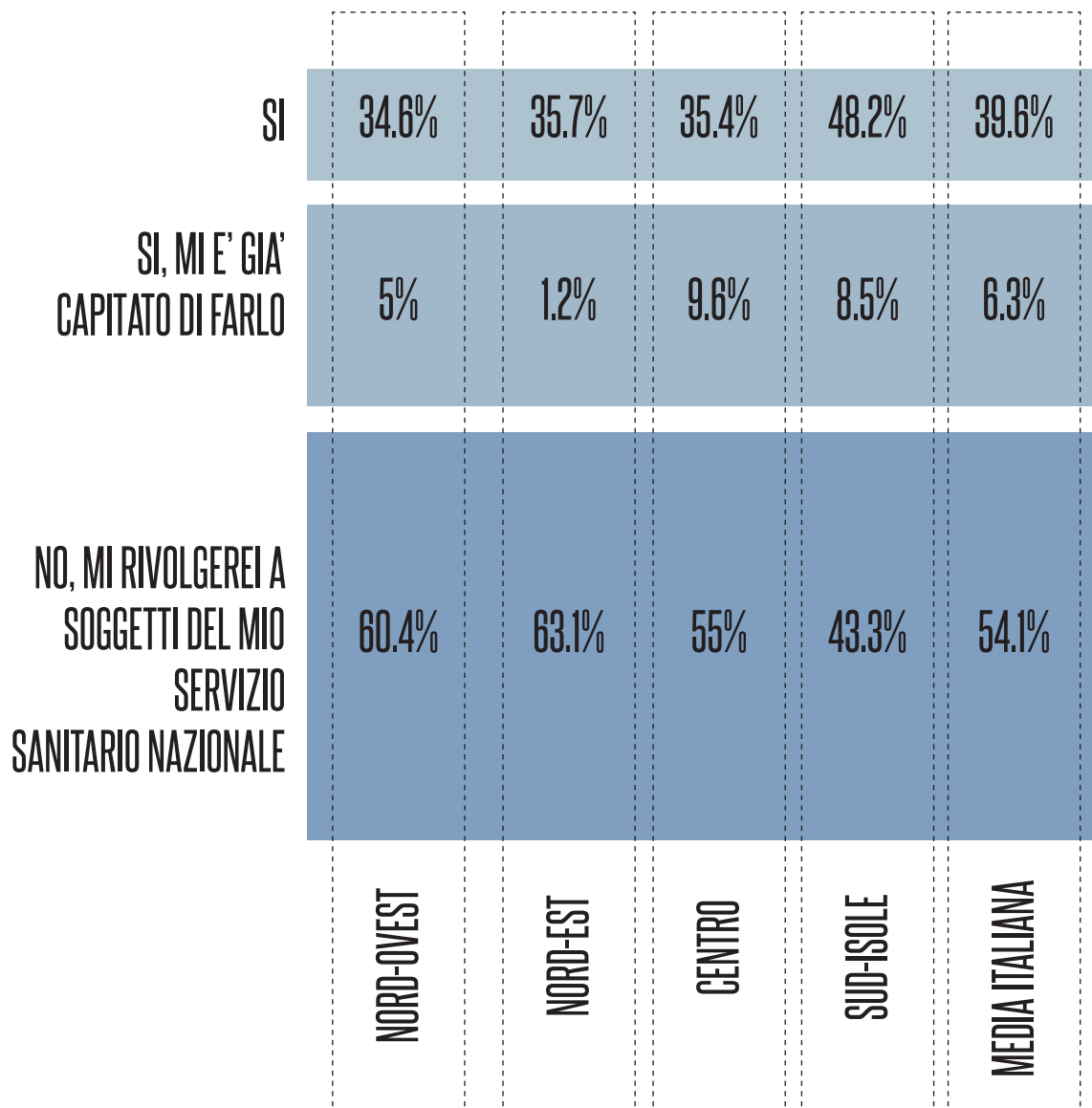


Grafico 10. Disponibilità a rivolgersi al Servizio Sanitario di un'altra regione in caso di grave problema di salute. Dati per ripartizione geografica.

LA MOBILITÀ DEI PARENTI

Fino a qui abbiamo discusso del fenomeno della mobilità sanitaria esclusivamente dal punto di vista dei pazienti, tralasciando che le attività sanitarie di cui trattiamo non coinvolgono tale soggetto come entità isolata, ma mettono in gioco le sue relazioni. Alle volte, la persona che si allontana dalla propria casa per sottoporsi a cure mediche in un'altra città, è costretto ad allontanarsi anche dai propri cari. Se la degenza si prolunga, il fattore della lontananza in situazioni critiche può portare all'instaurarsi di tensioni che provocano spaccature nel tessuto familiare e che non facilitano il percorso di cura del malato. Questi equilibri sono ancora più precari quando tra i soggetti interessati ci sono anziani o bambini. Spesso, infatti, queste persone fragili devono essere accompagnate da un adulto, figlio o genitore a seconda dei casi, e ciò non comporta soltanto problemi a livello familiare, ma anche occupazionale. L'assenza prolungata dal posto di lavoro può comportare la perdita dello stesso e la diretta conseguenza ricade a questo punto su problemi di ordine economico. I costi da sostenere per la mobilità sanitaria di un proprio caro sono uno dei principali fattori da valutare prima di partire. Da un lato, quindi, si presenta il rischio di cadere in situazioni di disagio dal punto di vista affettivo/relazionale, mentre dall'altro è necessario esaminare le risorse economiche a disposizione. Sostenere un parente durante un percorso di cura comporta un forte dispendio di energie fisiche, per lo spostamento vero e

proprio, psicologiche, a causa della difficile circostanza, ed economiche, legate al viaggio, al vitto e all'alloggio. Occorre in questo momento porre particolare attenzione e sensibilizzarsi rispetto questa tematica, oltre a ciò va espresso un problema collaterale: la richiesta di posti letto. Esiste una varietà estrema di casi di ricovero/dimissioni/day hospital/interventi... che dà luogo ad una serie infinita di combinazioni parente-accompagnatore difficili da collocare sul piano dell'ospitalità; chiariamo meglio il punto con un esempio:

partiamo dall'insorgenza della malattia di un ipotetico utente paziente: si possono già disegnare due differenti strade; in una il malato si affida alla propria USL di appartenenza, mentre nell'altra il paziente decide di farsi seguire in un'altra USL; in questo caso il paziente dovrà, autonomamente, preoccuparsi di contattare l'azienda ospedaliera dove vuole ricevere il trattamento.

Anche nel primo caso può capitare che ci sia la necessità di doversi recare, in un secondo momento, in un'altra USL.

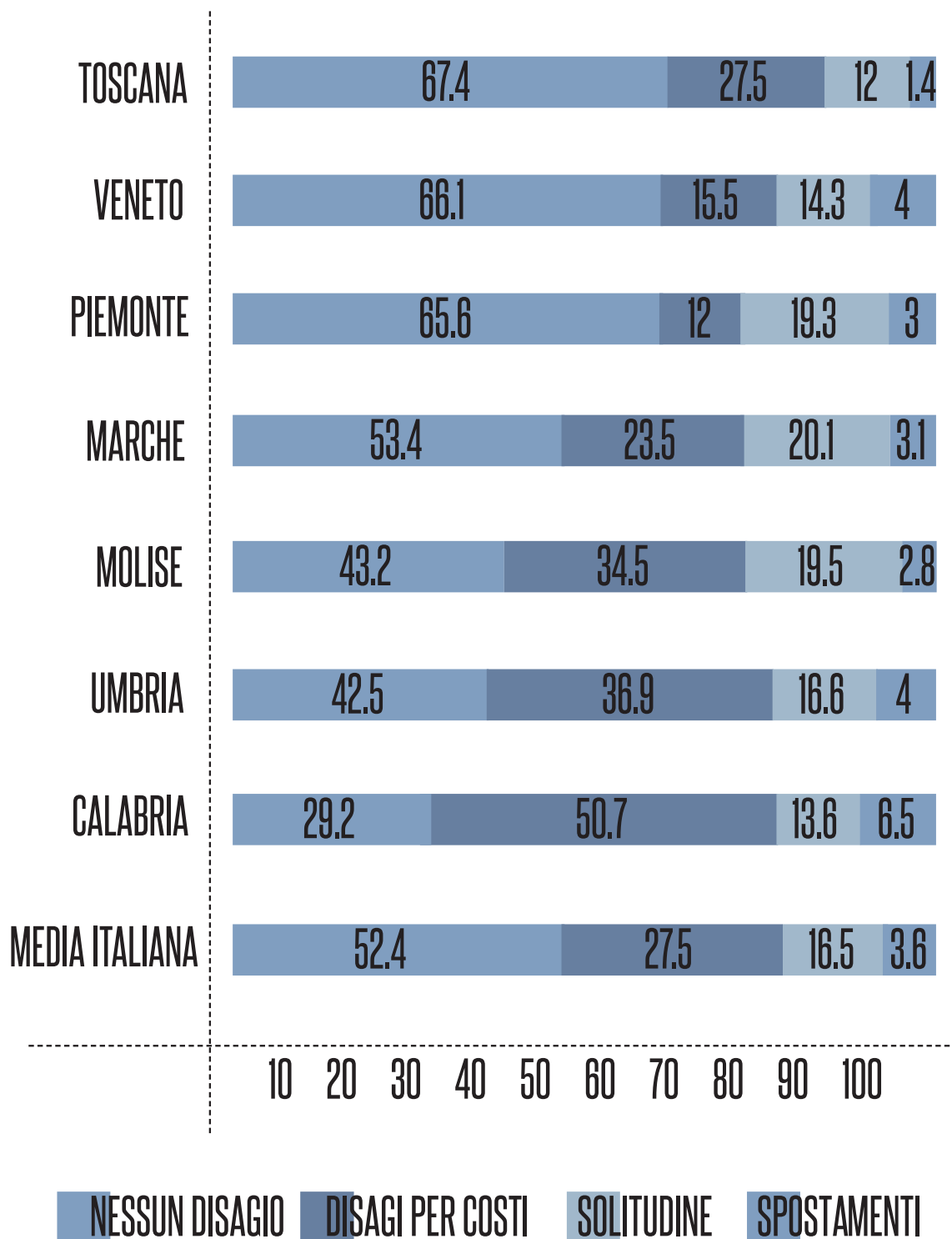
Vediamo dunque che non esiste un unico modello di prassi di arrivo presso la città in cui si è scelto di essere ricoverati o effettuare un intervento o visita specialistica...

Altro fattore fondamentale ed estremamente variabile: l'accompagnatore. Perché in un caso può arrivare prima l'accompagnatore per seguire le pratiche relative all'accettazione in ospedale; in un altro caso, paziente ed accompagnatore, possono arrivare insieme (date le buone condizioni di salute del paziente); in un altro il paziente arriva prima perché, per esempio, è stato ricoverato d'urgenza, e quindi sarà l'accompagnatore a doverlo raggiungere. Questa grande diversità nei possibili scenari introduce ad ulteriori problematiche dovute allo spostamento: l'alloggio. (pre e post permanenza in ospedale per quanto riguarda il paziente e per tutto il soggiorno nella città "straniera" per quanto riguarda l'accompagnatore).

Dai dati raccolti, è possibile stimare una media di permanenza in Città che ruota attorno ai cinque giorni.

Oltre a ciò occorre prendere in considerazione anche Delineati i possibili iter progettuali la mancanza di attività nel lasso di tempo che c'è tra un orario di visita e l'altro. Spesso gli accompagnatori si trovano a sostare all'interno di aree non adeguate all'interno dell'ospedale per attendere sino al nuovo orario di visita per svariati motivi: innanzitutto per la mancanza di informazione (non vi è alcuna struttura

nell'intorno degli ospedali analizzati che doni informazioni riguardanti attività da poter fare sul suolo cittadino); in secondo luogo si è registrata un quasi totale rifiuto a tornare presso la propria struttura ricettiva (albergo, residence, casa di accoglienza) vista solo come un luogo dove pernottare; altro fattore la mancanza di danaro sufficiente a sostenere la spesa di mezzi di trasporto.



UNO STUDIO DI CASO

La ricerca condotta dal CENSIS nel 2005 su un campione di 2.524 utenti ospedalieri migrati da 7 regioni italiane (Umbria, Calabria, Molise, Veneto, Marche, Piemonte, Toscana) rappresenta un contributo significativo per capire le motivazioni dei cittadini che, nell'arco degli ultimi cinque anni, avevano optato per il ricovero in un ospedale di una regione diversa di quella di residenza. Dall'indagine risulta che la scelta rappresenta, nella grande maggioranza dei casi, una libera scelta del cittadino. Solo l'8,8% degli intervistati è stato costretto ad un ricovero al di fuori della propria regione, a causa ad esempio di un incidente o di una malattia contratta in vacanza. Questo fenomeno può essere definito come mobilità fisiologica. Il 91,2% dei casi, invece, ha deciso di ricoverarsi in un determinato presidio per ottenere prestazioni ordinarie e disponibili anche sul territorio di residenza, ma considerate non sufficientemente affidabili.

