grafica: Dmpconcept
stampato nel mese di giugno 2024 da Grafiche Riga S.r.L. (LC)

ISBN 978-88-95660-39-4

© 2024, BiblioLavoro
Viale Fulvio Testi, 4220199 Sesto San Giovanni (MI)
www.bibliolavoro.it - bibliolavoro@cisl.it
Prima edizione giugno 2024

Servizio Sanitario in Lombardia

Cosa ne pensano gli iscritti alla CISL

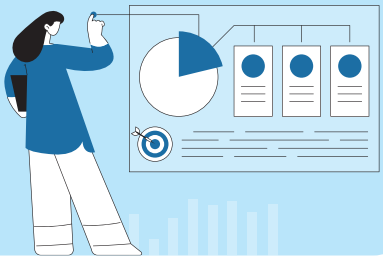
BIBLIOLAVORO
CISL LOMBARDIA

Indice

Introduzione 6

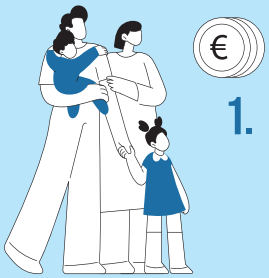
Nota metodologica ... 7

Fotografia socioeconomica e demografica del campione 8



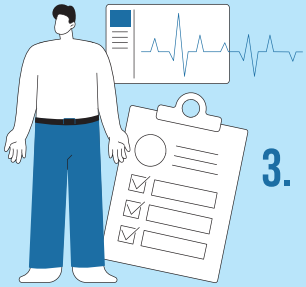
Le principali evidenze della survey 12

Analisi dei dati:

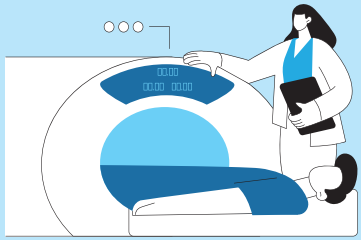


1. La spesa della famiglia per le prestazioni sanitarie 16

2. Rinuncia alle cure 18

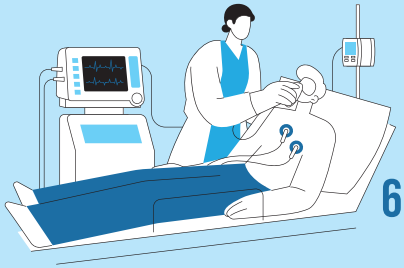


3. La cronicità 22



4. Visite specialistiche 26

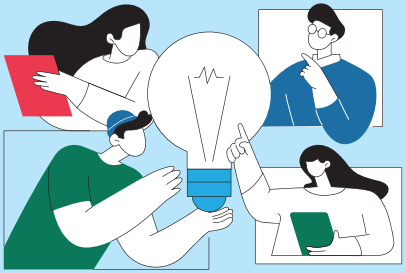
5. Esami diagnostici 34



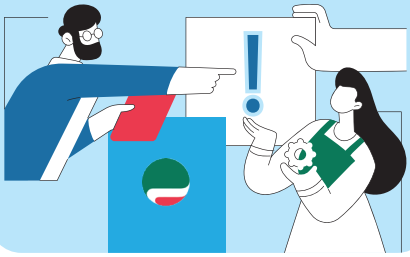
6. Ricoveri 42

7. L'assistenza domiciliare integrata 48

Le proposte della CISL 50



La CISL nel territorio con il Punto Salute ... 64



Le domande della survey 68

Introduzione

Il dialogo costante con i nostri iscritti è la linfa vitale che alimenta il nostro sindacato. Un confronto continuo che ci permette di **costruire un'organizzazione che mette le persone al centro**, capace di rappresentarle e tutelarle con la massima efficacia.

Negli ultimi anni, dai territori lombardi abbiamo ricevuto **numerose segnalazioni** e richieste relative **al tema della sanità**. Le liste d'attesa, in particolare, sono emerse come una delle criticità più sentite dai cittadini.

Per questo, forti delle esperienze passate, ci siamo convinti della necessità di utilizzare lo **strumento della survey on line** per **raccogliere in maniera strutturata le valutazioni** degli iscritti della Cisl Lombardia. Questo ci ha permesso di ottenere un quadro chiaro e strutturato delle criticità vissute dai nostri iscritti, ci ha fornito anche dati concreti e attendibili da utilizzare durante i confronti ai tavoli regionali dandoci la possibilità di **formulare proposte sindacali concrete e incisive.**

La risposta dei nostri iscritti è stata, come sempre, straordinaria. **Ben 11.520 associati hanno partecipato** alla survey, fornendo un'analisi dettagliata delle problematiche legate all'accesso alle cure sanitarie in Lombardia. I dati raccolti **evidenziano rinunce alle cure** a causa di **tempi di attesa troppo lunghi, difficoltà nell'accesso a visite** specialistiche, **esami** diagnostici e **ricoveri** e **carenze nell'assistenza domiciliare** integrata.

Questi dati rappresentano un patrimonio prezioso per il nostro sindacato. Li utilizzeremo con forza per portare avanti le **nostre proposte a favore di un sistema sanitario lombardo** più efficiente, equo e accessibile a tutti i cittadini.

L'impegno della CISL Lombardia per la **tutela del diritto alla salute** non si ferma qui. Continueremo a monitorare la situazione con attenzione e a promuovere iniziative concrete per **migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in Lombardia.**

Roberta Vaia
Segretaria CISL Lombardia

CISL
LOMBARDIA

Nota metodologica

L'impianto della ricerca è strettamente legato agli obiettivi che la Cisl Lombardia si è proposta con la promozione di questo progetto, ed è sinteticamente **organizzato su tre fasi principali**:

- **L'indagine dei bisogni** e delle istanze degli associati considerati come proxy dei cittadini lombardi,
- L'analisi e la **sintesi delle informazioni** raccolte,
- La costruzione di proposte sindacali per rispondere ai bisogni emersi.

La raccolta dei dati è avvenuta attraverso l'invio di una survey digitale ad un campione rappresentativo del bacino associativo della Cisl lombarda a cui è stato recapitato il questionario attraverso mail o sms (in appendice, il questionario utilizzato nell'indagine). La campagna di somministrazione ha raccolto 14.694 risposte, di cui 11.520 complete, che rappresentano la base dei dati sui quali sono state condotte le analisi.

La survey, costituita da **60 domande di diversa natura** con logiche di esclusione, è stata organizzata sulla base di 7 aree tematiche:

1 – **Informazioni socio-demografiche degli intervistati**
2 – **Rinuncia alle cure**
3 – **Cronicità**
4 – **Esperienze e criticità nell'esecuzione di visite specialistiche ambulatoriali**
5 – **Esperienze e criticità nell'esecuzione di esami**
6 – **Esperienze e criticità nell'esecuzione di ricoveri programmati e dal pronto soccorso**
7 – **Esperienze e criticità legate all'Assistenza Domiciliare Integrata**

La survey, che ha richiesto un t**empo di compilazione medio di 10 minuti**, è stata somministrata al campione nel periodo settembre-dicembre 2023: le informazioni raccolte sull'esperienza degli associati nei confronti del sistema socio-sanitario si riferiscono, pertanto, all'anno 2023.

Fotografia socioeconomica e demografica del campione

All'interno del campione son ben rappresentate **tutte le province lombarde** (Fig. 1). Rispetto alla condizione sociale, il 74,8% delle risposte provengono da attivi, mentre il 22,3% da pensionati (Fig. 2).

Fig. 1 provincia di residenza

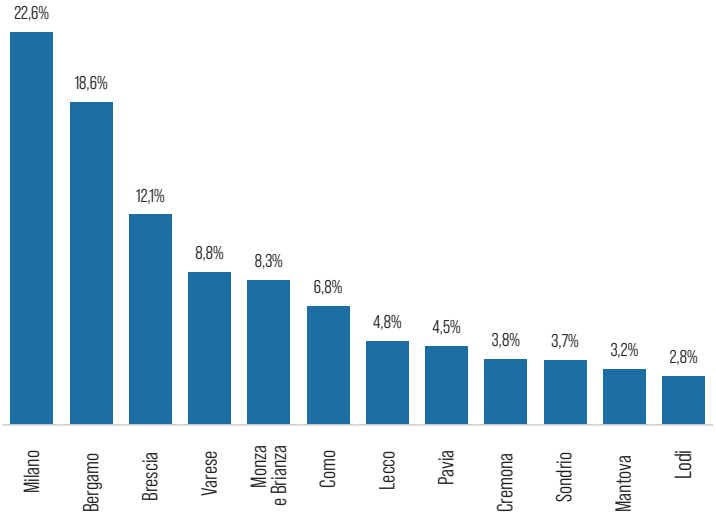


Fig. 2 Condizione sociale

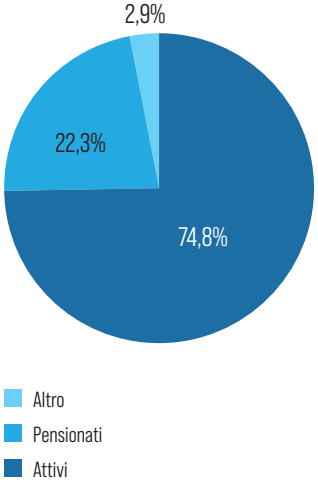


Fig. 3 Distribuzione anagrafica del campione

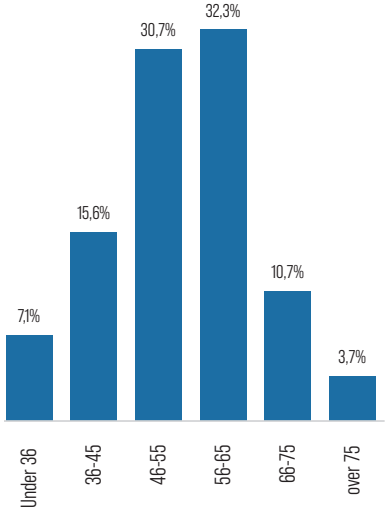
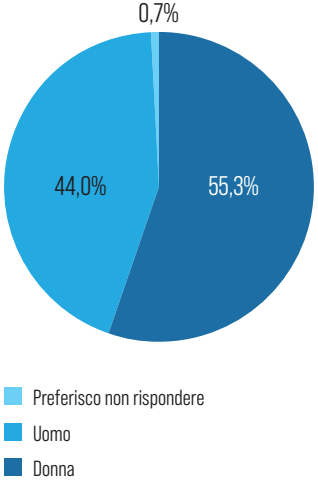


Fig. 4 Genere



Distribuzione per fasce d'età

La fascia di età preponderante è quella **tra i 46 e i 65 anni**. Essa copre il 63,0% dei rispondenti. L'**età media è di 54 anni**, 50 anni tra gli attivi e 69 anni tra i pensionati (Fig. 3).

Per quanto riguarda il genere, il 55,3% delle persone a cui è stato somministrato il questionario è donna e il 44 % è uomo (Fig. 4).