In merito ai fattori causali, lo studio ha evidenziato tre principali aree di motivazioni:

- l'area della qualità, la scelta è legata alla ricerca di prestazioni considerate di miglior livello;
 - l'area pratico-logistica, la decisione ricade sull'opzione di ricovero meno dispendiosa che, riduca al minimo i disagi correlati alle cure;
 - l'area della necessità, scelta operata per l'assenza della prestazione necessaria nella propria zona o per la lunghezza delle liste d'attesa.
-
-

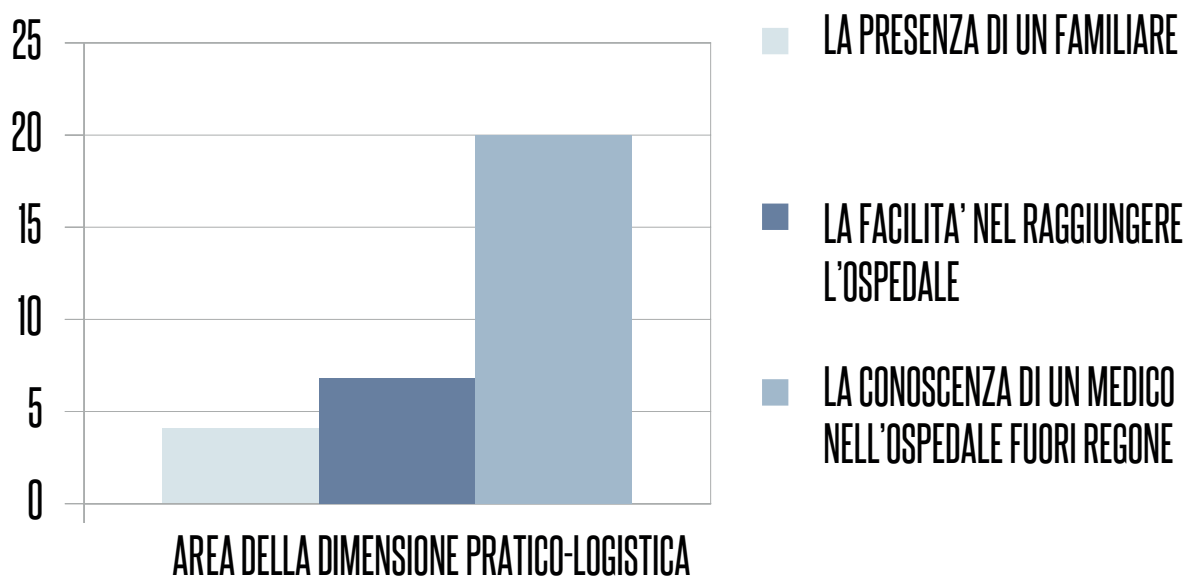
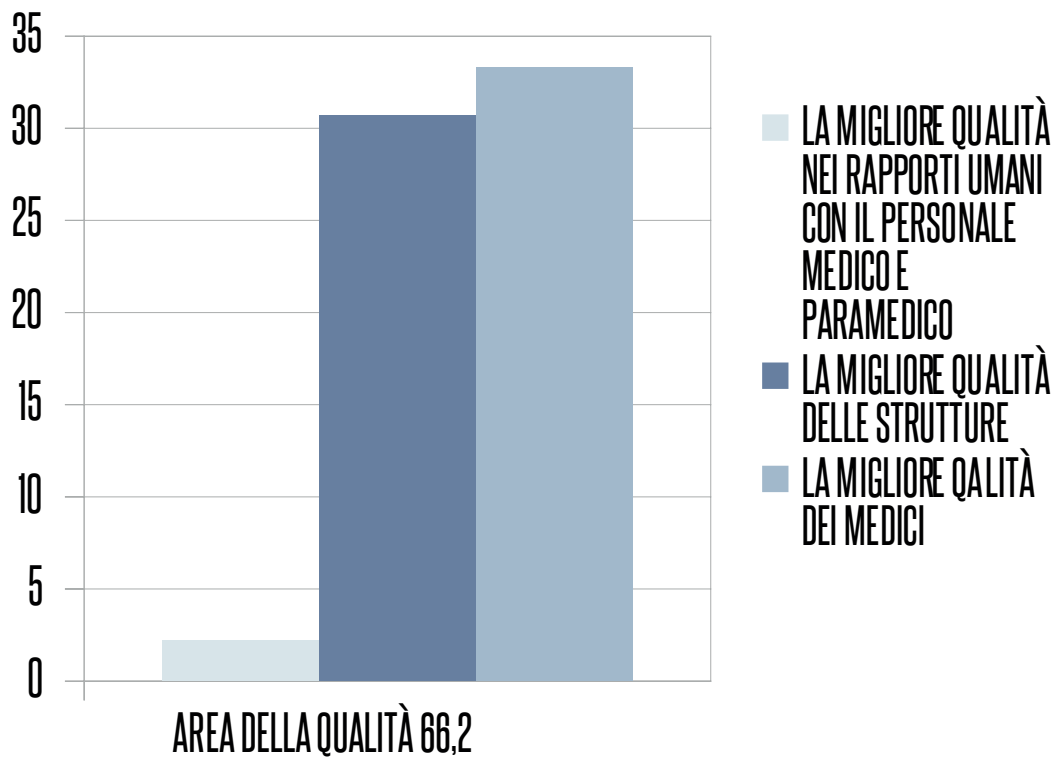
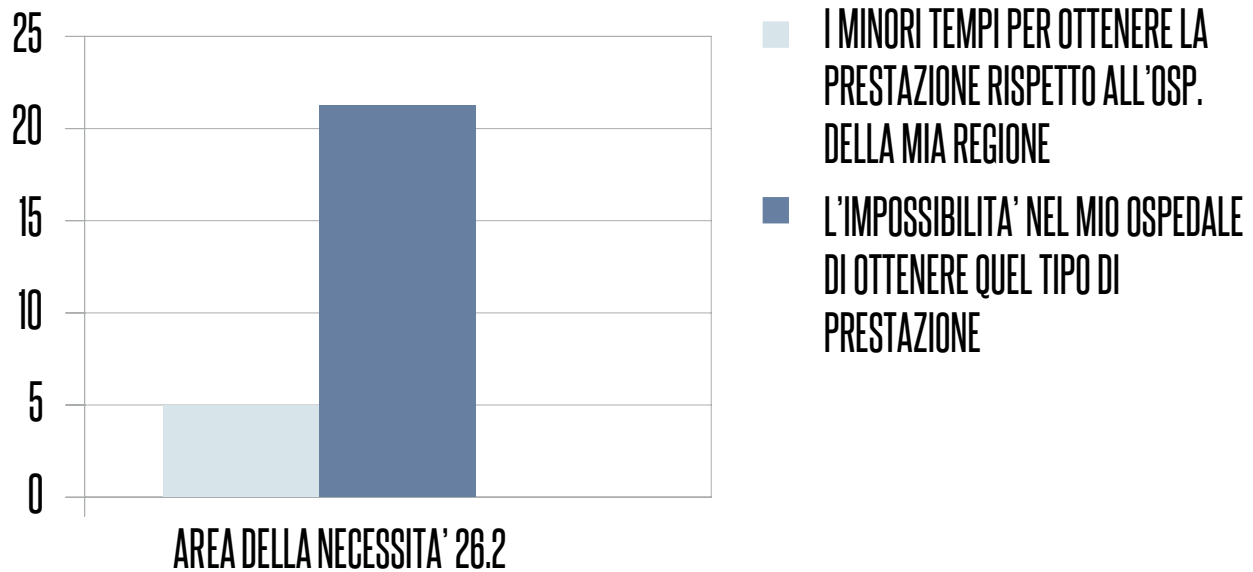


Grafico 12. Il senso di una scelta: l'area della qualità (il totale non è uguale a 100 perché erano.

Grafico 13. Il senso di una scelta: l'area pratico-logistica (il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte), Indagine Censis 2005



Qualsiasi sia il motivo che spinge alla mobilità ospedaliera, questa opzione è in ogni caso un fenomeno che impatta negativamente sotto una molteplicità di profili.

Innanzitutto, i costi, i quali si suddividono in privati intangibili, connessi all'inevitabile disagio causato da un ricovero lontano da casa, privati tangibili, legati effettivamente alle spese che tale tipo di ricovero comporta e quelli pubblici, attinenti alle pratiche amministrative. Infine, ci sono i problemi organizzativi e di politica sanitaria legati alle scelte di programmazione, all'aumento delle liste d'attesa, al possibile sotto o sovra dimensionamento dei servizi che pesano soprattutto sulle regioni che esercitano una maggiore attrattiva e quindi possono subire anche una maggiore volatilità della domanda. Ad ogni modo, i disagi rilevati dall'indagine sulla base delle dichiarazioni dei diretti interessati sono consistenti e questo attiene al secondo terreno d'incrocio tra mobilità ospedaliera e questioni di rilievo sociale, quello dei suoi effetti sociali. Si tratta della solitudine causata dall'essere lontani da casa e dalla propria rete relazionale d'appoggio, dagli alti costi monetari sostenuti e dal disagio dovuto allo spostamento in quanto tale. Questi elementi variano a seconda della regione sottoposta all'analisi.

Complessivamente il bilancio dell'esperienza migratoria appare positivo, infatti, il 52,8% degli intervistati ripeterebbe l'esperienza nel medesimo presidio ospedaliero. L'8,5%, invece, ripeterebbe l'esperienza di mobilità, ma cambiando realtà ospedaliera, mentre il 38,7% opterebbe per una soluzione all'interno della propria regione (figura 5). Ma depurando il dato dal'8,8% della cosiddetta mobilità fisiologica, si può ipotizzare che circa un 30% di coloro che hanno vissuto

l'esperienza di un ricovero fuori regione abbia cambiato idea. L'esperienza migratoria non rappresenta, dunque, il segno di una totale perdita di fiducia per le strutture ospedaliere della propria regione da parte del cittadino, il quale, in caso di bisogno, è generalmente disposto a valutare di nuovo la situazione, per capire se sussistono le condizioni tecniche, professionali ed umane tali da evitare l'onere del trasferimento.

Risulta evidente, alla luce dell'analisi svolta che, l'ospedalizzazione fuori regione si configura come un'opzione del paziente a fronte di diverse opportunità di cura e che quando si profila la necessità del ricovero ospedaliero il cittadino non fa riferimento esclusivamente all'offerta sanitaria della regione di residenza,

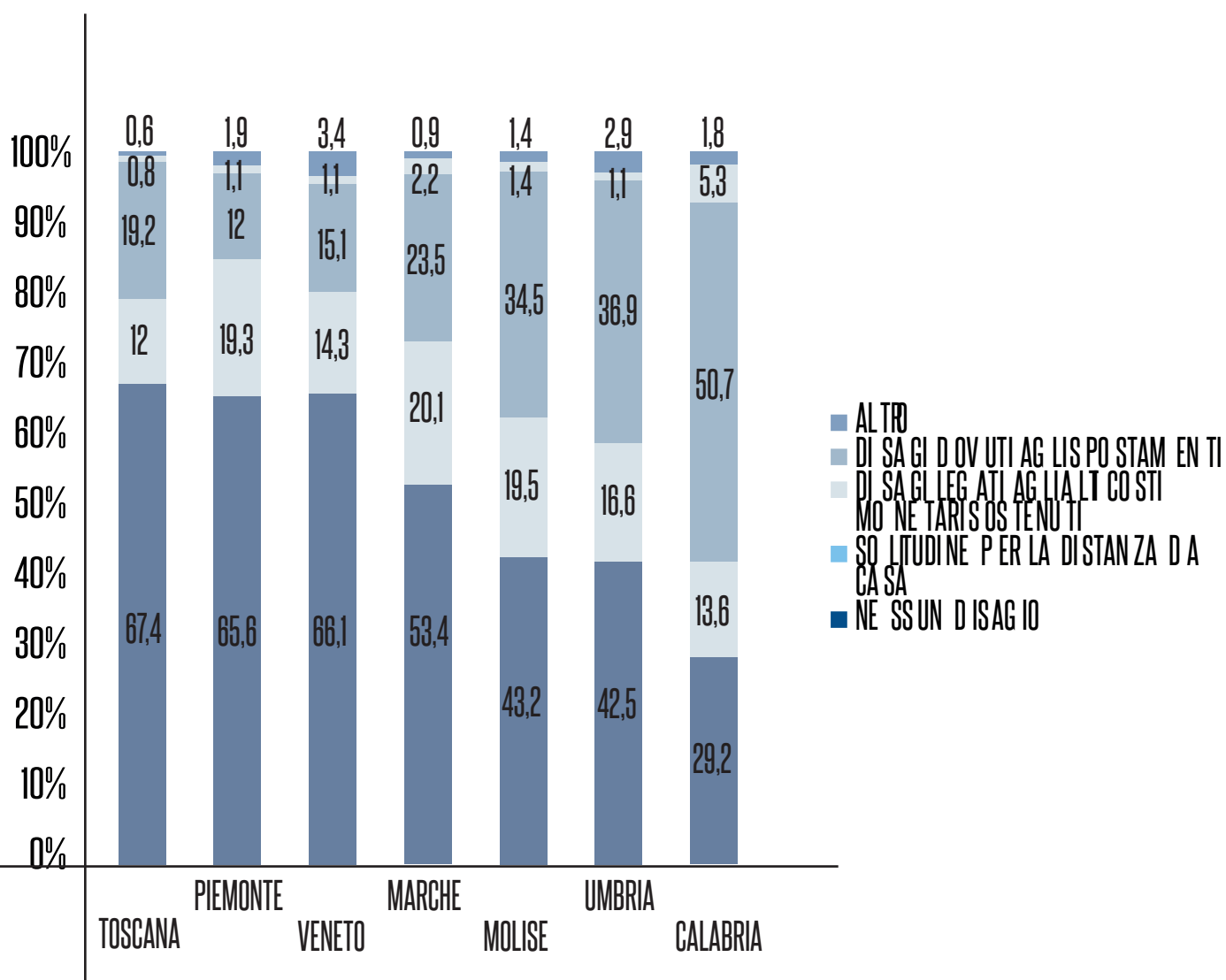


Grafico 15. I disagi della migrazione per i pazienti, Indagine Censis 2005

ma valuta le opportunità di cura esistenti su un territorio più ampio, che può comprendere anche i servizi ospedalieri presenti in aree territoriali lontane. Fondamentale nella decisione di migrare è l'accesso alle informazioni. Un ruolo cruciale va attribuito al medico di famiglia, cui il cittadino in larga misura si affida. A questo punto della ricerca è chiaro che la regione in assoluto più frequentata dalla mobilità interregionale è la Lombardia.