Fig. 5 Reddito complessivo nucleo familiare

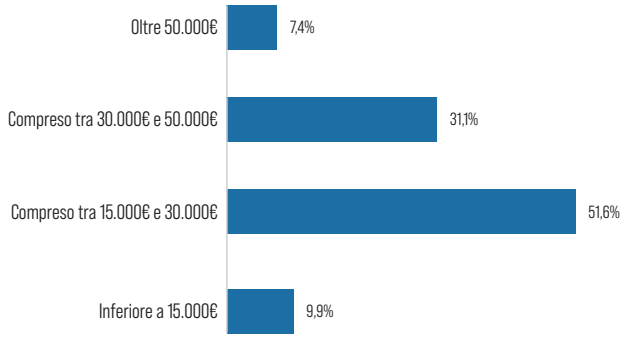
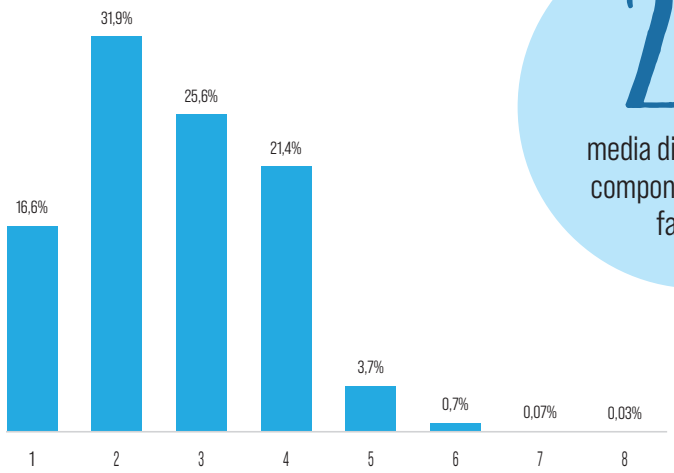


Fig. 6 Numero componenti famiglia



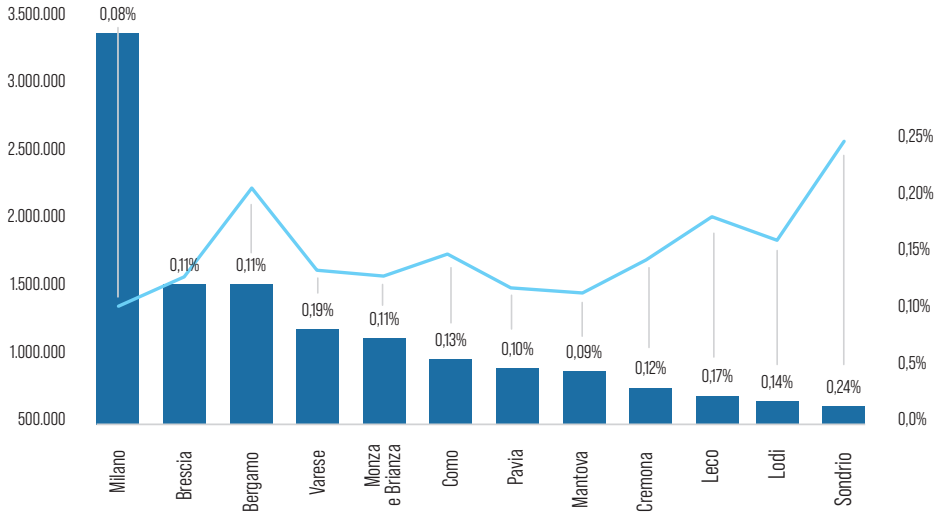
2,7
media di persone che compongono i nuclei familiari

Distribuzione per fasce di reddito disponibile

Oltre metà del campione (51,6%) dichiara un **reddito complessivo netto familiare compreso tra i 15.000€ ed i 30.000€** (Fig. 5). Di rilievo la presenza di circa il 10% dei rispondenti che dichiara redditi familiari inferiori ai 15.000€.
In media i nuclei familiari sono composti da 2,7 persone. Il **48,45% vive in nuclei composti da meno di 3 persone**, di cui circa un terzo sono nuclei unipersonali (Fig. 6).
La distribuzione del campione per reddito familiare (netto) e per provincia non evidenzia differenze significative (Tab. 1). Non sorprende il dato della **provincia di Milano**, con il valore percentuale minore nelle due fasce a più basso reddito e quello maggiore nelle due fasce di reddito più alte, specchio di una **più marcata polarizzazione sociale.**

Tab. 1 La distribuzione del campione per reddito familiare (netto) e per provincia				
Province	inferiore a 15.000 €	compreso tra 15.000 € e 30.000 €	compreso tra 30.000 € e 50.000 €	oltre 50.000 €
Bergamo	10,0%	56,0%	27,9%	6,0%
Brescia	10,6%	50,8%	31,7%	6,9%
Como	11,5%	54,0%	26,9%	7,5%
Cremona	10,3%	50,7%	30,8%	8,2%
Lecco	9,4%	56,3%	29,9%	4,4%
Lodi	8,3%	53,1%	31,9%	6,7%
Mantova	10,4%	52,1%	30,2%	7,2%
Milano	8,1%	47,3%	34,9%	9,7%
Monza e Brianza	8,5%	52,2%	31,6%	7,7%
Pavia	12,7%	49,7%	30,8%	6,7%
Sondrio	10,1%	53,3%	31,6%	4,9%
Varese	12,2%	49,8%	30,8%	7,1%

Fig. 7 Percentuale rispondenti sul totale degli abitanti per provincia

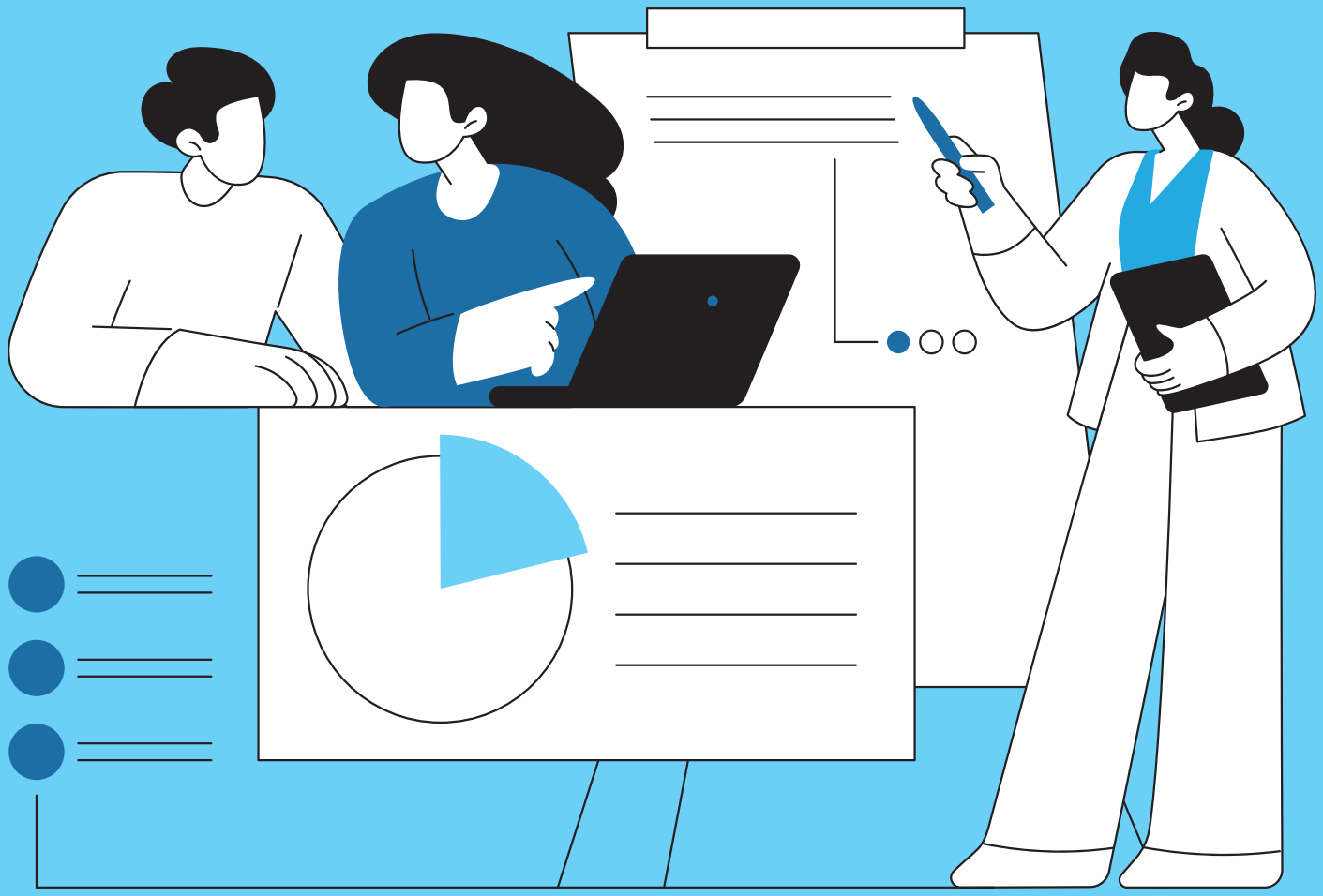


Rapporto rispondenti/ abitanti

Questo rapporto ci permette di evidenziare la rappresentatività del campione rispetto alla popolazione delle singole province lombarde (Fig. 7).

In generale, la percentuale di rispondenti si attesta tra un **minimo del 0,08%** (provincia di Milano) ed un **picco dello 0,24% nella provincia di Sondrio.**

Le principali evidenze della survey



Le prestazioni sanitarie (visite e/o esami) **tra pubblico e privato**

Otto intervistati su dieci hanno effettuato nell'ultimo anno **almeno una visita specialistica**. Sei visite ambulatoriali su dieci sono state erogate in strutture private. **Oltre la metà** degli intervistati ha usufruito di **viste specialistiche a pagamento**.
Fra quanti hanno fatto prestazioni ambulatoriali a pagamento otto su dieci si sono avvalsi di strutture private (solo private o private convenzionate), la restante parte ha usufruito di prestazioni in libera professione (a pagamento) nelle strutture pubbliche. Analogamente, tra chi ha effettuato almeno un esame nel 2023, **uno su tre si è rivolto a strutture private convenzionate** con il Servizio Sanitario e quasi uno su quattro ha svolto esami in strutture private. Complessivamente, fra quanti hanno fatto prestazioni di diagnostica strumentale a pagamento **più di otto su dieci sono ricorsi a strutture private**.

I ricoveri

I ricoveri hanno interessato poco più del 10% degli intervistati. **Sette ricoveri su dieci sono stati fruiti in strutture pubbliche**. I ricoveri in struttura privata convenzionata in regime di SSN sono stati il 24,7%, **il 4,5% sono stati ricoveri a pagamento** in struttura privata.

I tempi d'attesa (visite, esami, ricoveri)

Il tempo massimo d'attesa previsto dal codice di priorità indicato nell'impegnativa dal medico **non è stato rispettato in quasi la metà delle visite** di specialistica ambulatoriale con priorità U (urgente); per le altre priorità B (breve) e D (differibile) il mancato rispetto del tempo d'attesa è stato superiore nel 40% dei casi. I tempi massimi d'attesa nel 44,5% degli esami indicati come urgenti non sono stati rispettati. Per gli esami con priorità di 10 giorni e per quelli con priorità di 60 giorni, l'erogazione è stata successiva, rispettivamente, nel 40,3% e nel 18,0% dei casi.
Nei ricoveri programmati il 74,5% ha rispettato le classi di priorità, uno su quattro no. **Il tempo d'attesa in Pronto soccorso** tra la presa in carico del paziente e il ricovero in reparto **è stato in media di otto ore**, con picchi fino a 48 ore.

La rinuncia alle cure

Oltre sei rispondenti su dieci hanno rinunciato ("qualche volta" o "spesso") nel corso dell'ultimo anno alle cure. Solo un intervistato su cinque con redditi oltre i 50.000€ ha rinunciato alle cure, a fronte della rinuncia a curarsi di due rispondenti su tre in famiglie con redditi inferiori a 15.000€.

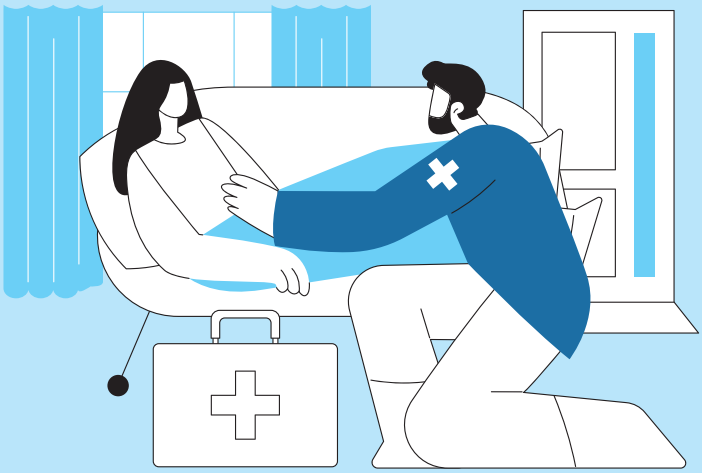
I lunghi tempi d'attesa sono stati il motivo più frequente della rinuncia alle cure (specie tra i rispondenti fino a 55 anni di età): in tutte le fasce di età i tempi d'attesa sono di gran lunga il principale motivo della rinuncia alle cure. **Quasi un intervistato su due ha rinunciato alle cure per ragioni economiche** e oltre quattro su dieci per ragioni legate alla scomodità fisica o organizzativa delle strutture sanitarie.