L'oggetto di questa indagine è il tempo che il paziente deve trascorrere in ospedale e la degenza, durante la quale la persona deve restare nei pressi del presidio,

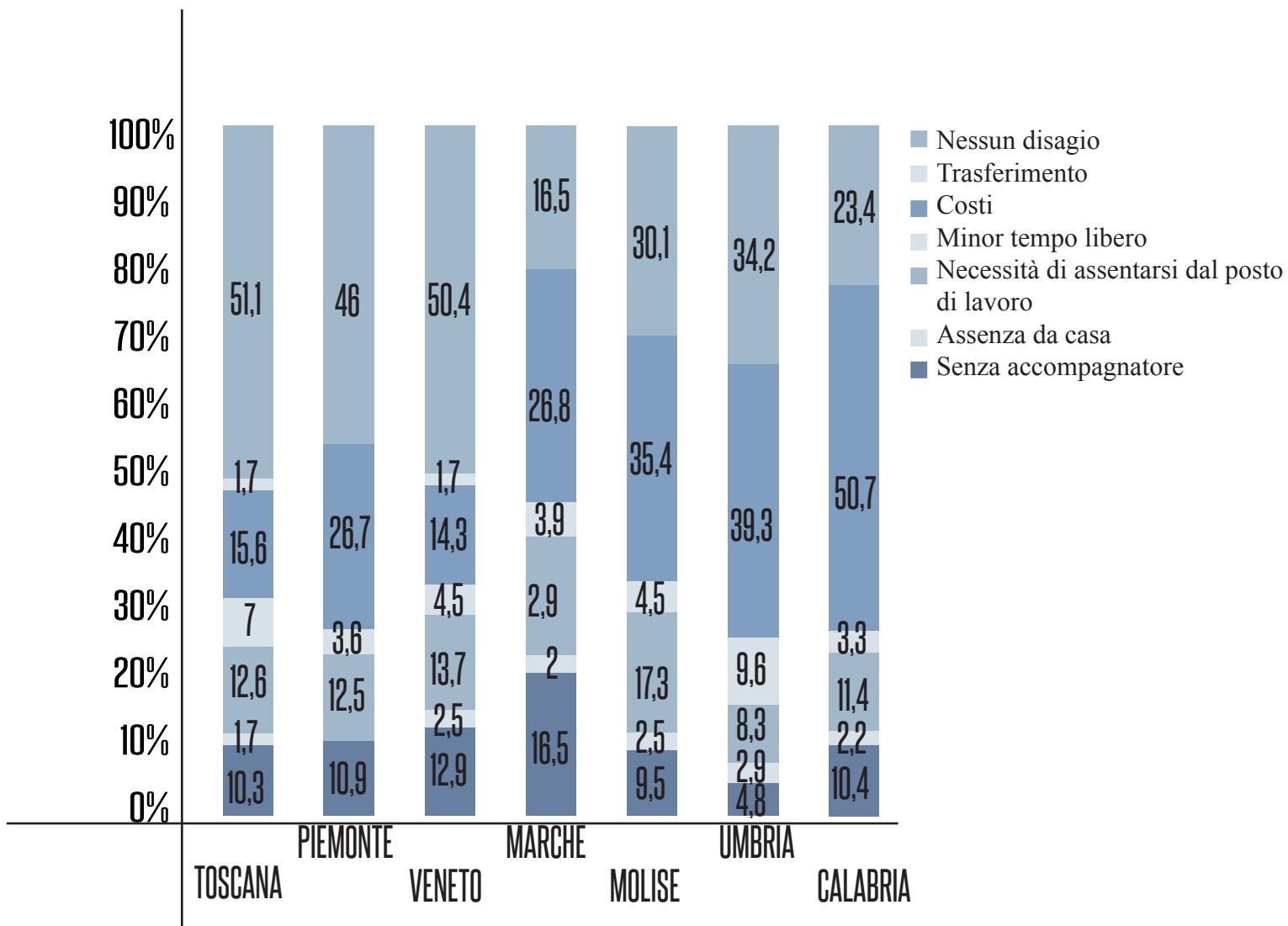
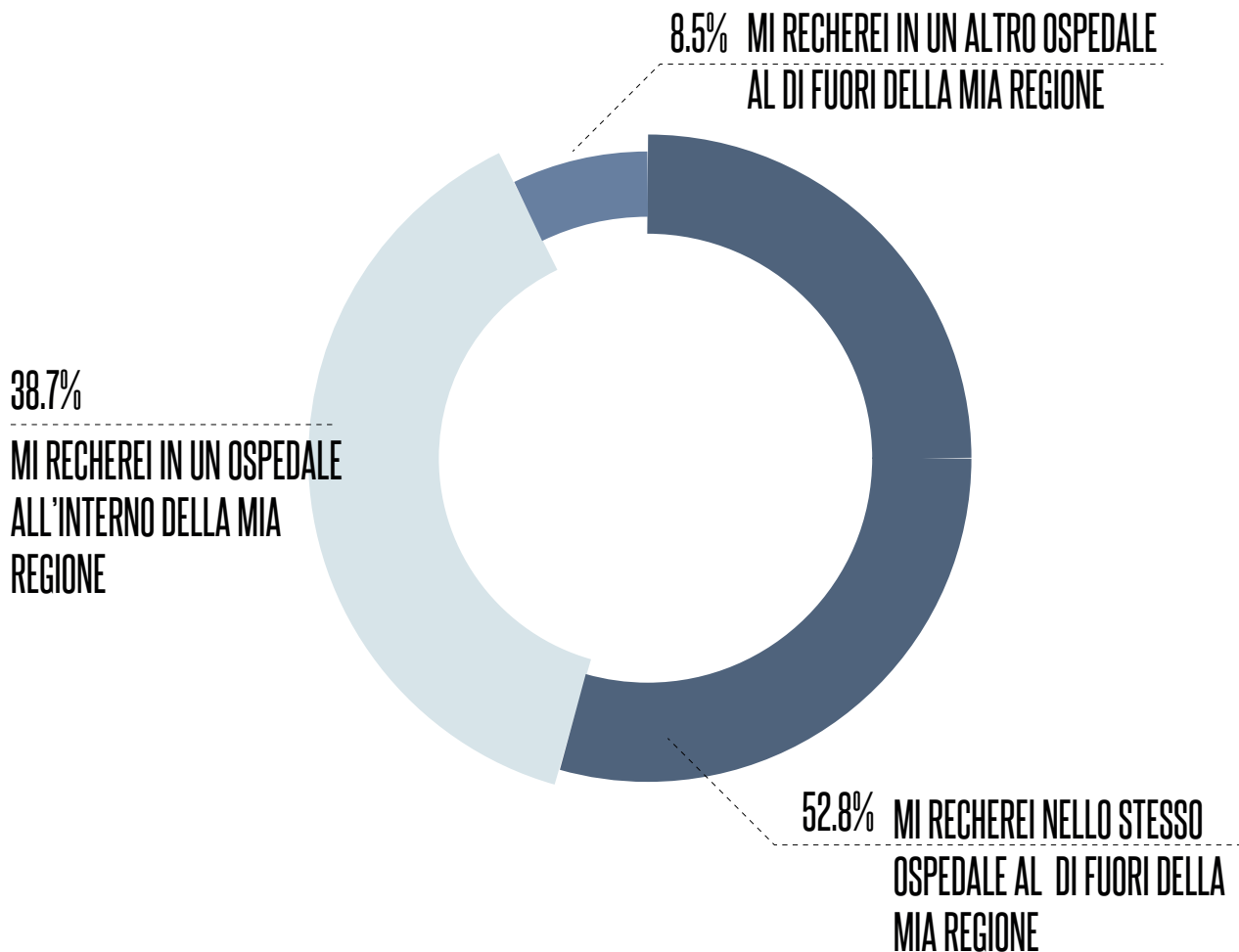


Grafico 16. I disagi della migrazione per gli accompagnatori

in quanto deve sottoporsi a controlli giornalieri. Non essendoci dati specifici sulla durata media della permanenza dei pazienti e dei loro familiari, risulta utile concentrarsi sulle modalità del ricovero. Quindi la scelta di riportare i dati relativi ai ricoveri per acuti, per riabilitazione e per lungodegenza in regime ordinario è stata operata proprio per capire il flusso di persone che, non solo usufruisce dei servizi messi a punto dalla sanità lombarda, ma soprattutto dell'ammontare dei bisogni di trasporto, di vitto e di alloggio di cui essi necessitano. I dati relativi i day hospital, invece, rilevano gli stessi bisogni, ma legati ad un tempo inferiore.



LA LOMBARDIA

A questo punto della ricerca è chiaro che la regione in assoluto più frequentata dalla mobilità interregionale è la Lombardia.

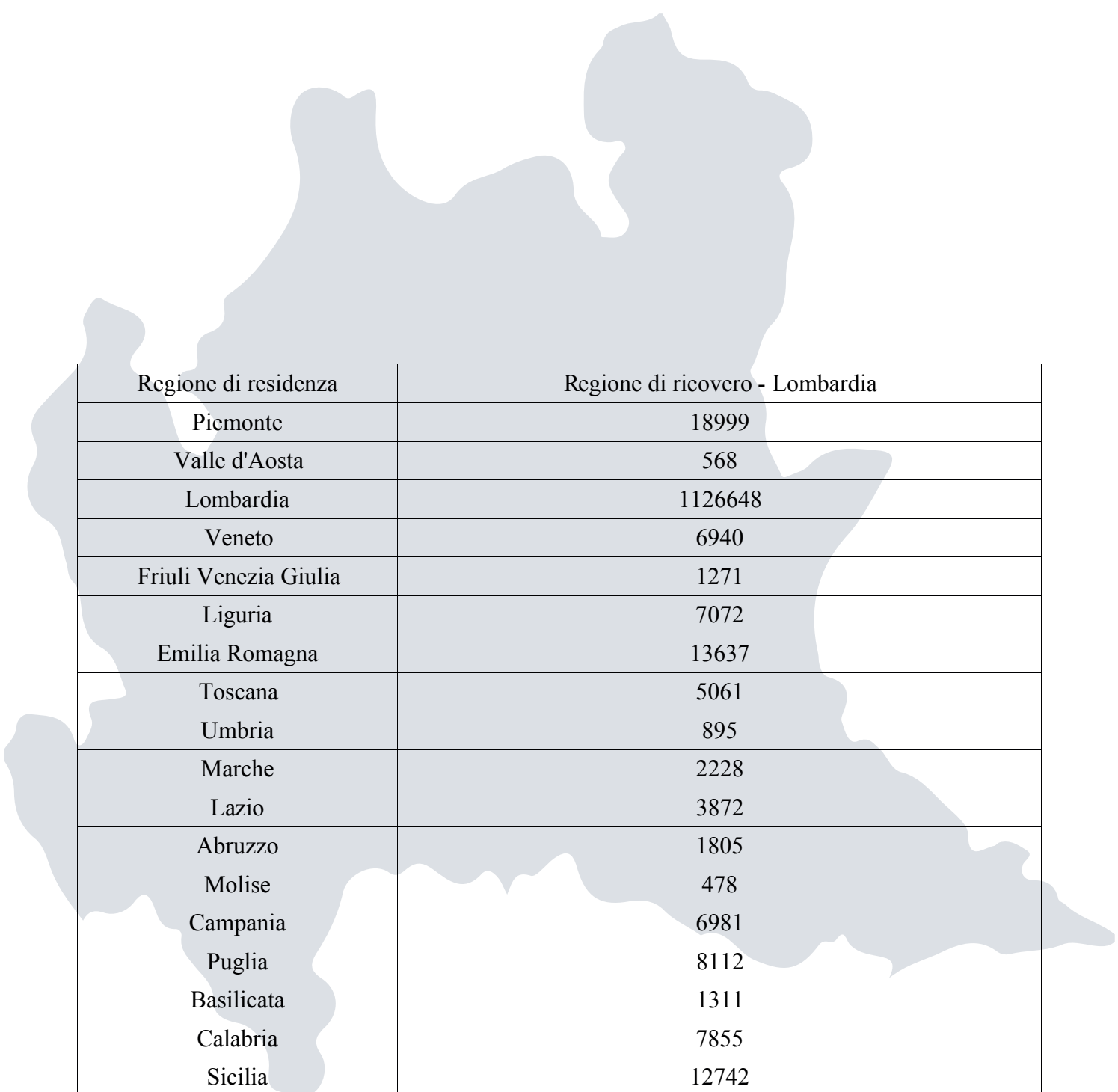
Le motivazioni sono differenti, ma dai dati raccolti risulta piuttosto chiaramente che è questa la regione che dispone in assoluto di numerosi centri di eccellenza e che ha quindi un fortissimo indice di attrazione.

L'oggetto di questa indagine è il tempo che il paziente deve trascorrere in ospedale e la degenza, durante la quale la persona deve restare nei pressi del presidio, in quanto deve sottoporsi a controlli giornalieri. Non essendoci dati specifici¹⁵ sulla durata media della permanenza dei pazienti e dei loro familiari, risulta utile concentrarsi sulle modalità del ricovero. Quindi la scelta di riportare i dati relativi ai ricoveri per acuti, per riabilitazione e per lungodegenza in regime ordinario è stata operata proprio per capire il flusso di persone che, non solo usufruisce dei servizi messi a punto dalla sanità lombarda, ma soprattutto dell'ammontare dei bisogni di trasporto, di vitto e di alloggio di cui essi necessitano. I dati relativi ai day hospital, invece, rilevano gli stessi bisogni, ma legati ad un tempo inferiore.

La media di permanenza stimata ruota attorno ai cinque giorni.

La presenza di numerose eccellenze in campo sanitario (la rete dei grandi ospedali pubblici, gli IRCCS, ma anche le strutture private di qualità) richiama annualmente decine di migliaia di malati provenienti, oltre che dal grande bacino lombardo, da altre regioni e, soprattutto, dal mezzogiorno e dalle isole.

15. Il campo della ricerca è soggettivo e dipende da troppe variabili, quali l'esito del ricovero, lo stato di fisico e psichico del paziente, etc. etc. .



Regione di residenza	Regione di ricovero - Lombardia
Piemonte	18999
Valle d'Aosta	568
Lombardia	1126648
Veneto	6940
Friuli Venezia Giulia	1271
Liguria	7072
Emilia Romagna	13637
Toscana	5061
Umbria	895
Marche	2228
Lazio	3872
Abruzzo	1805
Molise	478
Campania	6981
Puglia	8112
Basilicata	1311
Calabria	7855
Sicilia	12742
Sardegna	3542
TOTALE RICOVERI	1231934
Mobilità attiva	105286 (8,5%)

Tabella 3. Mobilità ospedaliera interregionale, attività per acuti in regime ordinario (sono stati considerati i ricoveri da strutture pubbliche e private accreditate), Rapporto annuale del Ministero della Salute 2010

Regione di residenza	Regione di ricovero - Lombardia
Piemonte	6344
Valle d'Aosta	136
Lombardia	308578
Veneto	2447
Friuli Venezia Giulia	276
Liguria	1443
Emilia Romagna	4633
Toscana	1092
Umbria	174
Marche	554
Lazio	870
Abruzzo	337
Molise	57
Campania	1298
Puglia	1748
Basilicata	316
Calabria	1730
Sicilia	2492
Sardegna	1052
TOTALE RICOVERI	336040
Mobilità attiva	27462 (8,2%)

Regione di residenza	Regione di ricovero - Lombardia
Piemonte	2439
Valle d'Aosta 7	6
Lombardia	79826
Veneto	687
Friuli Venezia Giulia	149
Liguria	1851
Emilia Romagna	1552
Toscana	521
Umbria	147
Marche	297
Lazio	480
Abruzzo	254
Molise 9	0
Campania	984
Puglia	913
Basilicata	211
Calabria	1010
Sicilia	1730
Sardegna	363
TOTALE RICOVERI	93739
Mobilità attiva	13913 (14,8%)

Le degenze sono spesso prolungate, soprattutto per le problematiche oncoematologiche e riabilitative, e richiedono talora periodi di ricovero alternati a brevi dimissioni. In queste situazioni è indispensabile offrire ai parenti e accompagnatori, ma talora agli stessi pazienti, soluzioni abitative idonee che li facciano sentire “a casa” anche se “lontani da casa”.

Il censimento delle possibilità abitative che viene qui fornito è un ottimo strumento di informazione e di consultazione, per trovare la soluzione più vicina alla sede del ricovero, più confortevole e, cosa che non guasta di questi tempi, più economica.

In Lombardia sono attivi ospedali di alta qualità. A Pavia, Brescia, Bergamo , solo per citarne alcuni con notorietà internazionale. Ma queste strutture sono casi isolati in quei territori. Generano una mobilità, talvolta legata a singoli reparti di eccellenza e, per lo più, non danno origine a gravi tensioni , sul comune di localizzazione, per le necessità di alloggio che causano.

A Milano gli ospedali di eccellenza sono decine. Qui si concentrano gli ospedali specialistici che sono i protagonisti della attrattività sanitaria. Ospedali come l' Istituto Neurologico Besta e l' Istituto Nazionale Tumori si trovano ad avere, in certi momenti, più del 50% dei ricoverati che vengono da lontano.

E' facilmente immaginabile la pressione sul territorio circostante che generano queste strutture con i parenti e malati che necessitano alloggio nei dintorni. Nel programmare nuove localizzazioni di certe realtà di cura occorre avere uno sguardo aperto non solo ai fattori tecnici, ma anche ai fattori di accoglienza che sono di un ordine di grandezza simile.

Se il fenomeno della mobilità sanitaria è insito in questo momento della nostra civiltà, è la qualità della medicina e la capacità di accoglienza della città, che danno un volto civile a questo mare di bisogni.

Regione di residenza	Regione di ricovero - Lombardia
Piemonte	213
Valle d'Aosta	1
Lombardia	11668
Veneto	69
Friuli Venezia Giulia	5
Liguria	43
Emilia Romagna	106
Toscana	26
Umbria	6
Marche	17
Lazio	17
Abruzzo	7
Molise	3
Campania	43
Puglia	32
Basilicata	10
Calabria	35
Sicilia	82
Sardegna	14
TOTALE RICOVERI	13403
Mobilità attiva	735 (5,5%)

Regione di residenza	Regione di ricovero - Lombardia
Piemonte	36
Valle d'Aosta	-
Lombardia	7706
Veneto	76
Friuli Venezia Giulia	3
Liguria	28
Emilia Romagna	95
Toscana	6
Umbria	3
Marche	7
Lazio	13
Abruzzo	5
Molise	1
Campania	23
Puglia	29
Basilicata	6
Calabria	28
Sicilia	29
Sardegna	5
TOTALE RICOVERI	8105
Mobilità attiva	399 (4,9%)

I PRESIDI OSPEDALIERI IN LOMBARDIA

I flussi di mobilità in entrata verso la Regione Lombardia possono essere analizzati anche nel dettaglio, prendendo in esame i dati relativi ogni singola Provincia. La domanda da porsi è: “Per quale motivo le persone vengono a curarsi in Lombardia?”. Le variabili sono molteplici e sono soggettive, tra queste alcune possono essere le seguenti:

- esistono dei centri di eccellenza ospedaliera, in cui operano professionisti riconosciuti ed affidabili. Questo elemento può influenzare la libera scelta del paziente che decide di farsi curare da uno specialista, ma può anche essere una necessità, nel momento in cui, il medico che si occupa di quella patologia è ubicato in un presidio lombardo;

- è una regione confinante con altre quattro regioni (ad Ovest con il Piemonte, a Sud con l’Emilia Romagna e ad Est con il Veneto ed il Trentino Alto Adige). Dato da sottolineare perché molti piccoli Comuni delle Regioni confinanti sono, in termini chilometrici, più vicini alle Province lombarde che a quelle della regione di residenza (si pensi alle Province di Varese, Pavia, Mantova e Brescia). Ciò significa che vi è un continuo scavallamento;

- vi è un'ampia offerta di mezzi di trasporto disponibili in diverse fasce orarie, accessibili economicamente e ben collegati con i centri urbani, se non addirittura con i centri ospedalieri;

- è la Regione del Nord Italia con il più alto PIL e ciò indica che nel tempo molte persone si sono trasferite in Lombardia in cerca di un'occupazione. Per quanto concerne la nostra ricerca, tale dato è da interpretare come possibilità, per il paziente, di avere parenti o amici residenti nel luogo di cura prescelto.

Le aree motivazionali rievocano quelle già illustrate dalla ricerca del CENSIS, ovvero quella della qualità dell'offerta, quella pratico-logistica e quella sicuramente della necessità, nei casi in cui la mobilità non sia una libera scelta.

I dati inviateci dalla Direzione della Sanità della Regione Lombardia fotografano il quadro della mobilità sanitaria relativo al 2010 sotto tre differenti profili. Il primo è quello che rispecchia il forte flusso proveniente dalle zone territorialmente limitrofe. La mobilità di confine segna che, dopo la città di Milano, le zone maggiormente interessate alla mobilità sanitaria sia in entrata sia in uscita, sono proprio le quattro Province confinanti con le altre Regioni. Una seconda analisi, rileva i dati relativi la scelta del presidio (se pubblico o privato) effettuata dai pazienti. Il 52,3% dei pazienti provenienti da altre regioni italiane ha prediletto gli ospedali privati, mentre il restante 47,7% ha optato per un ricovero presso un presidio pubblico. C'è da notare un caso particolare: Mantova. Causa la posizione geografica è stata condotta un'analisi più approfondita relativamente alla città di Mantova. Il collegamento autostradale e ferroviario non facilita l'accesso a questa Provincia che, infatti, risente di un flusso consistente di mobilità passiva. Tuttavia, essendo confinante con altre Regioni, anche il dato di mobilità in entrata non è da sottovalutare (il riquadro soprastante la segna come la quarta Provincia della Lombardia). I dati forniti dalla ASL Mantovana riportano che nell'anno 2011 c'è stato un flusso di mobilità in entrata di cittadini residenti in altre province lombarde pari a 3533 unità, mentre quelli provenienti da altre Regioni sono 11.117 (di cui 3.215 dalla Regione Veneto e 3.391 dalla Regione Emilia Romagna, dato che conferma il flusso di mobilità di prossimità).

	MOBILITÀ ATTIVA	MOBILITÀ PASSIVA
BRESCIA	12529	7888
MANTOVA	7368	11966
PAVIA	19204	7213
VARESE	7467	4825

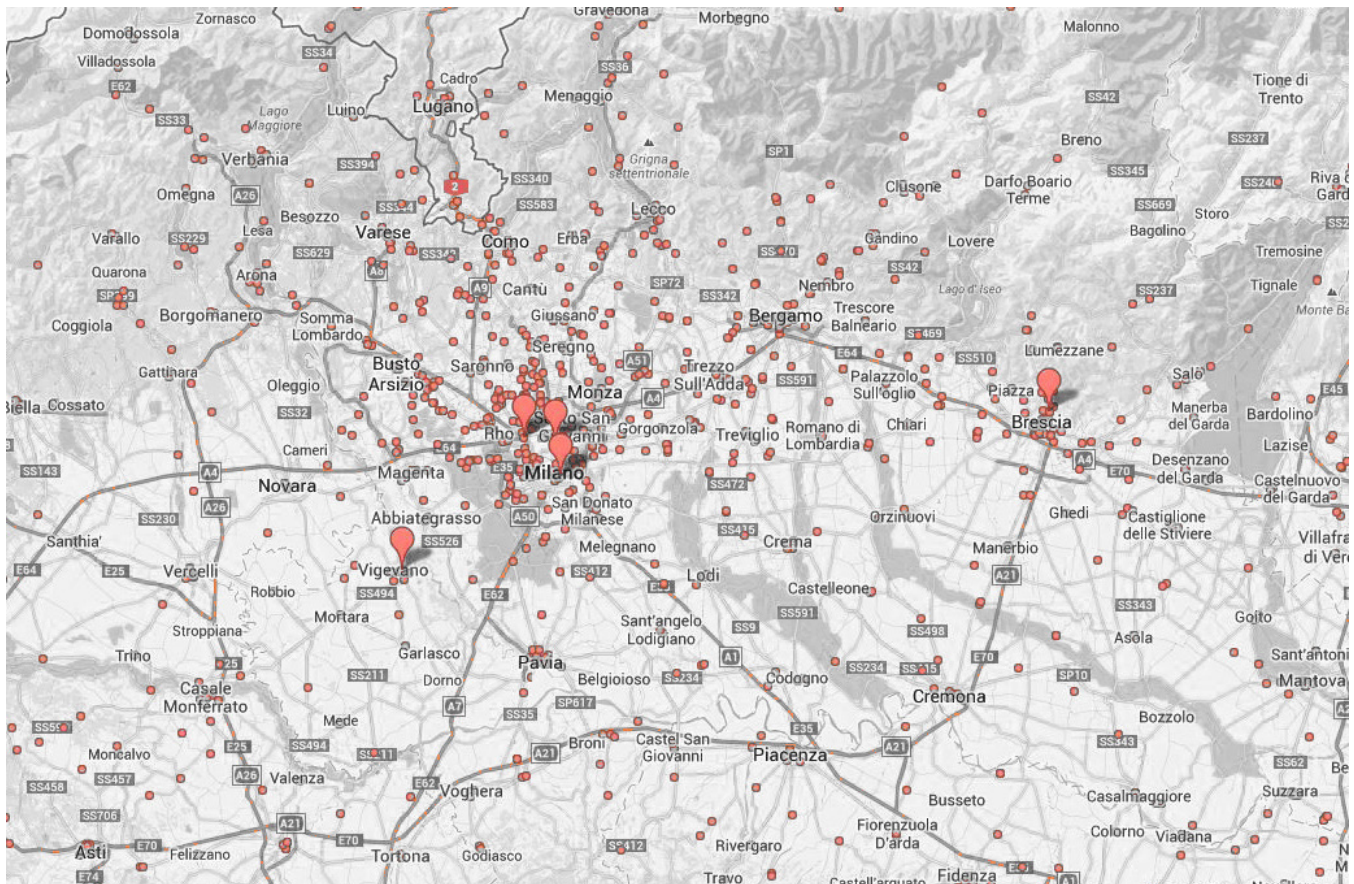


Tabella 8. Nel riquadro si riportano i dati delle Province maggiormente interessate al fenomeno della mobilità. I dati dettagliati sono contenuti nell'allegato A.

Img. 1 Distribuzione Presidi Ospedalieri in Lombardia.

Istituto Europeo di Oncologia di Umberto Veronesi	Istituto Nazionale dei Tumori di Milano
Istituto Nazionale Neurologico Carlo Besta	Ospedale Alessandro Manzoni di Lecco
Ospedale Bassini di Cinisello Balsamo	Ospedale Bolognini di Seriate
Ospedale Briolini di Gazzaniga	Ospedale Civile di San Giovanni Bianco
Ospedale dei Bambini Buzzi di Milano	Ospedale dei Bambini di Brescia
Ospedale di Angera	Ospedale di Asola
Ospedale di Broni - Stradella	Ospedale di Casorate Primo
Ospedale di Chiavenna	Ospedale di Cittiglio
Ospedale di Cremona	Ospedale di Desenzano del Garda
Ospedale di Gallarate	Ospedale di Gardone Val Trompia
Ospedale di Gavardo	Ospedale di Iseo
Ospedale di Lodi	Ospedale di Luino
Ospedale di Manerbio	Ospedale di Mantova
Ospedale di Mede	Ospedale di Melzo
Ospedale di Menaggio	Ospedale di Montichiari
Ospedale di Morbegno	Ospedale di Mortara
Ospedale di Piario	Ospedale di Pieve di Coriano
Ospedale di Somma Lombardo	Ospedale di Sondalo
Ospedale di Sondrio	Ospedale di Treviglio
Ospedale di Varese	Ospedale di Varzi
Ospedale di Vigevano	Ospedale di Voghera
Ospedale F.M. Passi di Calcinate	Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano
Ospedale Fatebenefratelli San Giuseppe di Milano	Ospedale Felice Villa di Mariano Comense
Ospedale Filippo Del Ponte di Varese	Ospedale Luigi Sacco di Milano
Ospedale Maggiore di Crema	Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
Ospedale Mellini di Chiari	Ospedale Melloni di Milano
Ospedale Niguarda di Milano	Ospedale Oglio Po di Casalmaggiore
Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo	Ospedale Pesenti Fenaroli di Alzano Lombardo
Ospedale Policlinico San Matteo di Pavia	Ospedale S. Antonio Abate di Cantù
Ospedale San Carlo di Milano	Ospedale San Gerardo di Monza
Ospedale San Leopoldo Mandic di Merate	Ospedale San Raffaele di Milano
Ospedale Sant'Anna di Como	Ospedale Santa Marta di Rivolta d'Adda
Ospedale SS. Capitanio e Gerosa di Lovere	Ospedale SS. Trinità di Romano di Lombardia
Ospedale Tribardi Pavoni di Orzinuovi	Ospedale Valduce di Como
Ospedali Riuniti di Bergamo	Policlinico di Monza

Degenza ordinaria		Bacino di utenza delle strutture per ospedale - Anno 2011			
		Resid. Altra ASL		Resid. Altra Reg.	
Ospedali Pubblici	Totale Casi >1g	Casi > 1g	%	Casi > 1g	%
901 Varese Osp. Circolo	19.860	1.357	7%	1.087	5%
902 Como Osp. Sant'Anna	17.456	1.150	7%	321	2%
903 Lecco Osp. Circolo	18.006	3.088	17%	636	4%
904 Sondalo E.O. Bormio E Sondalo	7.352	1.162	16%	415	6%
905 Bergamo Ospedali Riuniti	31.423	2.759	9%	1.347	4%
906 Brescia Spedali Civili	39.073	3.781	10%	1.921	5%
907 Mantova Osp. C.Poma	19.567	435	2%	971	5%
908 Cremona Istituti Ospitalieri	19.466	2.111	11%	1.425	7%
909 Monza Osp. S.Gerardo	20.263	4.567	23%	1.342	7%
910 Milano Osp. Fatebenefratelli	10.376	1.570	15%	743	7%
911 Milano Ist. Ortopedico G.Pini	10.160	3.371	33%	1.854	18%
912 Milano I.C.P.	2.611	652	25%	400	15%
913 Milano Osp. Niguarda	30.475	8.473	28%	3.122	10%
914 Milano Osp. S. Paolo	17.511	6.334	36%	741	4%
915 Milano Osp. S.Carlo	17.393	5.372	31%	488	3%
916 Milano Osp. Sacco	16.086	5.940	37%	816	5%
Sub Totale		52.122	18%	17.629	6%
922 Milano Ist. Nazionale Tumori	11.559	4.521	39%	4.245	37%
923 Milano Ist. Neurologico Besta	6.128	1.938	32%	3.312	54%
924 Pavia Osp. S.Matteo	29.699	4.812	16%	4.324	15%
925 Milano Fond. Irccs Policlinico	33.177	11.093	33%	2.448	7%
Sub Totale	80.563	22.364	28%	14.329	18%
	377.641	74.486	20%	31.958	8%
Totale Lombardia	1.214.496	240.384	20%	106.675	9%

Tabella 9 .Elenco maggiori ospedali Lombardi per mobilità sanitaria attiva.