La cronicità e le cure domiciliari

Più della metà degli intervistati ha almeno una patologia cronica. Un intervistato su cinque ha due o più cronicità. Tra i **pazienti con malattie croniche, la rinuncia alle cure è numerosa**: circa una persona su due ha rinunciato a curarsi per **scomodità delle strutture** o per **ragioni economiche**, mentre due persone su tre hanno rinunciato a causa dei **tempi di attesa**. Hanno fatto ricorso a misure di **assistenza domiciliare integrata il 7,2% degli intervistati**: di questi, nove su dieci hanno attivato l'ADI per un familiare. Solo il 2,1% dei soggetti con 3 o più patologie croniche ha dichiarato di aver attivato l'assistenza domiciliare. L'assistenza domiciliare è stata prevalentemente attivata attraverso il medico di famiglia in più di sette casi su dieci, nel resto dei casi si è trattato di una dimissione protetta all'esito di un ricovero. I giudizi degli intervistati che hanno usufruito di un percorso di cure domiciliari, pur essendo nell'insieme **piuttosto positivi, sono critici riguardo ai tempi di attesa.**

7,2%

degli intervistati con patologie croniche ha fatto ricorso a misure di assistenza domiciliare integrata (ADI)

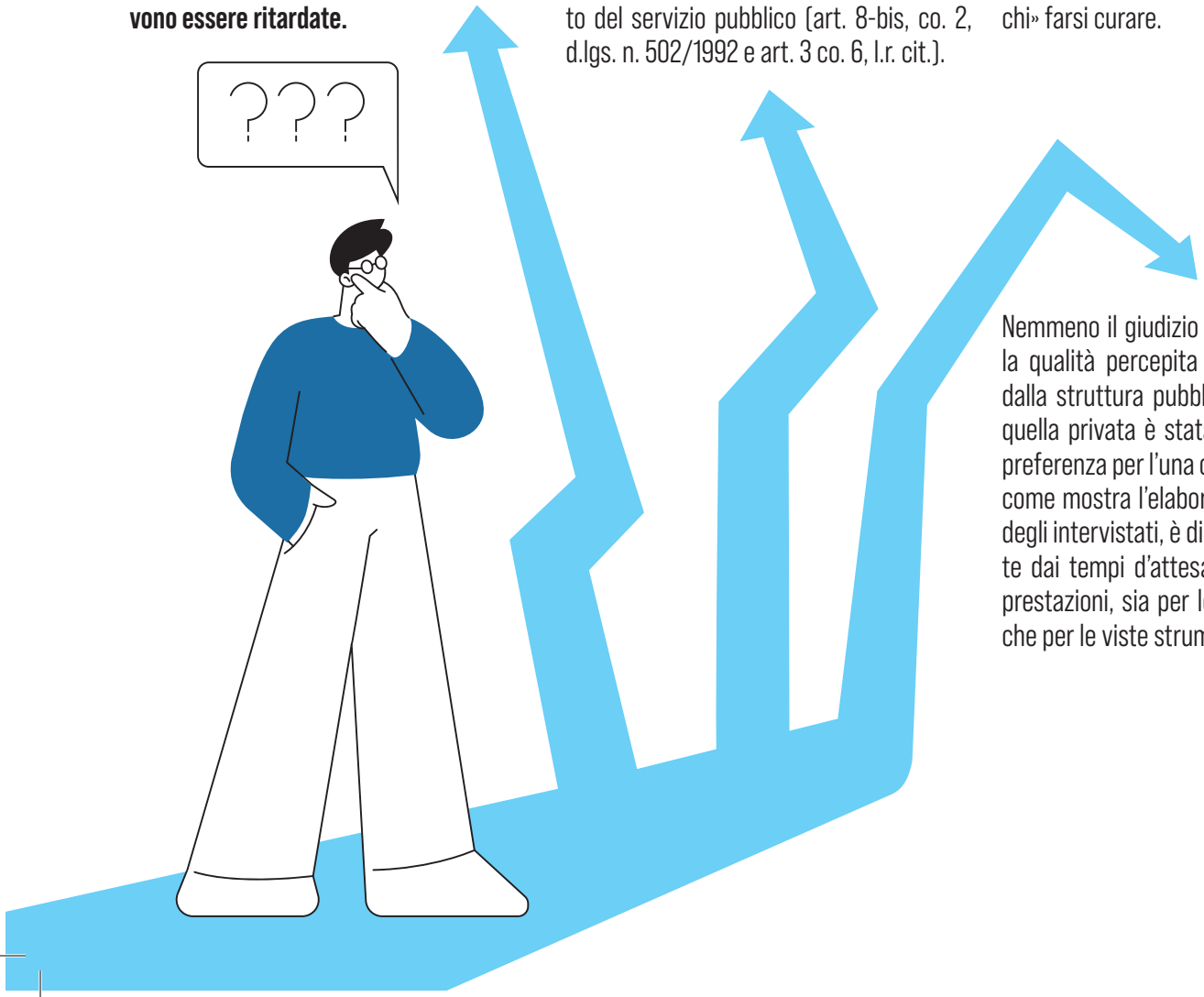


Libera scelta o scelta obbligata?

Il Servizio Sanitario ha tra suoi principi essenziali quello di garantire la presa in carico della persona e l'assistenza in tempi certi e clinicamente adeguati, salvaguardando equità di accesso alle prestazioni, appropriatezza, efficacia ed efficienza organizzativa dei servizi e dei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (art. 3, co. 1, legge regionale n. 33/2009). A tali fini, **le prestazioni sanitarie non devono essere ritardate.**

Basilare e strettamente collegato alla qualità della tutela del diritto alla salute è anche un altro principio del nostro ordinamento sanitario: la **libera scelta del luogo di cura e dei professionisti** a cui l'utente del Servizio Sanitario può rivolgersi nell'ambito degli enti pubblici o delle strutture private accreditate con cui la Regione ha definito appositi accordi contrattuali per erogare prestazioni sanitarie per conto del servizio pubblico (art. 8-bis, co. 2, d.lgs. n. 502/1992 e art. 3 co. 6, l.r. cit.).

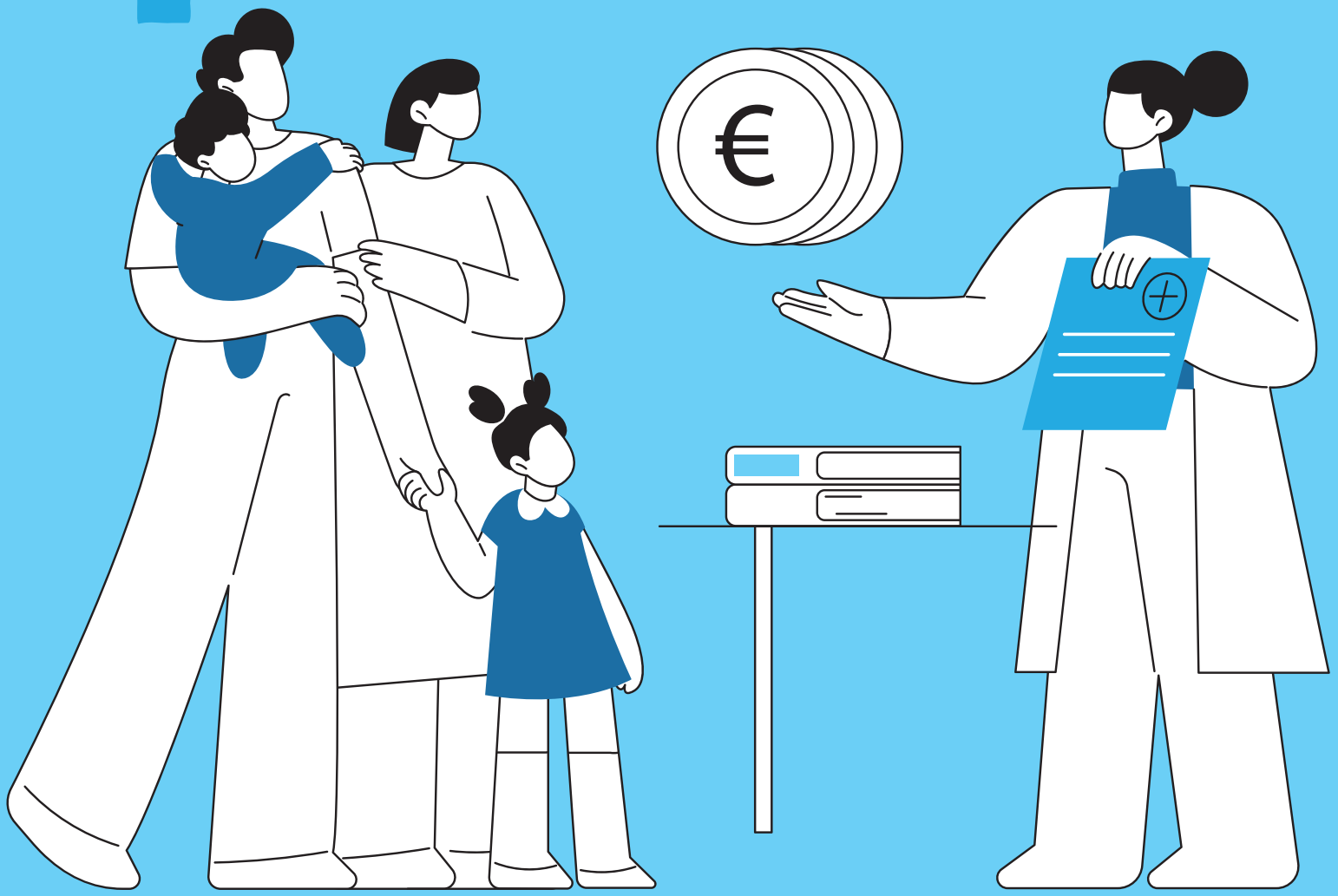
Quando la risposta del Servizio Sanitario ai bisogni di salute **non garantisce a tutti che i tempi d'attesa** della presa in carico **siano adeguati** al migliore esito clinico del percorso di cura, la scelta del luogo e dei professionisti sanitari da parte delle persone non può essere libera. Infatti, la principale motivazione che ha spinto gli intervistati a preferire prestazioni a pagamento non è stata la libera scelta sul «dove» e «da chi» farsi curare.



Nemmeno il giudizio degli intervistati sulla qualità percepita del servizio erogato dalla struttura pubblica piuttosto che da quella privata è stata determinante nella preferenza per l'una o per l'altra. La scelta, come mostra l'elaborazione delle risposte degli intervistati, è dipesa prevalentemente dai tempi d'attesa di erogazione delle prestazioni, sia per le visite ambulatoriali che per le viste strumentali.

1 La spesa della famiglia per le prestazioni sanitarie

ANALISI DEI DATI



Il valore medio della spesa per l'assistenza sanitaria di ogni famiglia cresce all'aumentare del reddito e all'aumentare dell'età.

La **spesa media nel 2022** per visite, esami e ricoveri è stata **pari a 951€** (Fig. 8), mentre quella riguardante le **altre spese sanitarie** (farmaceutiche, odontoiatriche, fisioterapiche, ecc.) **è stata di 1.184€** (Fig. 9). La distribuzione su base provinciale delle spese sanitarie sostenute per visite, esami, assistenza sanitaria e farmaceutica non evidenzia differenze importanti.

Fig. 8 Spesa media per visite, esami e ricoveri per fasce di reddito

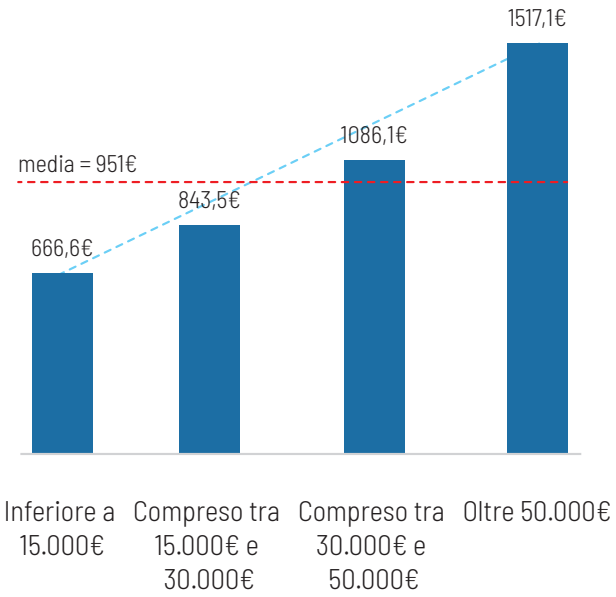
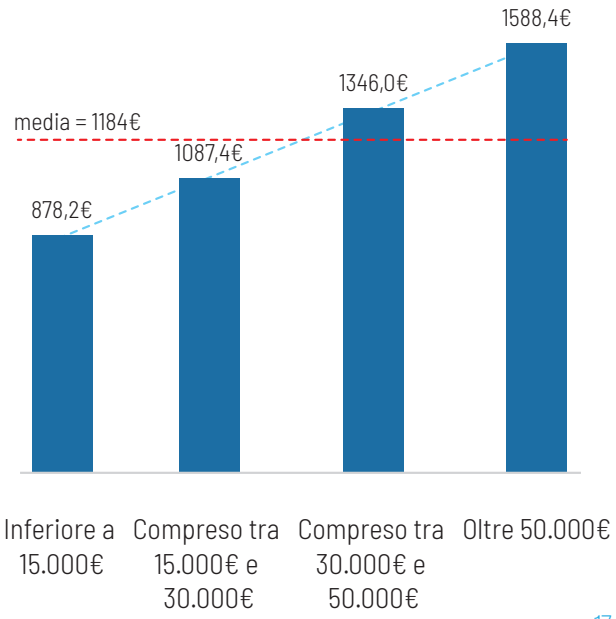


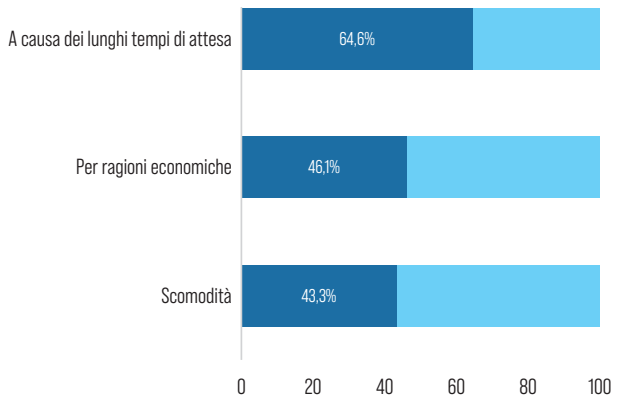
Fig. 9 Spesa media per altre spese sanitarie (farmaceutiche, odontoiatriche, fisioterapiche, ecc.) per fasce di reddito



2 Rinuncia alle cure

ANALISI DEI DATI

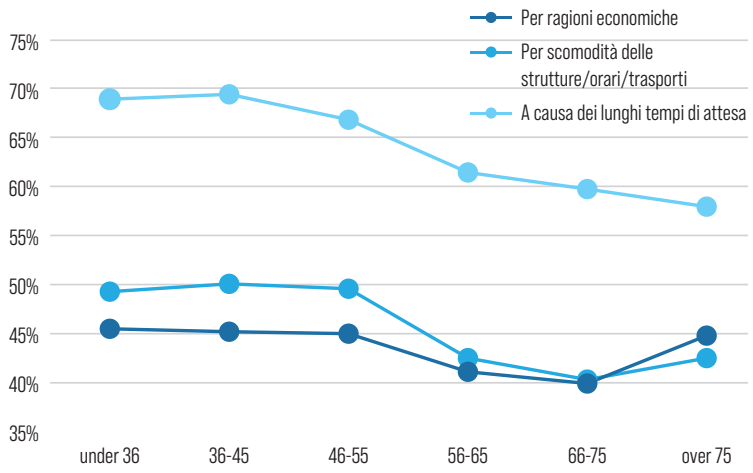
Fig. 10 - Percentuale di rispondenti che ha rinunciato a curarsi (qualche volta/spesso)



La rinuncia alle cure è un evento diffuso, in particolare nelle fasce sociali economicamente più svantaggiate.

Oltre **sei intervistati su dieci** hanno rinunciato nell'ultimo anno (2022) **a causa dei lunghi tempi di attesa**.
Quasi **un intervistato su due** ha rinunciato **per ragioni economiche** e più di **quattro su dieci** per ragioni legate alla **scomodità fisica o organizzativa** delle strutture sanitarie (Fig. 10).

Fig. 11 - Motivi della rinuncia alle cure per fasce di età

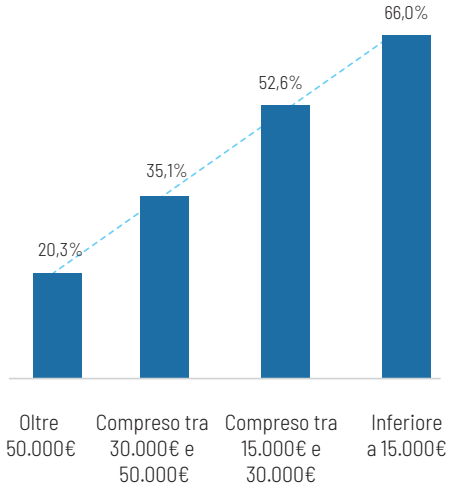


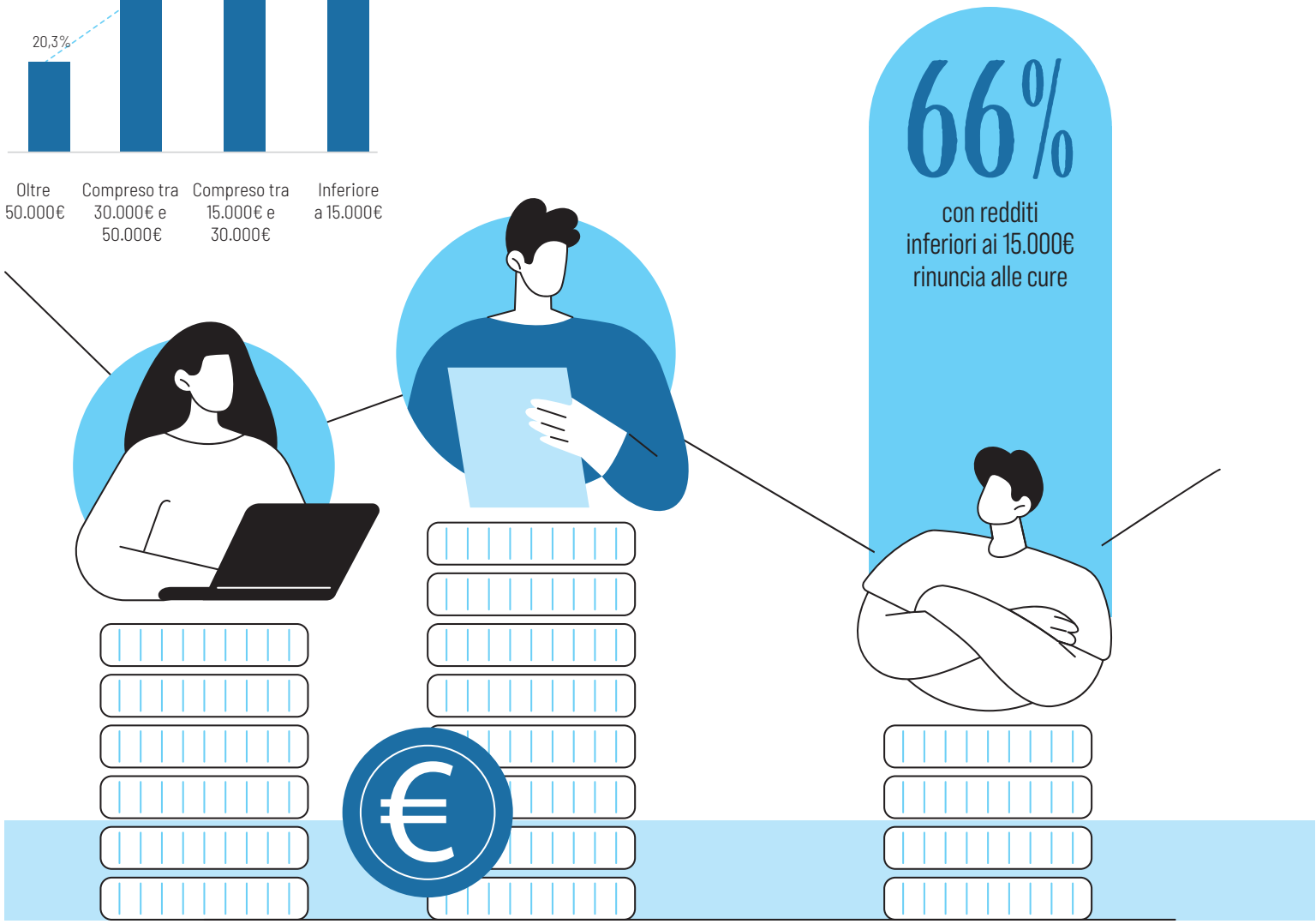
Fra quanti hanno rinunciato alle cure, per ciascuna delle tre motivazioni, nel caso di:

- lunghi tempi di attesa, il 38,9% ha rinunciato «spesso», il 61,1% «qualche volta»;
- ragioni economiche, il 15,7% ha rinunciato «spesso», l'84,3% «qualche volta»;
- scomodità delle strutture, il 24,5% ha rinunciato «spesso» alle cure, il 75,5% «qualche volta».

Fig. 12 Percentuale di rinunce alle cure per fasce di reddito

Il **valore del reddito** familiare è **inversamente correlato alla rinuncia alle cure**. Solo un intervistato su cinque con redditi oltre i 50.000€ rinuncia alle cure, a fronte di due su tre nelle famiglie con redditi inferiori ai 15.000€.





Tempi di attesa:

questo tipo di rinuncia è più **frequente tra i giovani** e meno presente tra gli anziani (nonostante i valori percentuali siano elevati trasversalmente alle fasce anagrafiche).

Scomodità (lontananza, mancanza di trasporti, orari scomodi):

in questo caso sono particolarmente interessate le persone con età fino ai 45 anni e gli over 75.

Ragioni economiche:

questa motivazione incide particolarmente nelle persone fino ai 55 anni, con un leggero incremento per gli over 75.
È importante notare come siano **prevalentemente le donne a rinunciare alle cure** per motivi economici (52%), mentre la rinuncia alle cure negli uomini è il 38,5%.
La provincia di Bergamo mostra i valori maggiori del numero di rispondenti che hanno rinunciato qualche volta o spesso alle cure per tutte le tre motivazioni (Tab. 2).

Tab. 2 – Motivi della rinuncia alle cure distribuiti per provincia

Provincia	per ragioni economiche	per lunghi tempi di attesa	per scomodità della struttura
Bergamo	40,9%	68,8%	46,0%
Brescia	37,8%	64,8%	35,4%
Como	38,2%	67,2%	45,8%
Cremona	33,6%	56,4%	34,7%
Lecco	41,0%	64,6%	41,2%
Lodi	27,9%	52,8%	38,3%
Mantova	36,1%	57,5%	40,6%
Milano	40,5%	66,0%	46,0%
Monza e Brianza	39,2%	63,6%	44,3%
Pavia	40,1%	62,0%	40,5%
Sondrio	28,8%	60,4%	45,8%
Varese	41,3%	63,8%	46,2%

3 La cronicità

ANALISI DEI DATI

Malattie croniche

Oltre un intervistato su due ha almeno una patologia cronica (52,3%), mentre quasi uno su cinque ha due o più patologie croniche (Fig. 13 e Fig. 14).

Fig. 13 - Stratificazione per numero di patologie croniche

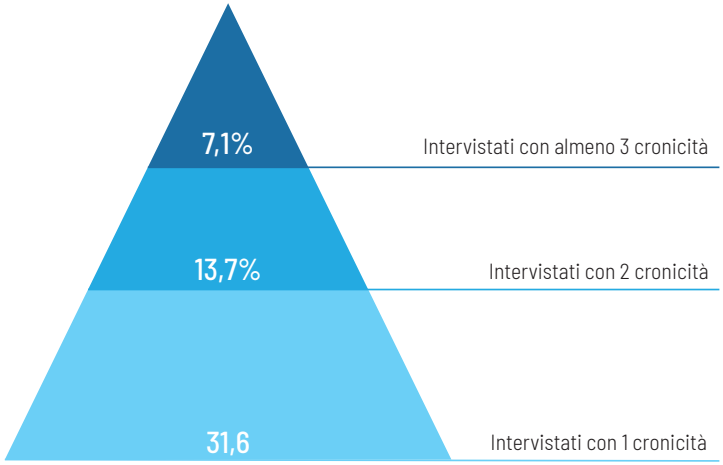
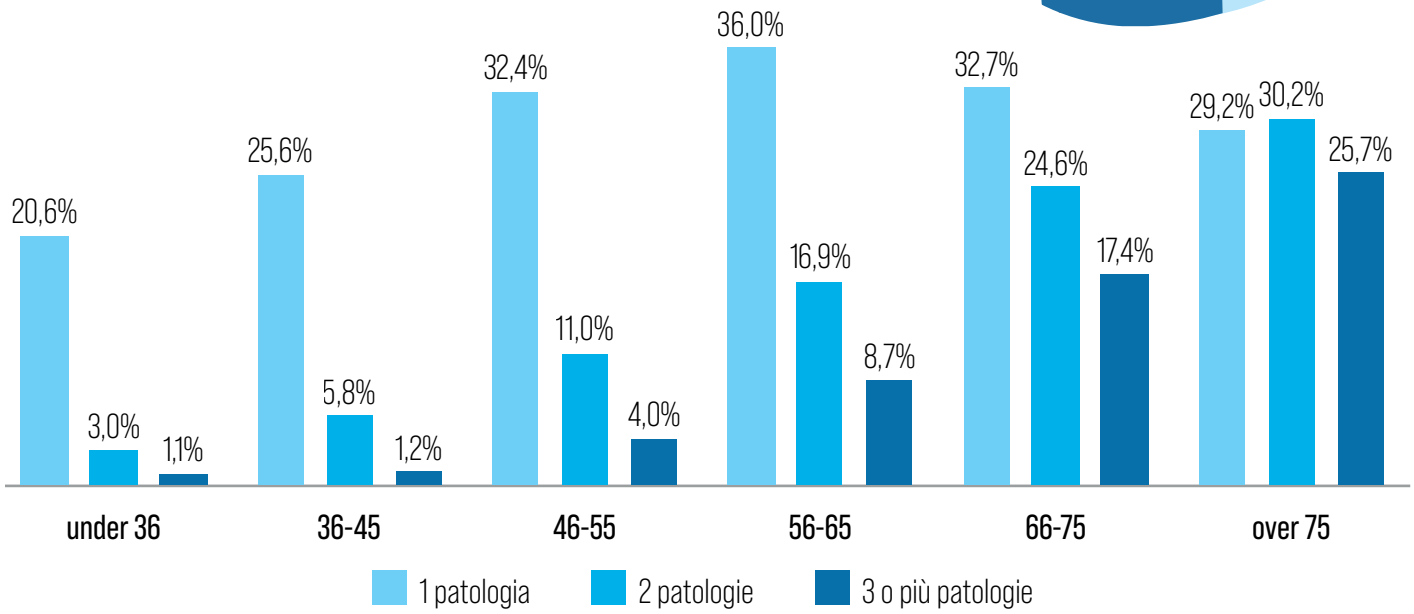


Fig. 14 - Percentuale di soggetti cronici per fasce di età e numero di patologie



Tra le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) più diffuse fra i rispondenti (Fig. 15) ci sono l'**ipertensione (circa quattro su dieci)**, la **malattia reumatica (quasi due su dieci)** e le **malattie allergiche (meno di due su dieci)**.