LA MOBILITÀ SANITARIA A MILANO

I dati di mobilità sanitaria relativi le Province lombarde sono esigui rispetto ai flussi che si muovono sul Capoluogo di Regione. I dati inviateci dalla Direzione della Sanità della Regione Lombardia segnalano nel 2010 un totale di mobilità passiva di 22.347 ed un totale di mobilità attiva di 85.012, ripartita in regime ordinario (68.918) ed in regime di day hospital (16.094). (AllegatoA)

Che la città di Milano sia maggiormente attrattiva rispetto alle altre Province lombarde lo si capisce innanzitutto dall'offerta consistente e di qualità che propone. Numerosi sono gli ospedali di riferimento e tra questi addirittura spiccano più poli con la stessa specializzazione. A differenza delle altre città che puntano l'attrazione ospedaliera e la specializzazione su un unico ospedale di riferimento (Allegato C). La metropoli offre più possibilità di scelta per il paziente sia dal punto di vista prettamente sanitario, sia da quello logistico. Essendo il centro degli affari del nostro Paese, Milano è facilmente raggiungibile con ogni mezzo di trasporto e dispone di un sistema variegato di tipologie di alloggi.

La realtà ospedaliera Milanese si presenta ricca e variegata. Sono infatti presenti su tutto il territorio cittadino e nell'interland presidi ospedalieri che godono di fama Nazionale; è proprio questo

il motivo per cui ogni anno migliaia di persone giungono da fuori regione per curarsi presso uno di questi centri.



Mappa1. Mappatura principali ospedali Milanesi interessati da flussi di mobilità sanitaria.

I presidi, sparsi omogeneamente su tutta l'area, si dividono per tipologie: si trovano innanzitutto le aziende ospedaliere ossia quelle strutture di ricovero adibite anche a prestazioni specialistiche, si collocano in questa categoria gli ospedali più riconosciuti e famosi quali Niguarda e Fatebenefratelli; vi sono poi le case di cura che svolgono le medesime prestazioni ma che sono di statuto privato; a queste si aggiungono gli istituti di ricerca e cura che si dividono a loro volta in pubblici e privati, tra cui si annovera L'IRRCIS istituto Nazionale dei Tumori; ci sono infine gli ospedali classificati ossia quei presidi che dispongono di una conduzione religiosa (attuale o di origine).

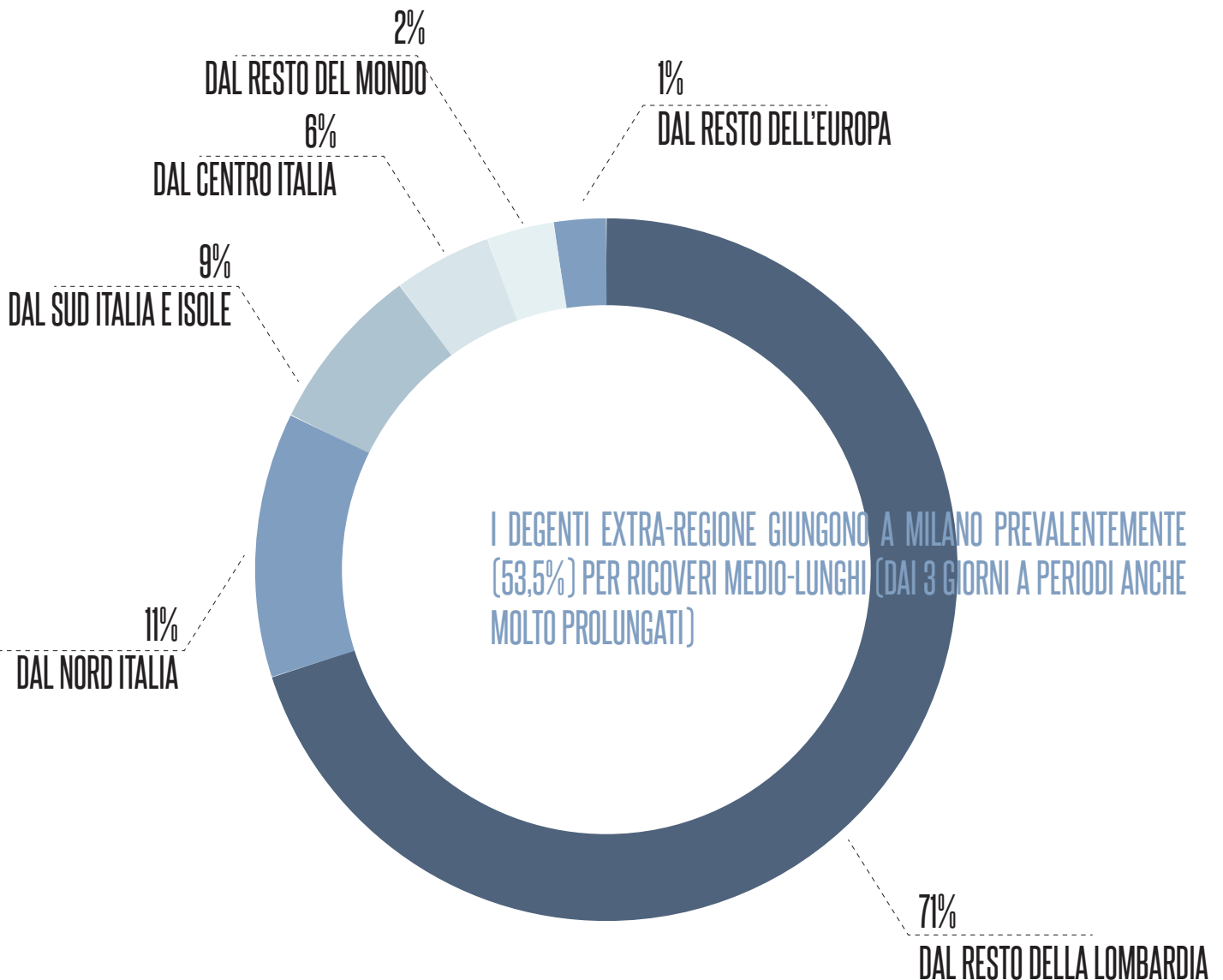
Il primo ospedale che si ricorda è quello del Brolo, non il primo in assoluto ma al servizio dell'intera città: era il 1158, quattro anni prima della resa al Barbarossa, e funzionò per oltre tre secoli. Cedette il suo ruolo primario dopo il 1456 alla Ca' Granda che divenne, per incorporazioni di altre opere benefiche, per lasciti e donazioni, una delle più importanti istituzioni milanesi. L'antica denominazione è ancora portata dall'ospedale di Niguarda.

Attualmente il sistema sanitario a Milano, come in tutto il paese, non dipende più dall'autorità locale ma è di competenza della regione, che agisce sul territorio tramite le aziende sanitarie locali. Il sito ufficiale della regione Lombardia registra a Milano 31 ospedali, tra pubblici e convenzionati, specialistici o generali che coprono a 360° le patologie previste dai protocolli nazionali e a essi ricorrono sovente pazienti provenienti da altre regioni.

La sanità lombarda è tra quelle "virtuose", che non hanno cioè deficit di bilancio. Tra gli ospedali sono diversi quelli che appartengono alla categoria degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, IRCCS. Ricordiamo l'Istituto Nazionale Neurologico Carlo Besta e la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Istituto Europeo di Oncologia, l'Istituto ortopedico Gaetano Pini e il Centro Cardiologico Monzino tra quelli specialistici. L'Ospedale Maggiore di Milano, l'Ospedale Niguarda Ca' Granda, l'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico e l'Istituto scientifico universitario San Raffaele tra quelli a indirizzo generale. Accanto alla cura caritatevole degli ammalati, la filantropia milanese si è fatta carico, nel tempo, di fondare e sostenere istituzioni diventate poi storiche e familiari nel panorama sociale cittadino per l'assistenza ai vecchi e agli orfani: la Baggina, i Martinitt e le Stelline: caratteristica delle tre iniziative era il fatto che i beneficiari dovessero, nelle loro possibilità, praticare o imparare un mestiere per mantenere o crearsi la dignità personale.

Nello specifico, dai dati raccolti risulta che i degenti non residenti nel comune di Milano e ricoverati ogni anno nell'insieme delle strutture sanitarie milanesi risultano nel complesso circa 280.530.

Di questi, circa 200.000 provengono dal resto della Lombardia, di cui una buona parte dall'hinterland milanese. Degli oltre 80.000 degenti provenienti da fuori



Lombardia:

- più di un terzo (37%) proviene da altre regioni nel Nord Italia;
- un terzo circa da regioni del Sud e dalle Isole (33,4%);
- il 20% dalle regioni del Centro;
- mentre un 10% circa del flusso è generato da degenti stranieri. Una dinamica di flusso che, per certi aspetti, corrisponde e riflette la più generale situazione sanitaria del paese e il disomogeneo distribuirsi delle strutture di eccellenza presenti sul territorio nazionale.

Tale andamento trova infatti riscontro nei dati del rapporto del Ministero della Salute si nota come il saldo tra pazienti “immigrati” ed “emigrati” è: positivo per le regioni del Nord ad eccezione del Piemonte e della Valle d’Aosta sostanzialmente positivo per le regioni del centro decisamente negativo per le regioni del Sud e delle Isole. La Lombardia è in testa nel saldo positivo per ricoveri extra Regione. la maggior parte dei ricoveri è generata, come prevedibile, da persone adulte

(65%), seguite da quelle anziane (24%) non si rilevano scarti significativi su tali variabili tra i degenti Lombardi e quelli provenienti da altre regioni eccezione fatta per le degenze di bambini compresi nella fascia di età 0-5 anni.

Il 55,5% dei ricoveri è prodotto da pazienti provenienti dalla Lombardia che ricevono prestazioni sanitarie in regime di day hospital o pari a due giorni (ricoveri brevi). I degenti extra-regione giungono invece a Milano prevalentemente (53,5%) per ricoveri medio-lunghi (dai 3 giorni a periodi anche molto prolungati per attività di riabilitazione). Nel complesso si rileva che circa due terzi (76%) dei ricoverati

	Degenti A	ccompagnatori (Ipotesi: 1/0,7)	Accompagnatori (Ipotesi: 1/1,5)
Totale Annuo	280.531	196.372	420.796
Regione Lombardia (Extra Milano)	200.058	140.041	300.087
Altre Regioni	80.473	56.331	120.709

ha tempi di degenza che “costringono” i propri accompagnatori a rimanere in città per almeno una notte. Gran parte dei degenti provenienti da extra-regione (di cui gli intervistati sono accompagnatori) possono definirsi “Pendolari” della salute, dovendo in oltre i 2/3 dei casi ritornare a Milano per motivi legati alla propria condizione di salute. Tale dato, unito a quello relativo ai 200.000 degenti circa residenti in Lombardia che annualmente giungono in città per motivi di salute, delinea un **pendolarismo sanitario** verso il capoluogo lombardo importante da considerare, nella prospettiva di una messa a punto di servizi recettivi e di accoglienza ad hoc.