Fig. 15 - Tipologia patologie croniche

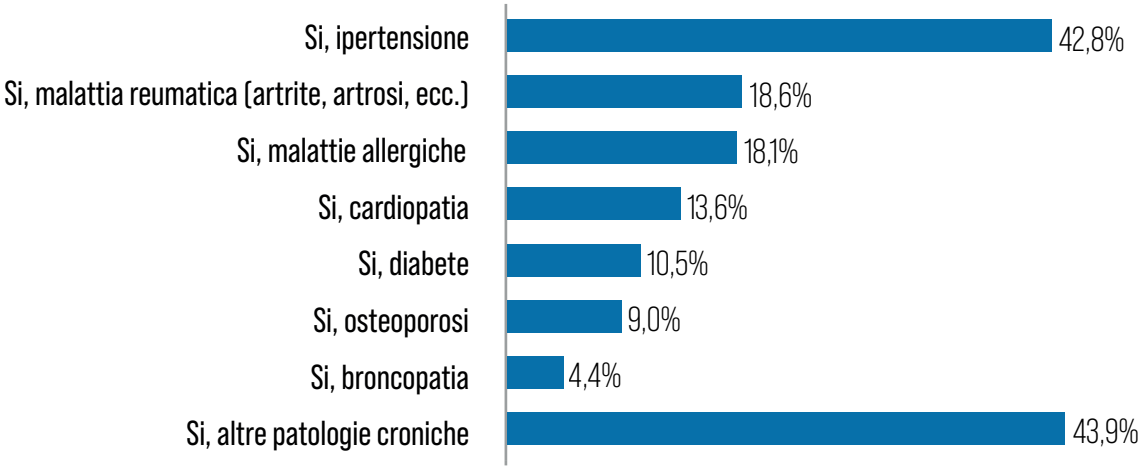
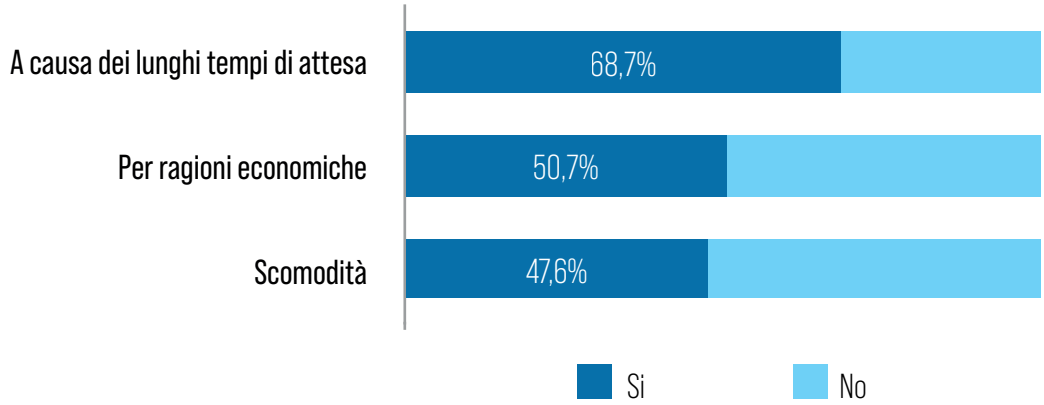
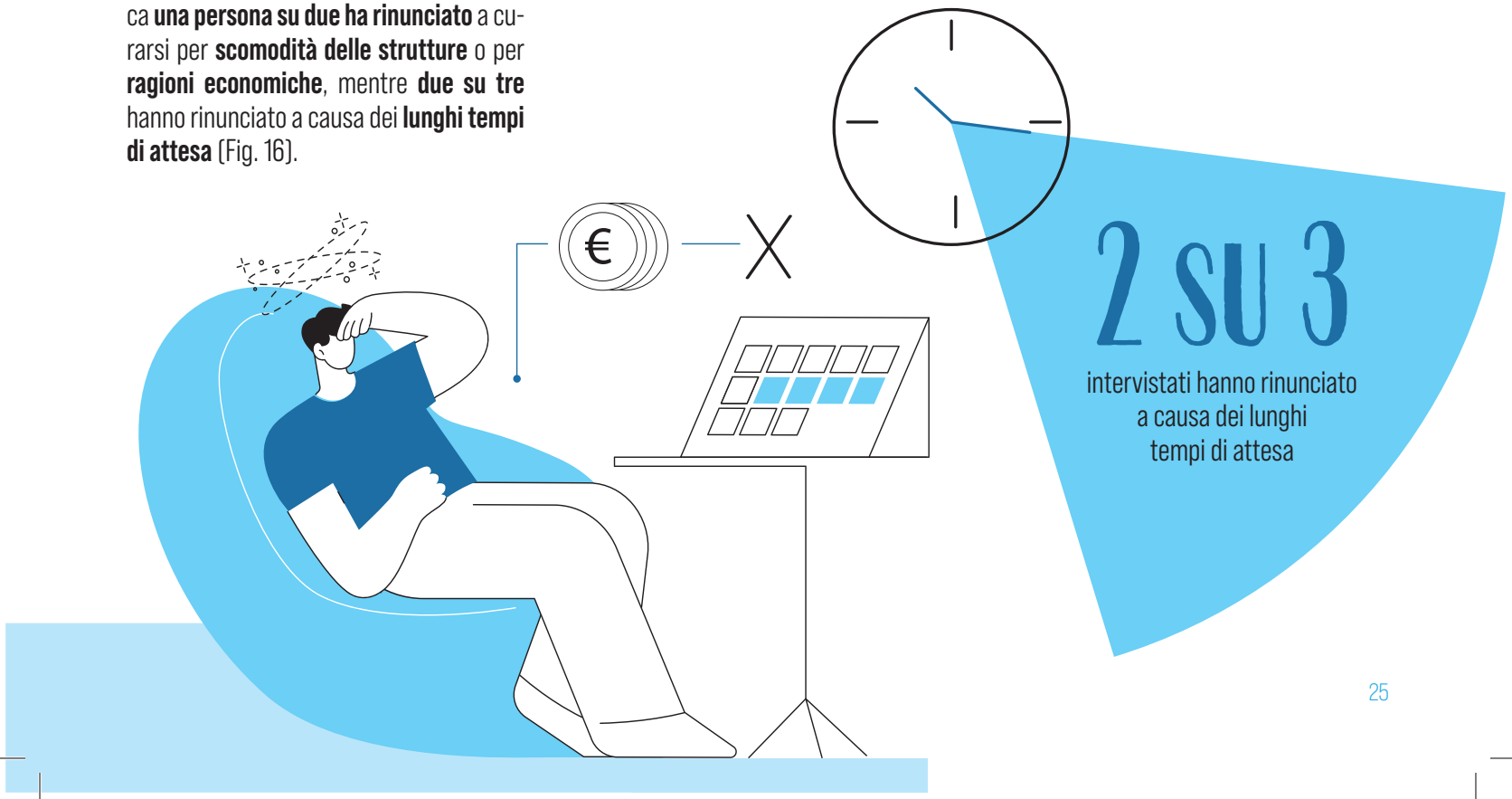


Fig. 16 - Percentuale di cronici che hanno rinunciato alle cure (qualche volta/spesso)



Tra i rispondenti con patologie croniche le rinunce alle cure nell'ultimo anno (qualche volta o spesso) sono state numerose: circa **una persona su due ha rinunciato** a curarsi per **scomodità delle strutture** o per **ragioni economiche**, mentre **due su tre** hanno rinunciato a causa dei **lunghi tempi di attesa** (Fig. 16).



4 Visite specialistiche

ANALISI DEI DATI

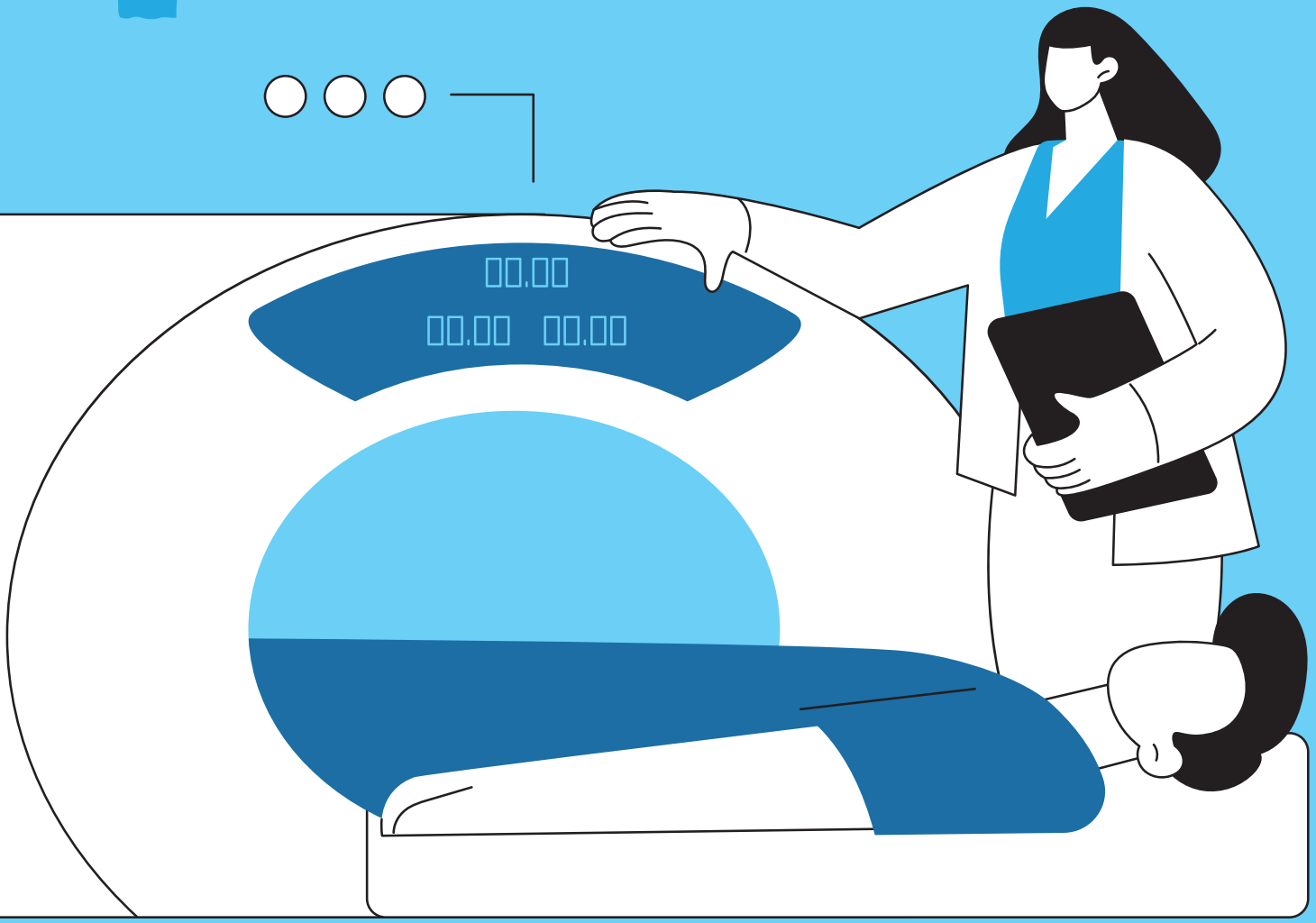


Fig. 17 - Percentuale intervistati che ha effettuato almeno 1 visita specialistica