Dai dati raccolti si è stimato che il rapporto medio degente/accompagnatore è compreso all'interno del range: 1/0,7 – 1/1,5. Ciò ha permesso di calcolare le seguenti dimensioni. Il flusso stimato di accompagnatori provenienti da extra regione risulta dunque compreso tra **56.330 e 120.710** casi (valori arrotondati) di cui 42.810 – 91.740 (76% del totale) accompagnatori di degenti italiani extra-regione la cui permanenza in città è uguale o superiore a due giorni (pernotano almeno una notte). Detto ciò, quali sono le scelte di alloggio degli accompagnatori? La scelta del pernottamento è orientata all'insegna del maggiore risparmio. I soggetti tendono, quando è possibile, a farsi ospitare da parenti e amici che vivono a Milano (1/3 circa del campione)

soggiornare presso Case di Accoglienza o dormire in un letto accanto al degente (1/3 circa). Per quanto molte volte parenti e conoscenti non abitino neppure a Milano (ma nel suo hinterland o in provincia), si preferisce comunque optare

per tale soluzione anche se più scomoda, non solo perchè innanzitutto è una soluzione di alloggio gratuita ma anche perché si connota come una sistemazione più “accogliente” sul piano affettivo ed emozionale (configurandosi spesso come occasione di incontro o provvisorio ricongiungimento familiare), anche in considerazione della situazione di stress che gli accompagnatori dei degenti generalmente vivono. Tale soluzione costituisce, talvolta, “il punto di appoggio” per prima notte dopo la quale ci si attiva alla ricerca di un’altra sistemazione. Rientrano nella categoria case di accoglienza: le case di accoglienza, le case famiglia, i convitti (21%): per lo più gestite da volontari religiosi o non. Esempi più citati: la Casa Teddy della Croce Rossa e la Casa Amica; permettono di usufruire di alcuni servizi, considerati come benefit rilevanti da parte degli intervistati, tra i quali: uso della cucina (30%); possibilità di lavare i propri indumenti (24%); disponibilità di biancheria pulita (26%) o di presenza di un parcheggio interno (13%), enfatizzato come un importante plus a Milano. Queste strutture offrono quindi un servizio ricettivo che considera i bisogni dell’accompagnatore del degente in una prospettiva olistica. Rientrano invece nella categoria “alloggi e strutture ricettive tradizionali” gli alberghi e i residence utilizzati, nel complesso, dal 31% circa degli intervistati. Vengono scelti prevalentemente hotel a 2 stelle o 3 stelle, mentre molto meno i residence in quanto richiedono in genere un minimo di giorni di permanenza (5 o 6), fattore spesso non prevedibile al momento dell’arrivo. La spesa media per il pernottamento presso un hotel o un residence sostenuta dal campione di intervistati è di circa 80 euro a notte. Tale costo, se pur non elevatissimo in termini assoluti, può tradursi in un onere decisamente pesante per chi deve permanere in città per tempi prolungati legati alla lungodegenza del familiare.

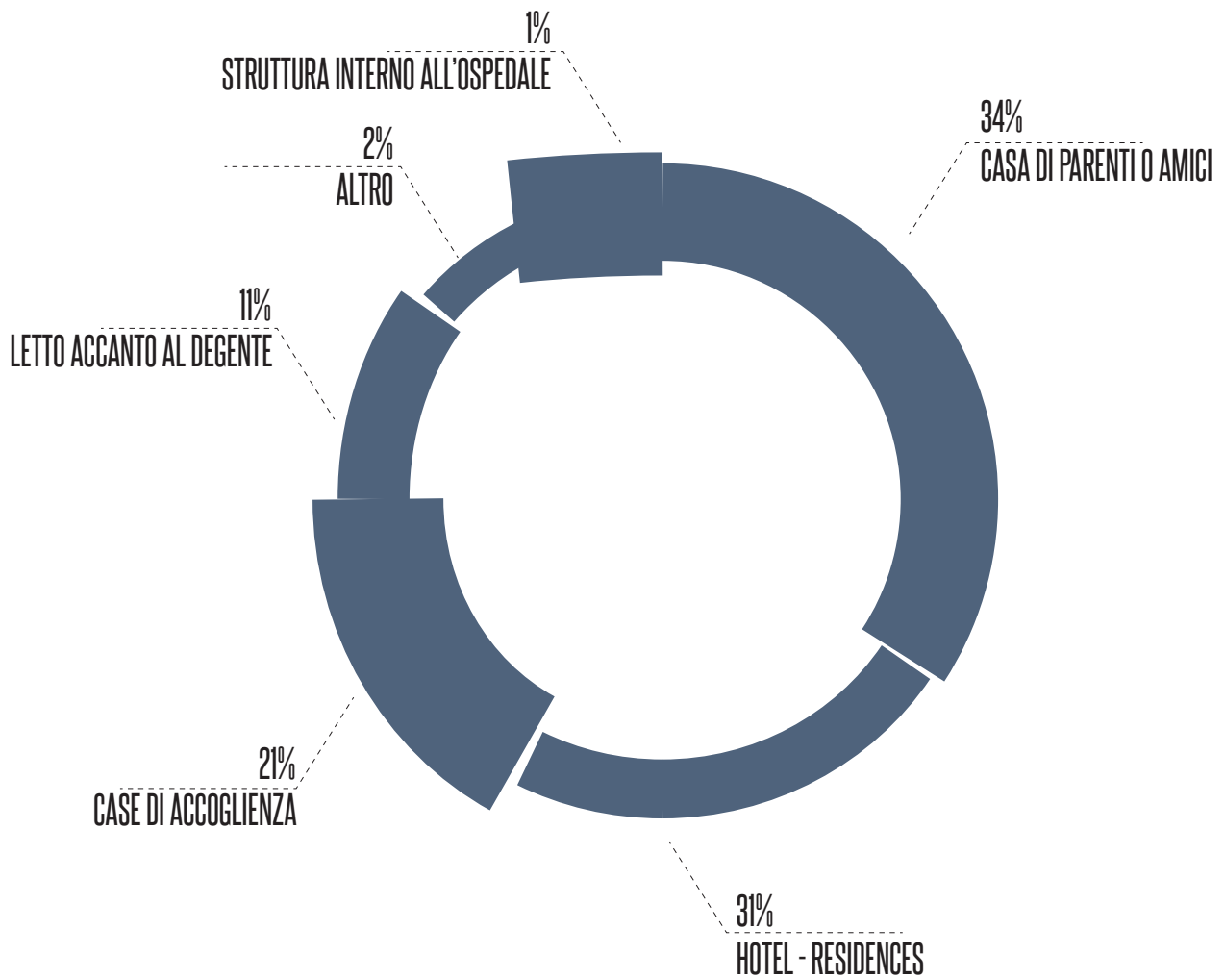


Grafico 19 – La scelta di alloggio degli accompagnatori

A casa lontani da casa

Sesto S. Giovanni	via	Matteotti	83	20900	Sesto S. Giovanni	MI
Milano	via	Castelvetro	32	20154	Milano	MI
Milano	via	Macedonio Melloni	52	20129	Milano	MI
Cinisello Balsamo	via	Gorki	50	20092	Cinisello Balsamo	MI
Milano	via	Jommelli	17	20131	Milano	MI
Monza	via	Amati	111	20900	Monza	MB
Milano	via	Nava	31	20159	Milano	MI
Milano	via	San Vittore	12	20123	Milano	MI
Milano	via	Pio II	3	20153	Milano	MI
Monza	via	Pergolesi	33	20900	Monza	MB
Milano	corso	Porta Nuova	33	20121	Milano	MI
Milano	via	A. Ferrari	1	20122	Milano	MI
Milano	piazza	Ospedale Maggiore	3	20162	Milano	MI
Milano	via	A. Di Rudini	8	20142	Milano	MI
Milano	via	G.B. Bassi	74	20157	Milano	MI
Milano	via	Venezian	1	20133	Milano	MI
Milano	via	Celoria	111	20133	Milano	MI
Milano	via	F. Sforza	35	20122	Milano	MI
Milano	via	Carlo Parea	4	20138	Milano	MI
Milano	via	Olgettina	60	20132	Milano	MI
Milano	via	Ripamonti	435	20141	Milano	MI
Rozzano	via	Manzoni	56	20089	Rozzano	MI
Milano	via	R. Galeazzi	4	20161	Milano	MI
S. Donato M.le	piazza	E. Malan	4	20097	S. Donato Milanese	MI
Sesto S. Giovanni	via	Milanese	300	20099	Sesto S. Giovanni	MI
Milano	via	Bignami	1	20126	Milano	MI

ALLEGATI

PAVIA

Ospedale di riferimento
Policlinico San Matteo

<http://www.sanmatteo.org/site/home.tml>
Viale Golgi 19 – 0382.5011

Associazioni di volontariato segnalate dall'ospedale (elenco aggiornato al 24/08/2012)

ABIO – Associazione per il bambino in ospedale S.C. Pediatria, IRCCS San Matteo,
Viale Golgi 19 – 0382. 5011

A.G.A.L. - Associazione genitori e amici del bambino leucemico S . C .
Pediatria, Policlinico San Matteo, Viale Golgi 19 – 0382.502548

A.G.D. - Associazione aiuto giovani diabetici S.C. Pediatria, Policlinico San Matteo,
Viale Golgi 19 – 0382.23394

A.I.D.O – Associazione Italiana Donatori Organi S.C. Oculistica, Policlinico San Matteo

Viale Golgi 19 – 0382.503738

AVULSS - Associazione dei Volontari nelle Unità Locali dei servizi Socio-Sanitari

Via Menocchio 10 – 0382.21298

AIUTIAMOCI Pavia

Via S.Allende 24/c – 0382.574956

BABELE ONLUS

V.le Campari 62/c – 0382.460199

C.A.V. - Centro pavese di accoglienza alla vita

Via Menocchio 10

Case segnalate dall'ospedale):

AEP - Associazione amici dell'ematologia Onlus

Corso Cavour 18 – 0382.24415

AGAL - Associazione genitori e amici del bambino leucemico

Viale Golgi 2 – 0382.502548

ANPO – Associazione Nazionale Prevenzione Oncologica

Via Monferrato 9 – 0382.529684

CARITAS

Via XX Settembre 38b – 0382.22084

Diocesi di Pavia – Casa della carità

Via Pedotti 14 – 0382.23138

Gruppo Emmaus Onlus

Via Leona

35, Via Digione 7, Via Colesino 14 – 0382.302543

Ostello Santa Maria in Betlem

Via Pasino 7

Parrocchia della Sacra Famiglia – casa di accoglienza
Via Ludovico il Moro 1 – 0382.575381

Parrocchia del SS. Crocifisso – Casa Betania
Via Suardi 6 – 0382. 471040

Fondazione Barbara Fanny Facchera Onlus – Residenza Fanny
Viale Brambilla 70/D – 0382.525222

Suore Missionarie Immacolata Regina Pacis
Viale Golgi 49 – 0382.525719

MANTOVA

Ospedale di riferimento

Azienda Ospedaliera Carlo Poma http://www.aopoma.it/lay_home.php?IDCategoria=1

Strada Lago Paiolo 10 – 0376.2011

Associazioni di volontariato segnalate dall'ospedale

ABEO - Associazione Bambino Emopatico Oncologico Onlus V i a l e
Albertoni 1, presso Azienda Ospedaliera Carlo Poma – 0376.288754

ABIO – Associazione per il Bambino in Ospedale
Viale Albertoni 1, presso Azienda Ospedaliera Carlo Poma – 328.4452880

ADPM – Associazione Diabetici Provincia di Mantova
Viale Albertoni 1, presso Azienda Ospedaliera Carlo Poma – 0376.657211

AIDO – Associazione Italiana Donatori Organi Tessuti e Cellule
Via Frutta 1 – 0376.223001

AILAR – Associazione Italiana Laringectomizzati
Via Susani 17/b – 347.5886460

AIPA – Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati
Viale Albertoni 1, presso Azienda Ospedaliera Carlo Poma – 0376.201387

ALIR- Associazione Lotta Contro l'Insufficienza Respiratoria
Via Susani 17/b – 0376.362990

ANDOS – Associazione Nazionale Donne Operate al Seno
Viale Albertoni 1, presso Azienda Ospedaliera Carlo Poma – 0376.221960

Associazione Archè Via L.B. Alberti 15 – 0376.781899

Associazione Volontari Domiciliari Via Conciliazione 5A – 0376.326144

AVIS – Associazione Volontari Italiani Sangue
Viale Albertoni 1, presso Azienda Ospedaliera Carlo Poma – 0376.364944

AVO – Associazione Volontari Ospedalieri
Viale Albertoni 1, presso Azienda Ospedaliera Carlo Poma – 0376.201937

AVULSS - Associazione dei Volontari nelle Unità Locali dei servizi Socio-Sanitari
Piazza San Leonardo 1bis – 338.1077673

Cuore Amico
Viale Albertoni 1, presso Azienda Ospedaliera Carlo Poma – 0376.360659

Oltre la siepe Onlus
Viale Albertoni 1, presso Azienda Ospedaliera Carlo Poma – 0376.201535

UILDM – Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare
Via Bachelet 8A – 0376.270533

VARESE

Ospedale di riferimento

Ospedale di circolo <http://www.ospedalivarese.net/ospedali/circolo-varese/>

Viale Borri 57 – 0332.278111

ANDOS – Associazione Nazionale Donne Operate al Seno

Via Maspero 10 – 0332.284502

AVO – Associazione Volontari Ospedalieri

Viale Borri 57, presso Ospedale di Circolo – 0332.810376

AVULSS – Associazione dei Volontari nelle Unità Locali dei servizi Socio-Sanitari

Località Canonica 3, Brezzo di Bedero (VA) – 0332.507038

CVV – Coordinamento Volontariato Varese

Via Maspero 20 – 0332.232575

I Colori del Sorriso Onlus

Via Dante Alighieri 18, Gazzada Schianno (VA) – 347.5479320

La Gemma Rara

Viale Borri 57, presso Ospedale di Circolo – 0332.393007

Mysotis Onlus

virgilio.it

Viale Borri 57, presso Ospedale di Circolo – mysotis.onlus@

Sulle Ali Onlus

Viale Borri 57, presso Ospedale di Circolo – 0332.278554

Varese per l'oncologia, l'oncologia per Varese

Viale Borri 57, presso Ospedale di Circolo – 0332.393044

MILANO

Casa Fatima – Fondazione San Carlo Onlus

Piazza dell'Assunta, 1 – 20141 Milano

Per prenotazioni:

Tel. 02.55249990 – 02.55230038

Sig.ra Concetta Sauro

Orari segreteria: 8.30 – 22.00

Email: casafatima@fondazionescarlo.it

Sito associazione: www.fondazionescarlo.it

Istituto La Casa Reparto Ospitalità

Via Lattuada Serviliano, 14 – 20135 Milano

Per prenotazioni:

Tel. 02.55187310

Orari segreteria: 6.30-24.00

Email: accoglienza@istitutolacasa.it

Sito: www.istitutolacasa.it

CasAmica (Sant'Achilleo Bambini)

Via Sant'Achilleo 4 – 20133 Milano

Per prenotazioni:

Centro Unico Prenotaz.: Tel.02.71040296

oppure Tel. 02.36577457

Sig. Enrico Ponzoni

Orari segreteria: lun-ven 8.30-12.30/14.30-17

Email: segreteria@casamica.it

Sito dell'associazione: www.casamica.it

Croce Rossa Italiana Casa di Teddy

Via Generale Mac Mahon, 2 – 20155 Milano

Per prenotazioni:

Tel. 02.311888

Sig.re Raffaella e Pinuccia

Orario segreteria: lun-sab 7.00 – 20.00

Email: cl.locale@cri.it

Sito: www.crimilano.it

Associazione Cilla – Casa di Accoglienza Veronica Brioschi

Via L. V. Beethoven 2/4 – 20900 Monza (MB)

Per prenotazioni:

Tel. 348.5297911

Orari segreteria: lun-ven 16.30 – 20.30

Sito: www.cilla.it

CasAmica (Saldini)

Via Cesare Saldini 26 – 20133 Milano

Per prenotazioni:

Centro Unico Prenotaz.: Tel. 02.71040296

oppure Tel. 02.70103588

Sig.ra Maricarmen Torres

Orari segreteria: lun-ven 8.30-12.30/14.30-17

Email: segreteria@casamica.it

Sito dell'associazione: www.casamica.it

AIL – Associazione Italiana Leucemie Milano e Provincia (Gardone)

Via Gardone 25 – 20139 Milano

Per prenotazioni (previo incontro preliminare):

Tel. 02.76015897

Sig.ra Matilde Cani

Orari segreteria: lun-ven 9.00 – 18.00

Email: matilde.cani@ailmilano.it

Sito dell'associazione: www.ailmilano.it

Casa di Accoglienza San Pietro in Sala

P.zza Wagner 2 – 20145 Milano

Per prenotazioni:

Tel. 333.1580509

Sig.ra Carola Gneccchi Ruscone

Orario segreteria: lun-ven 10.00 – 20.00

Domus Dei Case di Accoglienza Onlus (Segrate)

Via Monzese, 14 – 20090 Segrate (MI)

Per prenotazioni:

Tel. 348.465219 – Sig. Beppe Resteghini

Email: acernigliaro@gmail.com

Orario segreteria: 9.00 – 19.00

Email Associazione: info@domusdeionlus.it

Sito Associazione: www.domusdeionlus.it

Associazione Progetto Accoglienza Parrocchia San Leone Magno

Via Carnia, 12 – 20132 Milano

Per prenotazioni:

Tel. 02.2829147

Orario segreteria: lun-ven 16.00 – 18.00

Email: segreteria@casaccoglienza.it

Sito: www.casaccoglienza.it

Pio Istituto di Maternità Onlus (Termopili)

Via Termopili, 7 - 20127 Milano

Per prenotazioni:

Tel. 02.87078606

Sig.ra Stefania Bagini e Sig.ra Paola Fruscio

Orario segreteria: lun-ven 9.00 – 14.00

Email: info@pioistitutodimaternita.it

Sito: www.pioistitutodimaternita.it

Gruppi di Volontariato Vincenziano – Casa di Accoglienza Poma

Via Carlo Poma, 30 – 20129 Milano

Per prenotazioni:

Tel./Fax 02.7492550

Sig.ra Roberta Premoli e Suor Angela Aglioni

Orario segreteria: 8.00 – 20.00

Email: areaservizi@gvv.milano.it

sito: www.gvv.milano.it

Pio Istituto di Maternità Onlus (Baldinucci)

Via Filippo Baldinucci, 13 - 20158 Milano

Per prenotazioni:

Tel. 02.87078606

Sig.ra Stefania Bagini e Sig.ra Paola Fruscio

Orario segreteria: lun-ven 9.00 – 14.00

Email: info@pioistitutodimaternita.it

Sito: www.pioistitutodimaternita.it

Suore Figlie della Chiesa

Via Priv. Elemosinieri 8 – 20127 Milano

Per prenotazioni:

Tel. 02.26826886

Suor Mariagrazia

Orari segreteria: 8.00-20.00

Email: milanovirgopotens@figliedellachiesa.org

Sito: www.figliedellachiesa.org

Oasi di San Francesco

Via Arzaga, 23 – 20146 Milano

Per prenotazioni:

Tel. 02.416318 – 02.416319

Padre Alvaro Morichetti – Sig.ra Chiara

Orario segreteria: lun-ven 9.30-12 / 16.30-18

Email: info@oasiaccoglienza.it

Sito: www.oasiaccoglienza.it

Casa di Accoglienza San Protaso

Viale Murillo 14 – 20149 Milano

Per prenotazioni:

Tel. 02.4980127 – Sig.ra Gamba

Tel. 02.4039065 – Sig.ra Bianchi

Tel. 02.48709154 – Sig.ra Carbonini

Tel. 02.48703292 – Sig.ra Quaretti
Orario segreteria: 8.00 – 20.00

LILT Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori – Sez. Prov. di Milano
Via Giacomo Venezian, 1 – 20133 Milano
Per prenotazioni:
Tel. 02.49521 – Fax 02.2663484
Sig.ra Enrica Raiola e Sig.ra Daniela Iacono
Orari segreteria: lu-ve 9.00-13.30/14.30-17.00
Email: assistentsociali@legatumori.mi.it
Sito: www.legatumori.mi.it

Associazione Fraternità di Misericordia Punto Amico
Via Conte Suardi, 20 – 20090 Segrate (MI)
Per prenotazioni:
Tel. 333.9928308
Sig.ra Sara
Orari segreteria: lun-ven 9-12.30 /14.30-18.30
Mail: amministrazionemisericordiasegrate.org
Sito: www.misericordiasegrate.org

Orizzonti (Ovada)
Via Ovada 3, 20142 Milano
Per prenotazioni:
Tel. 02.8392722 – 338.9656915
Sig.ra Gianna Maggi
Tel. 339.5965116 – Sig.ra Loredana Rossi
Tel. 333.1637080 – Sig.ra Mariuccia Inverardi

Angelus Parrocchia San Michele e Santa Rita
Via dei Cinquecento, 1 – 20139 Milano
Per prenotazioni:
Tel. 334.9114025
Sig.ra Gabriella
Orari segreteria: 9.00-11.00 / 16.00-18.00
Email: gabriella@psmsr.it

AIL – Associazione Italiana Leucemie Milano e Provincia (G.Modena)
Via Gustavo Modena 21 – 20129 Milano
Per prenotazioni (previo incontro preliminare):

Tel. 02.76015897
Sig.ra Matilde Cani
Orari segreteria: lun-ven 9.00 – 18.00
Email: matilde.cani@ailmilano.it
Sito dell'associazione: www.ailmilano.it

ANVOLT Associazione Nazionale Volontari Lotta Contro i Tumori
Via Privata Ponale, 66 – 20162 Milano
Per prenotazioni:
Tel. 02 6880748 – Tel./Fax 02 64442151
Sig.ra Luminita Andreescu e Sig.ra Monica
Orari segreteria: lun-ven 9.00 – 17.00
Email: l.andreescu@anvolt.org

Casa di Accoglienza Effatà (Apriti) Onlus
Via della Guasta 1 – 20090 Vimodrone (MI)
Per prenotazioni:
Tel 333.6648592
Email: riporri@libero.it

CasAmica (Fucini)
Via Renato Fucini 3 – 20133 Milano
Per prenotazioni:
Centro Unico Prenotaz.: Tel. 02.71040296
oppure Tel. 02.70633719
Sig.ra Luisa Palomba
Orari segreteria: lun-ven 8.30-12.30/14.30-17
Email: segreteria@casamica.it
Sito dell'associazione: www.casamica.it

Casa di Accoglienza Madonna di Loreto Parrocchia SS. Redentore
Via Giovanni P. da Palestrina, 5, Milano
Per prenotazioni:
Tel. 02.6690655
Sig.ra Rosa Scotti e Sig. Paolo Raffone
Orari segreteria: lun-ven 8.30-12.00
Mail: graziella.giacconi@parrocchiaredentore.it
Sito: www.parrocchiaredentore.it
Casa di Accoglienza Betania Parrocchia San Giuseppe
Via XX Settembre, 74 – 20099 Sesto San Giovanni (MI)

Associazione Cuore Fratello Onlus (I Maggio)
Via 1° Maggio, 7/T – 20097 S. Donato Milanese (MI)
Per prenotazioni:
Tel. 02.87384044
Orari segreteria: 9.30 – 17.00
Sito: www.cuorefratello.org

Orizzonti (Faenza)
Viale Faenza 1, 20142 Milano
Per prenotazioni:
Tel. 02.8392722 – 338.9656915
Sig.ra Gianna Maggi
Tel. 339.5965116 – Sig.ra Loredana Rossi
Tel. 333.1637080 – Sig.ra Mariuccia Inverardi

Associazione Marta Nurizzo
Via Ginestrino 13, 20093 Cologno Monzese (MI)
Per prenotazioni:
Tel. numero verde 800-903609
Orari segreteria: lun-ven 9-11 (segret.tel.sempre attiva)
Email: list@martalive.org
Sito: www.martalive.org

Casa di Accoglienza Alberto Monte Parrocchia Maria Immacolata
V. Rossini, 8/A – 20090 Pieve Emanuele (MI)
Per prenotazioni:
Tel. 348.3161185
Sig. Pelliccione – ore pasti

Orizzonti (Teramo)
Via Privata Teramo 21, 20142 Milano
Per prenotazioni:
Tel. 02.8392722 – 338.9656915
Sig.ra Gianna Maggi
Tel. 339.5965116 – Sig.ra Loredana Rossi
Tel. 333.1637080 – Sig.ra Mariuccia Inverardi

Associazione Cuore Fratello Onlus (Morandi)
Via Rodolfo Morandi 11 – 20097 S. Donato Milanese (MI)
Per prenotazioni:

Tel. 02.87384044
Orari segreteria: 9.30 – 17.00
Sito: www.cuorefratello.org

Casa Albergo Don Mezzanotti
Via Fogagnolo, 29 – 20099 Sesto San Giovanni (MI)
Per prenotazioni:
Tel. 02.2401806 – 02.24410224
Sig. Francesco
Orari di segreteria: 9.00 – 17.30
Email: casadonmezzanotti@fondazione-scarlo.it
Sito: www.fondazione-scarlo.it

Associazione PROMETEO Onlus – Casa Prometeo
Via Giacomo Venezian, 1 – 20133 Milano
Per prenotazioni:
Tel. 02.23982685 – Cell. 327.5743974
Sig.ra Paola Cito
Orari segreteria: lun-ven 9.00-13.00
Email: casaprometeo@istitutotumori.mi.it
Sito: www.onlusprometeo.org

Domus Dei Case di Accoglienza Onlus (Milano)
Viale Papiniano, 49 – 20123 Milano
Per prenotazioni:
Tel. 333.2959890
Sig.ra Nicoletta Torchiana
Orario segreteria: lun-ven 16.00 – 19.00
Email: info@domusdeionlus.it
Sito Associazione: www.domusdeionlus.it

Casa Accoglienza Baggio (Arpino)
Via Arpino, 11 – 20153 Milano
Per prenotazioni:
Tel. 340.2493959
Sig.ra Ornella
Orario segreteria: 9.00 – 19.00
Email: casaaccoglienzabaggio@gmail.com

Domus Dei Case di Accoglienza Onlus (Bresso)

Via Roma, 16 – 20091 Bresso (MI)
Per prenotazioni:
Tel. 02.6105630
Sig.ra Maria Luisa Savino
Orari segreteria: 9.00 – 18.00
Email: info@domusdeionlus.it
Sito Associazione: www.domusdeionlus.it

Casa di Accoglienza San Carlo
Via Volturno 38 – 20900 Monza (MB)
Per prenotazioni:
Tel. 340.5366430
Orari segreteria: tutti i giorni 14.00-16.00 (festivi compresi).
Email: casaaccoglienzamb@libero.it

Casa Accoglienza Baggio (Apollinare)
P.zza S. Apollinare, 7 – 20152 Milano
Per prenotazioni:
Tel. 340.2493959
Sig.ra Ornella
Orario segreteria: 9.00 – 19.00
Email: casaaccoglienzabaggio@gmail.com

Pensionato Belloni
Viale Fulvio Testi, 285 – 20162 Milano
Per prenotazioni:
Tel. 02.66100974
Sig. Antonios Keyrouz
Orari segreteria: 9.00-13.00/14.00-18.00
Email: pensionatobelloni@fondazioneescarlo.it
Sito: www.fondazioneescarlo.it

CasAmica (Sant'Achilleo)
Via Sant'Achilleo 4 – 20133 Milano
Per prenotazioni:
Centro Unico Prenotaz.: Tel.02.71040296
oppure Tel. 02.76114720
Sig. Enrico Ponzoni
Orari segreteria: lun-ven 8.30-12.30/14.30-17
Email: segreteria@casamica.it

Sito dell'associazione: www.casamica.it

AIL – Associazione Italiana Leucemie Milano e Provincia (Forze Armate)

Via Forze Armate 353 – 20152 Milano

Per prenotazioni (previo incontro preliminare):

Tel. 02.76015897

Sig.ra Matilde Cani

Orari segreteria: lun-ven 9.00 – 18.00

Email: matilde.cani@ailmilano.it

Sito dell'associazione: www.ailmilano.it

Casa di Accoglienza Villa Lorena

Via Gorizia, 99 – 20021 Baranzate (MI)

Per prenotazioni:

Tel. 340.1138655

Don Paolo Steffano

Email: casadiabramo@gmail.com

Sito: www.larotonda.org

Pensionato Suore del Preziosissimo Sangue

Via P.Placido Riccardi, 5 - 20132 Milano

Per prenotazioni:

Tel. 02.2593344

Suor Emma Ballabio

Orario segreteria: 8.00 – 20.00

Email: comunitasuore.mi@preziosine.it

oppure amministrazione.mi@preziosine.it

Associazione Caritas Cittadina San Giuliano

Via Fratelli Magri, 3 – 20098 S. Giuliano Milanese (MI)

Per prenotazioni:

Tel. 338.4774465

Sig. Paolo Brambilla

Email: bpaolo.sociali@tiscali.it oppure

caritas@buzionline.eu

Caritas Casa Shalom

Via Bonvesin de la Riva, 2 – 20129 Milano

Per prenotazioni:

Tel. 02 7383971

Sig.ra Laura Pavese.