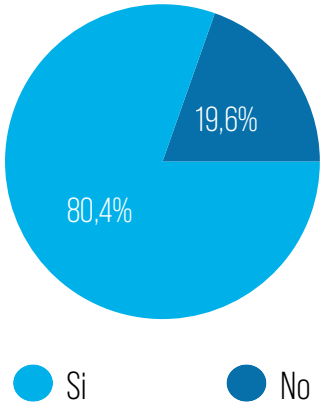
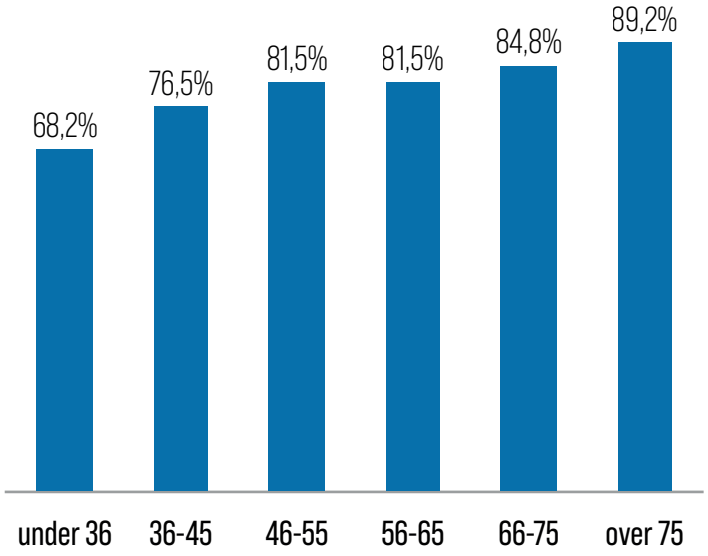


Fig. 18 - Percentuale intervistati che hanno fatto almeno una visita specialistica per fascia di età

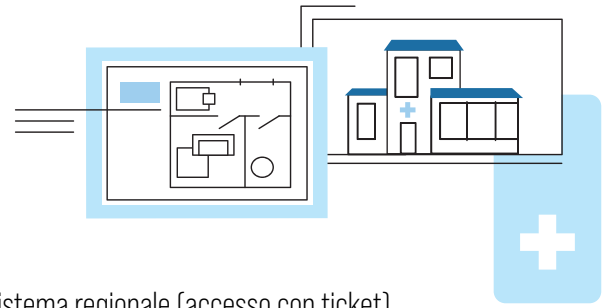


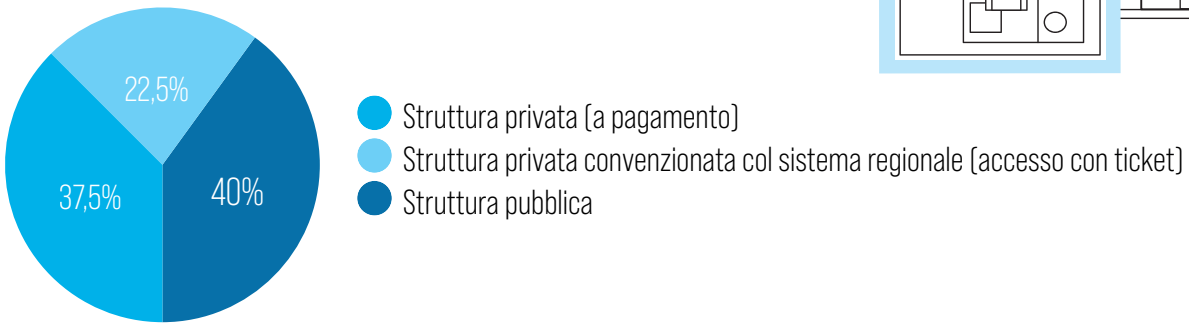
Accesso alle prestazioni

Nel 2023, **otto su dieci** intervistati hanno effettuato almeno **una visita specialistica ambulatoriale** (Fig. 17).

Tra gli intervistati, i **più anziani hanno fatto maggiormente ricorso** a visite specialistiche rispetto ai più giovani (Fig. 18).

Fig. 19 - Tipologia struttura di erogazione visita specialistica





Quasi **quattro prestazioni su dieci sono state erogate a pagamento** in strutture private; circa due su dieci sono state erogate in strutture private convenzionate con il Servizio regionale. **Quattro su dieci prestazioni ambulatoriali** sono state erogate **in strutture pubbliche** (Fig. 19).
Oltre la metà degli intervistati (55,8%) ha usufruito della prestazione a pagamento per l'erogazione di visite specialistiche (Fig. 20).
La principale motivazione che ha spinto gli intervistati a prediligere prestazioni a pagamento è stata **la tempistica minore del servizio (73,1%)**. La possibilità di scegliere il medico rileva solo per 15,3% degli intervistati, mentre le altre motivazioni sono state selezionate in misura minore (Fig. 21 e Tab. 3).

Fig. 20 - Intervistati che hanno usufruito delle prestazioni a pagamento (in strutture pubbliche o private)

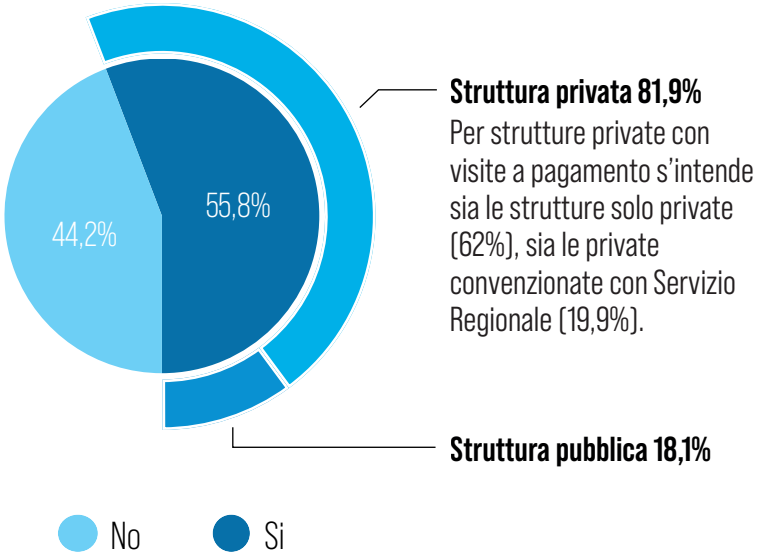
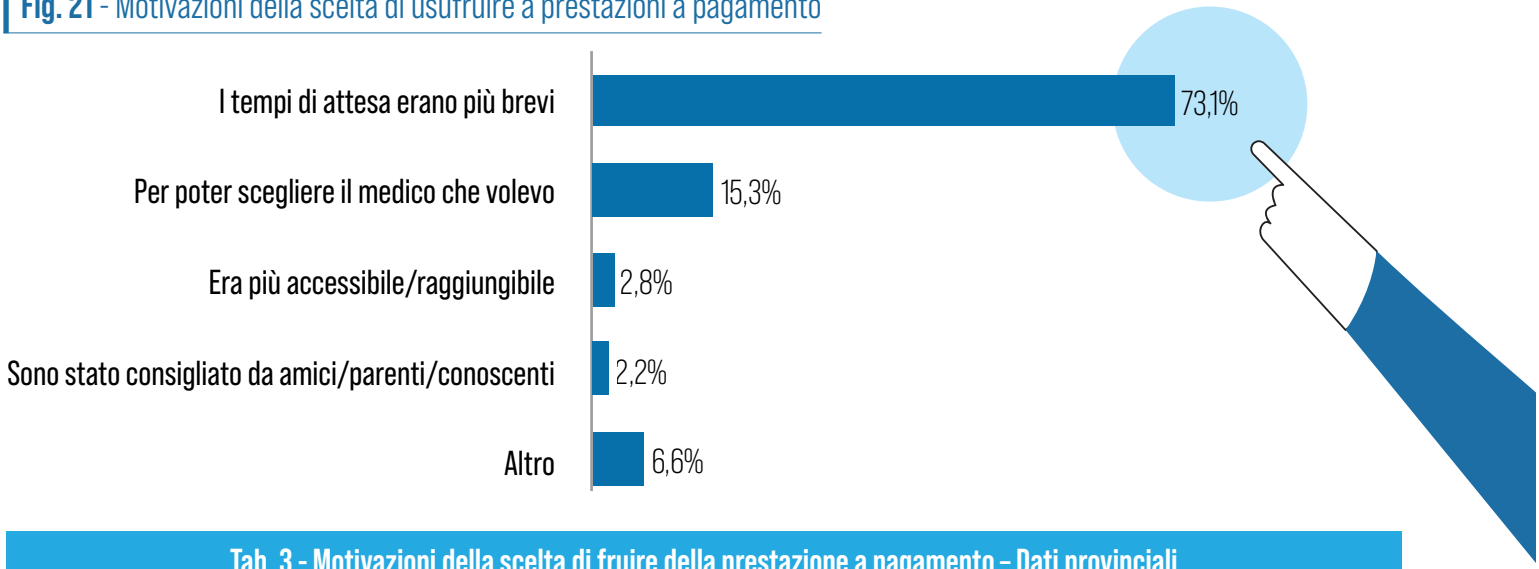


Fig. 21 - Motivazioni della scelta di usufruire a prestazioni a pagamento



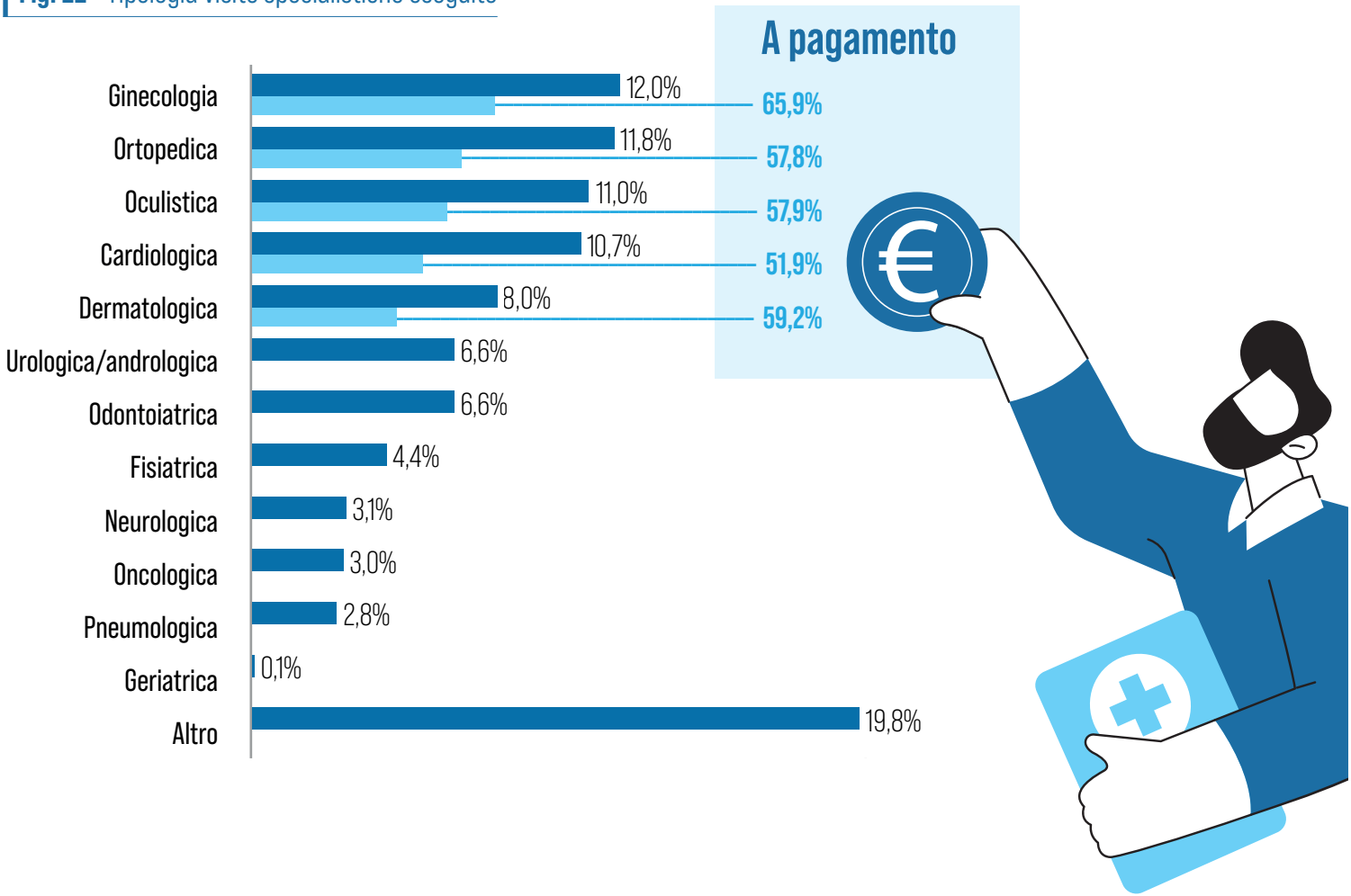
Tab. 3 - Motivazioni della scelta di fruire della prestazione a pagamento – Dati provinciali

Provincia	più accessibile/ raggiungibile	tempi di attesa più brevi	poter scegliere il medico che volevo	consigliato da amici/parenti/ conoscenti	altro
Bergamo	2,6%	77,0%	13,4%	2,1%	4,9%
Brescia	3,4%	72,1%	17,7%	1,8%	5,0%
Como	3,3%	71,7%	15,1%	2,0%	7,9%
Cremona	1,5%	67,3%	18,6%	4,5%	8,0%
Lecco	2,3%	72,4%	16,1%	1,1%	8,0%
Lodi	0,8%	63,3%	26,6%	2,3%	7,0%
Mantova	3,0%	71,7%	21,7%	3,0%	0,6%
Milano	2,6%	71,8%	15,6%	2,1%	7,9%
Monza e Brianza	3,3%	73,3%	12,5%	3,5%	7,3%
Pavia	3,5%	75,1%	13,1%	1,3%	7,0%
Sondrio	5,8%	68,8%	14,3%	3,9%	7,1%
Varese	2,5%	76,2%	12,5%	1,6%	7,2%

Tipologia delle visite

La specialità più frequente indicata dagli intervistati come ultima visita ambulatoriale erogata nel 2023 è stata la **visita ginecologica**, seguita da quella **ortopedica** e da quella **oculistica** (Fig. 22).
Per ciascuna delle prime cinque specialità per numero di visite fruite dagli intervistati, **più della metà è stata una prestazione a pagamento** (con punte fino al 65,9% per la visita ginecologia e, a seguire, del 59,2% per la visita dermatologia; il 57,9% e il 57,8% delle visite, rispettivamente, per la visita oculistica e ortopedia; il 51,9% per la vista cardiologia).

Fig. 22 - Tipologia visite specialistiche eseguite



Modalità di prenotazione e prossimità dei servizi

Circa **un intervistato su due ha prenotato** presso la struttura sanitaria prescelta, **telefonicamente o recandosi di persona** allo sportello del CUP aziendale, seguito per frequenza dalla modalità di prenotazione mediante il numero verde regionale, il 23,4%, e tramite il medico specialista, il 12,4% (Fig. 23).
L'**85%** degli intervistati ha svolto le **visite nella propria provincia**, a fronte del **14% in una provincia diversa** da quella di residenza e dell'1% delle visite fuori regione (Fig. 24).

Fig. 23 - Modalità prenotazione visita specialistica

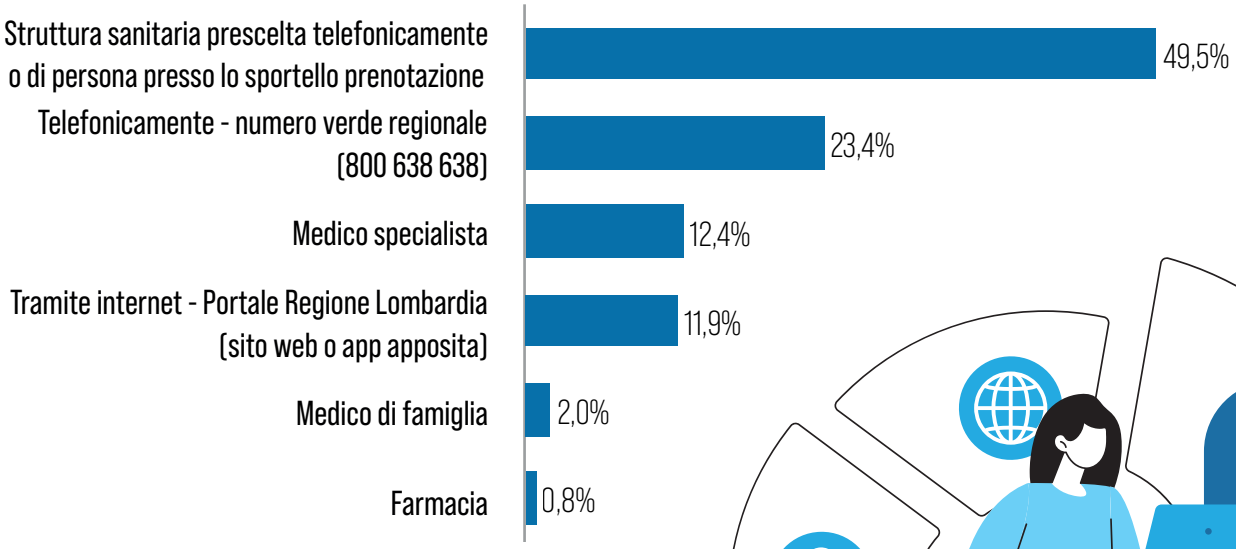
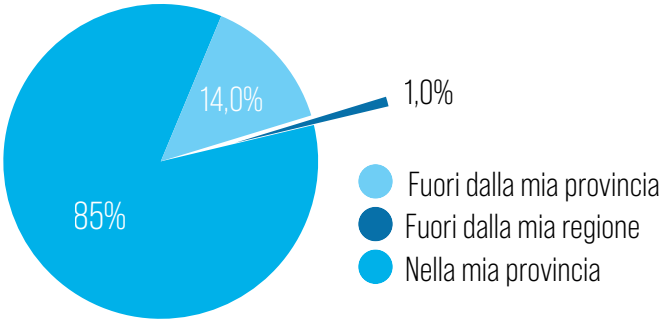


Fig. 24 - Luogo svolgimento della visita



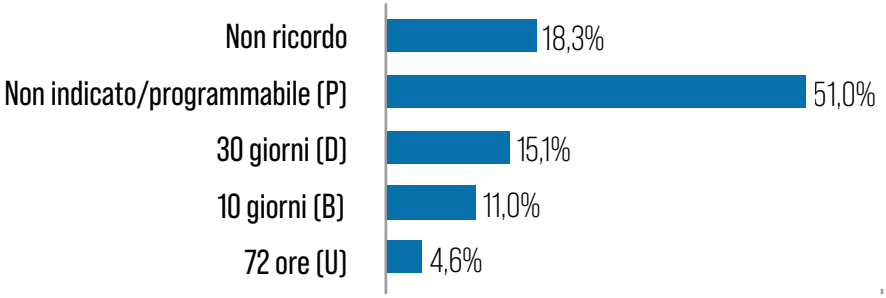
Le province con il maggior numero di residenti che svolgono più frequentemente visite specialistiche in strutture sanitarie ubicate fuori dalla propria provincia sono **Lodi (29,9%), Monza e Brianza (26,5%) e Como (24,7%).**
Spiccano in termini positivi le province di **Brescia (94,2%), Milano (90,8%) e Bergamo (88,3%)**, dove le visite, per rapporto all'ampia offerta sanitaria nel territorio, sono **prevalentemente svolte nella propria provincia** e sono attrattive anche per residenti di territori a loro limitrofi che, per contro, rilevano maggiori accessi a strutture sanitarie fuori provincia.

In alcune aree provinciali, come quelle di **Mantova (5,2%), Lodi (3,8%) e Pavia (1,4%)**, presumibilmente per rapporto a una migliore raggiungibilità, si rilevano più **accessi a strutture sanitarie fuori regione** (Tab. 4).

Tab. 4 – Luogo di prenotazione delle visite

Provincia	fuori dalla mia provincia	fuori dalla mia regione	nella mia provincia
Bergamo	11,1%	0,6%	88,3%
Brescia	4,5%	1,3%	94,2%
Como	24,8%	0,8%	74,4%
Cremona	20,7%	1,1%	78,2%
Lecco	19,8%	0,2%	80,0%
Lodi	29,9%	3,8%	66,3%
Mantova	15,6%	5,2%	79,2%
Milano	8,3%	1,0%	90,8%
Monza e Brianza	26,5%	0,4%	73,1%
Pavia	14,7%	1,4%	83,9%
Sondrio	19,5%	0,0%	80,5%
Varese	14,3%	0,7%	85,0%

Fig. 25 - Percentuale di visite per classi di priorità



Prima visita e tempi d'attesa

Tra chi ha svolto visite specialistiche ambulatoriali nel 2023, il **57,7% degli intervistati** ha dichiarato che nella prescrizione del medico curante la prestazione richiesta era **qualificata come «prima visita»**. Per il **51% delle visite** la classe di priorità (Fig. 25) era **qualificata come programmabile (P)**. Quasi la metà delle visite, il 48,8%, con priorità urgente (U) è stata erogata **non rispettando il tempo massimo di attesa.** Per le visite con priorità breve (B) e differibile (D) la prestazione oltre il tempo massimo di attesa ha riguardato, rispettivamente, il 44,4% e il 41,9% dei casi. (Tab. 5). In generale i **servizi offerti sono giudicati abbastanza positivamente**, mentre il giudizio sui **tempi di attesa** è fortemente critico, nettamente **sotto la sufficienza**, sia per le strutture pubbliche che per quelle private, ma con un giudizio peggiore per le strutture pubbliche.

Tab. 5 – Rispetto dei tempi massimi di attesa

Tempi massimi d'attesa	rispettato	non rispettato	giorni in media
72 ore (U)	51,2%	48,8%	9,11
10 giorni (B)	55,6%	44,4%	16,5
30 giorni (D)	58,1%	41,9%	36,9

Tab. 6 - Giudizi sull'esperienza di erogazione delle visite

	Prima visita			Non prima visita (controlli – follow up)		
	struttura privata (a pagamento)	struttura privata convenzionata	struttura pubblica	struttura privata (a pagamento)	struttura privata convenzionata	struttura pubblica
Capacità relazionale del personale	7,1	6,9	6,8	7,3	7,2	7,3
Adeguatezza della struttura	7,2	7,1	6,9	7,4	7,3	7,2
Qualità della prestazione professionale	7,2	6,9	6,9	7,5	7,3	7,4
Tempi di attesa	4,9	4,3	3,9	5,2	4,3	4,4

5 Esami diagnostici

ANALISI DEI DATI

Accesso alle prestazioni e prossimità dei servizi

Oltre **sei intervistati (62%) su dieci** hanno effettuato degli esami nel 2023 (Fig. 26). Gli esami sono stati svolti nella provincia di residenza nell'85,6% dei casi, mentre per il 13,4% sono stati svolti fuori provincia e per l'1% fuori regione (Fig. 27).

Fig. 26 - Percentuale di intervistati che hanno effettuati esami nel 2023

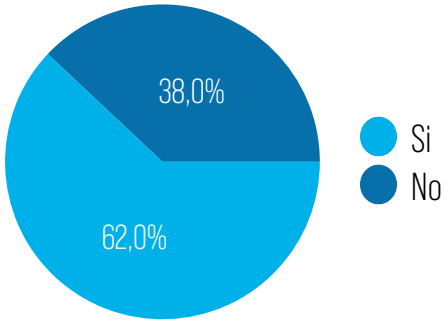
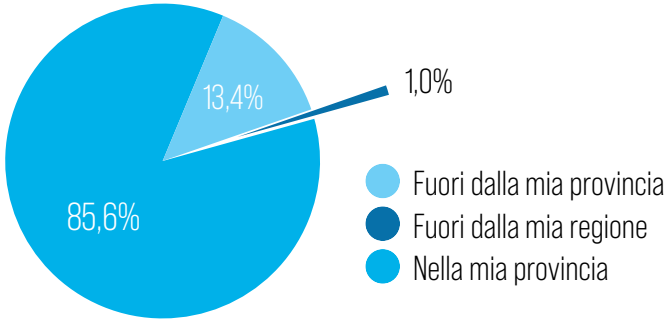


Fig. 27 - Dove sono stati effettuati gli esami

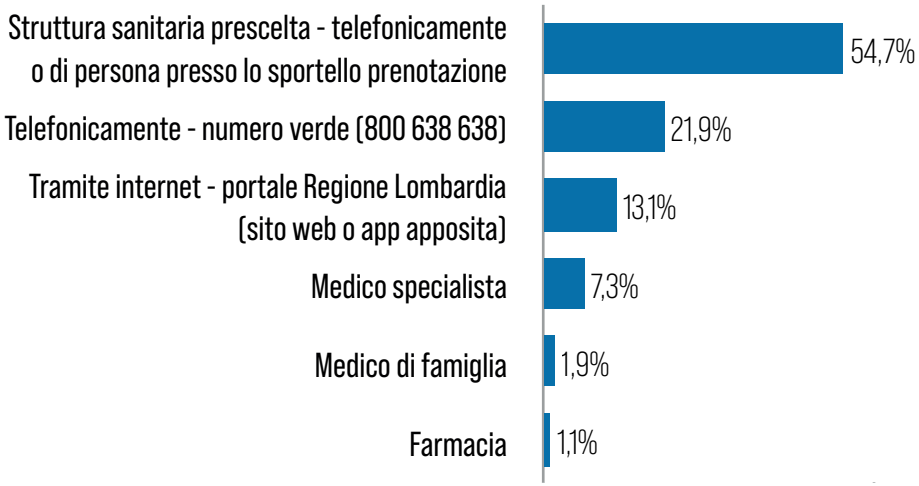


Gli esami sono stati effettuati fuori provincia di residenza soprattutto nelle province di Lodi (26,8%), Monza e Brianza (25,1%) e Como (23,5%), mentre sono stati erogati fuori regione prevalentemente a Mantova (5,8%), Lodi (3,8%) e Pavia (1,7%). Valgono, a questo riguardo le considerazioni fatte sull'analogo capitolo delle visite ambulatoriali.
Emergono **positivamente Brescia (94,3%) e Milano (91,5%)** per esami effettuati nella stessa provincia di residenza (Tab. 7).