Orari segreteria: mar e gio 9.00 – 11.00

Email: caritas@parrocchiadelsuffragio.it

BERGAMO

Associazione Amici

Traumatizzati Cranici

AATC Svolge un servizio socio-assistenziale e di trasporto di persone con disabilità legata al trauma. Supporta il Centro Unità

Speciale di Mozzo per gravi cerebrolesi.

Via Rampinelli, 7

24126 Bergamo

Cell. 338-2247895

Tel. 035-311793

Tel e fax:

035-4823070

aatc@libero.it

www.aatcbergamo.it

Associazione per il bambino in ospedale

ABIO c/o U.O. di Chirurgia Pediatrica

A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo, Largo Barozzi, 1

24128 Bergamo

Tel. 035-261862
035-266472
abiobergamo@abiobergamo.1
91.it
www.abio.org

Associazione Cardio Trapiantati
Italiani Via Fiume, 2
24050 Zanica
c/o Marzanni:
Via Piemonte, 12
24050 Zanica
Tel. e Fax:
0363-960968
035-671589
actibergamo@virgilio.it

Associazione Diabetici
Bergamaschi
Piazza Risorgimento, 12
24128 Bergamo
Tel. e Fax:
035-401461
ilgrilloparlante@adbg.it
www.adbg.it

Associazione Disabili
Bergamaschi
Via Gleno, 49
24125 Bergamo
Tel. 035-238328
Fax 035-2814074
adb.bergamo@tiscali.it
www.adb.bergamo.it

Associazione Donatori Midollo
Osseo
Cell: 3404543900
bergamo@admolombardia.org
www.admo.it

Associazione Italiana Donatori

Organi

Via Borgo Palazzo, 90

24125 Bergamo

Tel. 035-235326;

035-235327

Fax 035-244345

bergamo.provincia@aido.it

www.aido.it

Associazione Italiana Pazienti

Anticoagulati c/o Presidio Matteo Rota A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo

Via Garibaldi, 11/13

24122 Bergamo

Tel. e fax:

035-2278676

Cell. 3484403857

aipa.bg@virgilio.it

www.federaipa.com

Associazione Italiana Sclerosi Multipla- Onlus Bergamo

c/o Casa di Cura S.Maria Ausiliatrice

Via Gleno, 49

24125 Bergamo

Orari di apertura: al mattino da lunedì a venerdì

Tel. 035-4236945

Fax 035-4240175

aismbergamo@aism.it

www.aism.it/bergamo

Associazione Nazionale

Emodializzati

Bergamo: c/o U.O.

Nefrologia e Dialisi

A.O. Ospedali Riuniti di

Bergamo

Largo Barozzi, 1

24128 Bergamo

Segretaria Regionale

Cell. 3477850700
ANED Regionale:
Tel. 02-80998
paris.valentina@tiscali.it

Associazione nazionale terza età
attiva
ANTEA Svolge un servizio socio-Via Carnovali, 88/a
24126 Bergamo
Tel. 035-318153
Fax. 035-316848
bergamo@anteaslombardia.org

Associazione Oncologica
Bergamasca
parenti in degenza.
A.O. Ospedali Riuniti di
Bergamo
Largo Barozzi, 1
24128 Bergamo
Tel. 035-266066
Fax 035-266849
info@aobonlus.it
www.aobonlus.it

Associazione ricerca malattie rare
Via G. Falcone, 26/34
24050 Zanica (BG)
Tel. 035-671906
Fax 035-672699
presidenza@armr.it
www.armr.it

Associazione Cure Palliative ACP
Via Borgo Palazzo 130,
24125 Bergamo
Tel. e fax:
035-390687
hospice@associazioneecurepall
iative.it

www.associazioneecurepalliative.it

Associazione Paolo Belli Lotta
alla Leucemia
Via Statuto, 31
24128 Bergamo
Tel. 035-4370701
Fax 035-4370799
info@associazionepaolobelli.it
www.associazionepaolobelli.it

Associazione per l'Aiuto al
Neonato
c/o USC di Patologia
Neonatale
A.O. Ospedali Riuniti di
Bergamo
Largo Barozzi, 1
24128 Bergamo
Tel. e fax:
035-256420

Associazione Amici della Pediatria
A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo
Largo Barozzi, 1
24128 Bergamo
Tel. e fax:
035-403004
info@amicidellapediatria.it
www.amicidellapediatria.it

Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà
Via Moroni, 101
24122 Bergamo
Tel. 035-231872
Fax 035-221105
bergamo.auser@gmail.com

Associazione Volontari Italiani
Sangue - Provinciale Pergamo

Via L. da Vinci, 4
24123 Bergamo
Tel. 035-342222
Fax 035-3432448
segreteria@avisbergamo.it

Associazione Volontari
Ospedalieri
Largo Barozzi, 1
24128 Bergamo
Tel. 035-269497 avobergamo@virgilio.it

Centro di Aiuto alla Vita CAV
Via Conventino, 8
24125 Bergamo
Tel. 035-4598491
Fax 035-4598492
info@cavbergamo.it
www.cavbergamo.it

Croce Rossa Italiana Comitato
Provinciale Bergamo
Via della Croce Rossa, 2
24128 Bergamo
Tel. 035-4555111
Fax 035-455513 Cuore batticuore Promuove la prevenzione delle
cardiopatie,
Via Garibaldi, 11/13
24122 Bergamo
Tel. 035-210743
Fax 035-4176378
cuorebatticuore@tin.it
www.cuorebatticuore.net

Associazione Donatori Sangue
Bergamo
Viale Pirovano, 4
24125 Bergamo
Tel. 035-244555
Fax 035-241927

info@fidas.bergamo.it
www.fidas.bergamo.it

Lega italiana per la lotta contro i
tumori
Via Malj Tabajani, 4
24121 Bergamo
Tel. 035-242117
Fax 035-210409
legatumoribg@tin.it

Nepios - Associazione a tutela
dell'infanzia
Via Gian Battista
Moroni, 188
24122 Bergamo
Tel. 3387469994
Tel e fax:
035-223483
info@nepios.it
www.nepios.it

Noi - insieme per i diabetici
insulinodipendenti
Via Autostrada, 3
24126 Bergamo
Cell. 3338186365
Fax 035-511897
info@noidiabetici.it
www.noidiabetici.it

Società San Vincenzo de Paoli
Viale papa Giovanni
XXIII, 106
24121 Bergamo
Tel. 035-4598512
Fax 035-4598513
info@sanvincenzobg.it

Associazione per le malattie Infiammatorie croniche dell'intestino

Via Wildt, 19/4
20131 Milano
Cell. 3494392438
Sede di Milano:
02-2893673
amicibg@libero.it
www.amiciitalia.net

Associazione Amici del Trapianto
di Fegato
Via Bonomelli, 15
24121 Bergamo
Tel. 035-321927
Fax 035-336560
info@amicideltrapiantodifeg
ato.com
www.amicideltrapiantodifegato.
com

Associazione Lombarda Malati
Reumatici
AO Ospedali Riuniti di
Bergamo,
Largo Barozzi, 1
24128 Bergamo
Tel. e fax:
035-269216
info@alomar.it
www.alomar.it

Associazione Italiana Miastenia e Malattie Immunodegenerative - Amici del
Besta Onlus
AO Ospedali Riuniti di
Bergamo
Largo Barozzi, 1
24128 Bergamo
035-269414
Sig.ra Cavallini
Redenta:
Cell. 3403151631

associazione@miasteniaberga
mo.it
www.miasteniabergamo.it

Associazione per la Sclerosi Laterale Amiotrofica e le Malattie
Rare ONLUS
Via Borgo Palazzo, 130
24125 Bergamo
Tel. 035-210425
Fax 035-4132889
info@associazioneibis.it
www.associazioneibis.it

Centro di ipovisione e riabilitazione visiva USC di Oculistica
AO Ospedali Riuniti di Bergamo
Largo Barozzi, 1
24128 Bergamo
Tel. e fax:
035-266415
info@arlino.org
www.arlino.org

Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica
fSezione Bergamo
Via Lurano, 9
Brignano Gera d'Adda
Tel. 0363-814188

Associazione Dutur Claun Vip
Bergamo ONLUS
Via Leonardo da
Vinci 9, 24123 Bergamo
Associazione Casa Eleonora
ONLUS
Persegue lo scopo di aiutare i piccoli
Via Alfredo Corti 25
Bergamo
035/4592608

Comitato per il Dipartimento I

Presso Azienda
Ospedaliera Ospedali
Riuniti di Bergamo,
Largo Barozzi 1,
24128 Bergamo
Sig.ra Montanelli
333/1141098

Associazione EOS la stella del mattino ONLUS
sede legale: via
Foscolo, 3 - 24030
Mozzo
telefono:
346.3977426
info@eoslastelladelmattino.it -
www.eoslastelladelmattino

BRESCIA

Ospedale di riferimento

Ospedali Civili di Brescia

http://www.civile.spedalicivili.brescia.it/servizi/notizie/notizie_homepage.aspx

P.le Spedali Civili 1

Associazioni di volontariato segnalate dall'ospedale:

Associazione Responsabile Presso

Codice Fiscale A.A.N.P.I. -

Associazione Amici Neuropsichiatria Infantile

c/o Neuropsichiatria Infantile 03568290179

A.Fa.D.O.C. - Associazione Famiglie di soggetti con Deficit dell'Ormone della Crescita
Alessandra Mattei Galbusera

A.I.P. - Associazione Immunodeficienze Primitive

Via del Medolo, 2 25123 Brescia A.I.P.A. - Associazione Italiana Pazienti

Anticoagulati Mario Belli Saletta Associazioni 98058150172

A.M.E.I. - Associazione per le Malattie Epatiche Infantili

Avv. Lorenzo

Biglia c/o Chirurgia Pediatrica 98015680170

A.M.I.C.I. - Associazione per le Malattie Croniche dell'Intestino
Presidio Spedali Civili
Palazzina Poliambulatori esterni

A.N.T.O. - Associazione Nazionale Trapiantati Organi
Antonio Scalvini
Saletta Associazioni
c/o Presidio Spedali Civili

ADMO - Associazione Donatori Midollo Osseo
Dr.a Sandra Baiguera
c/o Spedali Civili
80023510169

AIDO - Associazione Italiana per la Donazione di Organi S
Saletta Associazioni
80023510169

AIL Brescia -
Associazione Italiana contro le Leucemie-Linfomi - ONLUS
Dr. Giuseppe Navoni
Saletta Associazioni
8098700176

AIP - Associazione Immunodeficienze Primitive ONLUS
Michele Del Zotti
c/o Clinica Pediatrica
98042750178
Alleanza per la Salute Mentale
Carlo Colosini c/o Casa Associazioni
Via Cimabue n.16 - Brescia

AMAR - Associazione Malati Apparato Respiratorio
Prof. Andrea Barezzani Saletta Associazioni

AMICI Istituto del Radio
Claudia Marena c/o Adrian Pam
Via San Polo n.47 - Brescia 02884280179

ANDOS Italia - Associazione Nazionale Donne Operate al Seno
Claudia Gasperini
Via Tosio n.1 - Brescia
tel. 030 42155
98086260175

ANT Italia Onlus - Associazione Nazionale Tumori
Marcella Gori Saletta Associazioni

Associazione "Osteogenesi Imperfetta"
c/o Ortopedia pediatrica
Associazione Aiuto Giovani Diabetici
Dr. Giuseppe Bonardi
Via Galilei n.20 - Brescia

Associazione Alcolisti Anonimi
Saletta Associazioni
Associazione Alcolisti in trattamento
Fausto Cappa
Saletta Associazioni
98102640175

Associazione Bambino Emopatico Onlus
Luciana Corapi
c/o Uffici U.O. Oncoematologia
Pediatrica 98005160175

Associazione Essere Bambino
Luciana Patuelli
c/o Clinica Pediatrica
98005160175

Associazione Italiana Celiachia
Anna Leni Rovetta
c/o Ambulatori esterni
11359620157

Associazione Nati per Vivere
Prof. Bruno Verri c/o Patologia Neonatale
03341200172

Associazione Prevenzione Epatopatie
Dr. G. Carlo Zappa Saletta Associazioni

Associazione Sclerosi Multipla
Via Strada Antica Mantovana n.112 - Brescia
95051730109

Associazione SOStegno 70 Insieme ai ragazzi diabetici
Piero Gandini
Saletta Associazioni

Associazione Nuova Genesi
Suor Celestina Parolini
Via Lazzaretto n.1
Brescia

Associazione Italiana Laringectomizzati Giuseppe Amedani c/o
Otorinolaringoiatria Poliambulatori esterni 8
0129830156

Associazione Italiana Familiari e Vittime della strada- Onlus
Roberto Merli Via XXV Aprile n.12 Concesio (BS) 97184320584

Associazione Laboratorio Cclinico Pedagogico e Ricerca Biomedica
Adriana Boldic/o Ronchettino
(Via del Medolo n.2 -
Brescia)
02485320986

Associazione Sostenitori Centro Disturbi Alimentari
CIBAFIN
Via Bulloni n.4 - Brescia

AVIS - Associazione Volontari Italiani Sangue Dr.a Camilla Vezzoli
Via Balestrieri n.7
Brescia
98047730175

AVO - Associazione Volontari Ospedalieri Maria Cecilia Giovanardi
Saletta Associazioni

AVULSS - Associazione per il Volontariato nelle Unità Locali dei Servizi Socio-sanitari
Anna Maria Gallarotti Borgese
c/o Domus Caritatis
Brescia - tel. 030 8374407 98120440171

Centro Aiuto alla Vita -
Progetto Gemma
FAEL - Familiari Amici Emopatici Leucemia
Dott. Teodosio Izzi
Via Tosio n.1
Brescia 98031170172

Fondazione Camillo Golgi
Dr. Angelo Capezzuto
Via Moretto n.27
Brescia

Fondazione Ospedale dei Bambini
Giovanni Caleppio c/o Chirurgia pediatrica

Gruppo 83 Associazione Volontari Assistenza Ammalati
Clelia Congiu
Via Corsica n.339
Brescia

Gruppo LES Franco Frati c/o Servizio Immunologia 91019410330

I CARE - Gruppo Volontari Ammalati AIDS
Ornella Castrini c/o Domus Caritatis
Brescia

Movimento per i Diritti del Malato Marisa Clementoni Tretti
Via del Medolo n.2 -Brescia

Il sito dell'ospedale non segnala alcuna casa accoglienza.