Tab.7 - Luogo di prenotazione degli esami

Provincia	fuori dalla mia provincia	fuori dalla mia regione	nella mia provincia
Bergamo	10,8%	0,8%	88,4%
Brescia	4,8%	0,9%	94,3%
Como	23,6%	0,8%	75,6%
Cremona	17,9%	0,7%	81,4%
Lecco	20,8%	0,3%	78,9%
Lodi	26,7%	3,8%	69,5%
Mantova	14,9%	5,8%	79,3%
Milano	7,5%	1,0%	91,5%
Monza e Brianza	25,2%	0,3%	74,5%
Pavia	13,7%	1,7%	84,6%
Sondrio	20,2%	0,0%	79,8%
Varese	13,8%	0,5%	85,7%

Fig. 28 - Come sono stati prenotati gli esami



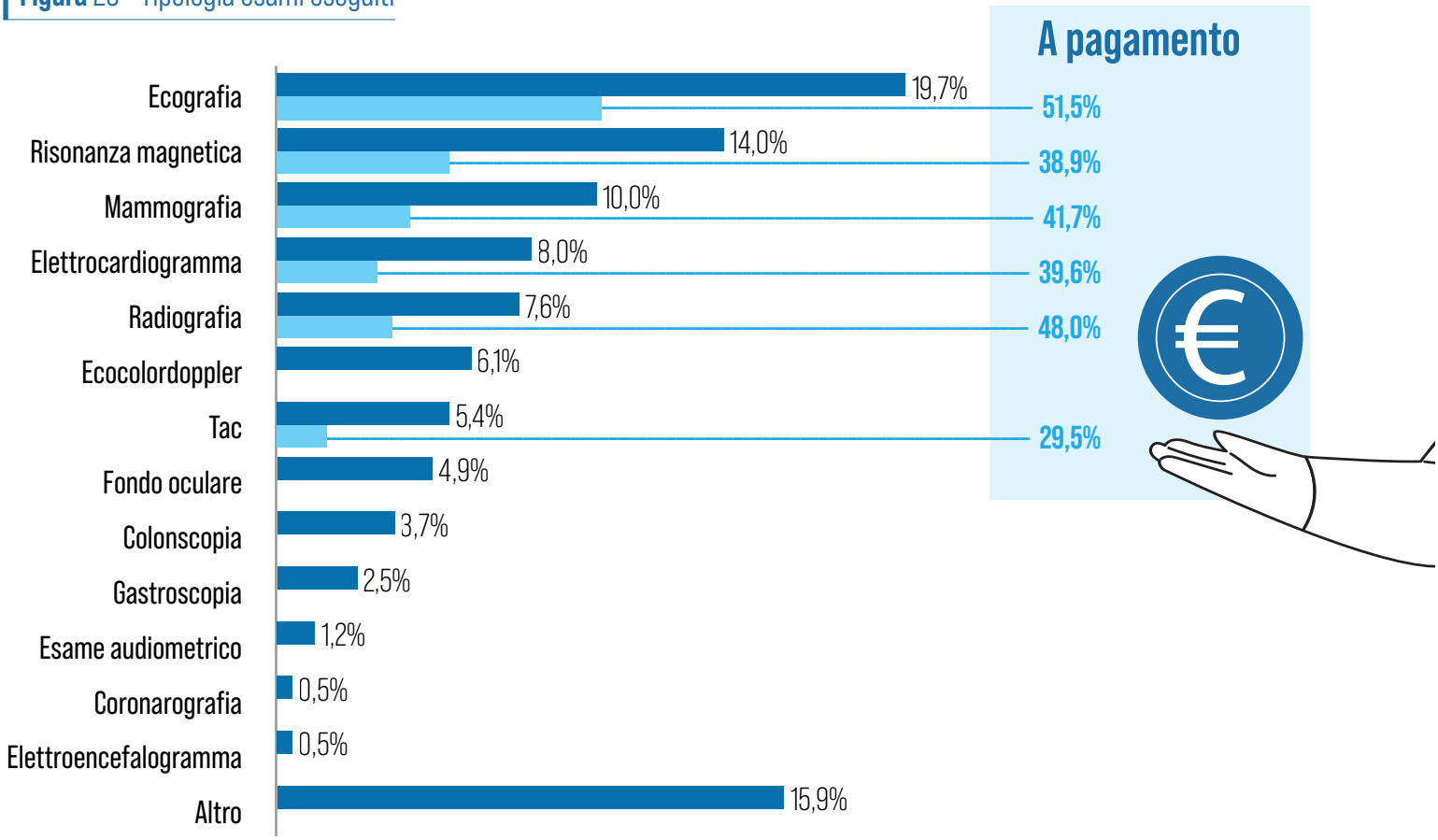
Modalità di prenotazione degli esami

(Fig. 28) La modalità di prenotazione degli esami **prevalente è stata la prenotazione telefonica al CUP** aziendale o di persona presso la struttura sanitaria prescelta (54,7%), seguita a distanza dalla prenotazione telefonica attraverso il numero verde regionale (21,9%) e dal portale regionale online (13,1%).

Tipologia esami diagnostici

Gli esami più frequenti sono stati: l'ecografia (19,7%), la risonanza magnetica (14%), la mammografia (10%), l'ECG (8%) e gli esami radiologici (7,6%).

Figura 29 - Tipologia esami eseguiti

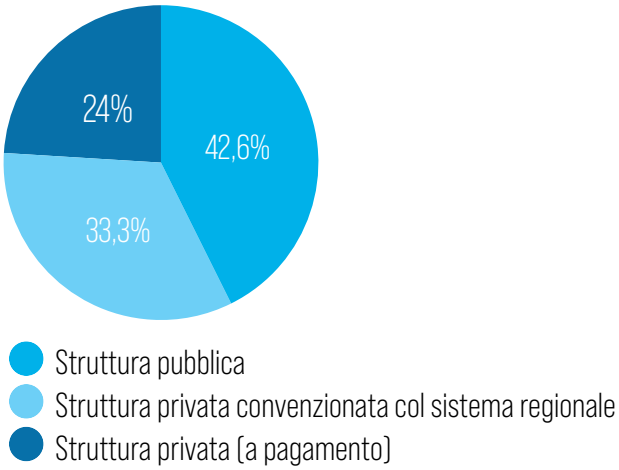


Più della metà degli intervistati che si è sottoposta ad un esame ecografico ha fatto **ricorso alla prestazione a pagamento.** Il 48% degli esami radiologici è stato usufruito a pagamento. Ugualmente a pagamento il 41,7 % delle mammografie e quasi quattro esami su dieci per gli ECG e la risonanza magnetica. Il 29,5% fra gli intervistati che nel 2023 hanno effettuato una TAC l'hanno pagata di tasca propria (Fig. 29).

Strutture di erogazione

Nel 2023, più di **quattro esami su dieci** sono stati **erogati in strutture pubbliche**; **uno su tre** esami è stato erogato da strutture **private convenzionate** con il Servizio regionale con pagamento del solo ticket e quasi **uno su quattro** è stato erogato da strutture **private a pagamento** (Fig. 30).

Fig. 30 - Tipologia struttura di erogazione esami



Tempi d'attesa

Il tempo massimo d'attesa **per il 44,5% degli esami** indicati con priorità urgente (U, 72 ore) **non è stato rispettato**. Per gli esami con impegnativa di 10 giorni (B) e di 60 giorni (D) la quota di mancato rispetto della priorità scende, rispettivamente, al 40,3% e al 18,03% (Tab. 8).

Tab. 8 - Rispetto dei tempi massimi di attesa

Tempi massimi d'attesa	rispettato	non rispettato	giorni in media
72 ore (U)	55,5%	44,5%	7,1
10 giorni (B)	59,7%	40,3%	14,9
60 giorni (D)	82,0%	18,0%	43,1

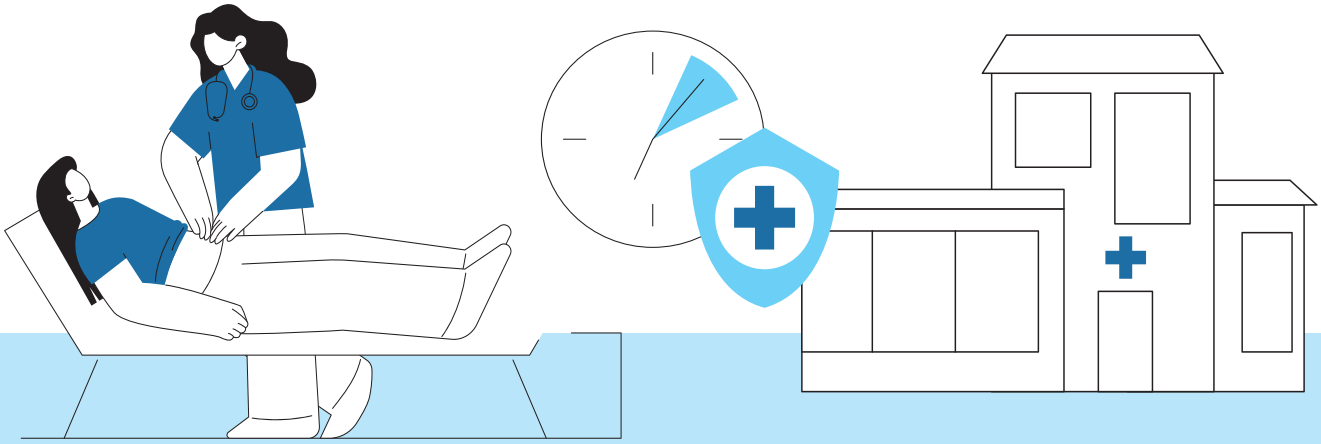
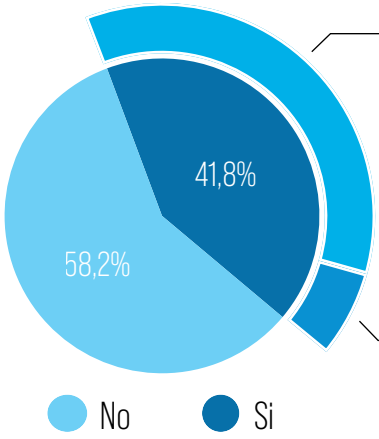


Fig. 31 - Esami: intervistati che hanno usufruito della prestazione pagamento (in strutture pubbliche o private)



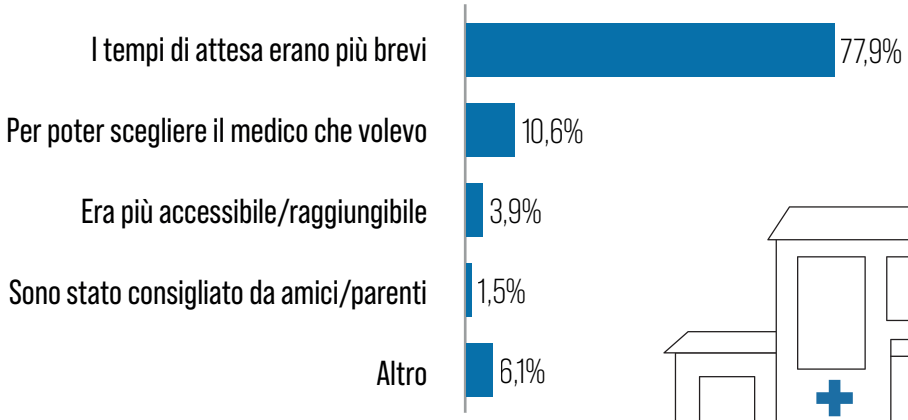
Struttura privata 84,2%
Per strutture private con visite a pagamento s'intende sia le strutture solo private (**52,64%**), sia le private convenzionate con Servizio Regionale (**31,51%**).

Struttura pubblica 15,8%

Scelta di esami a pagamento

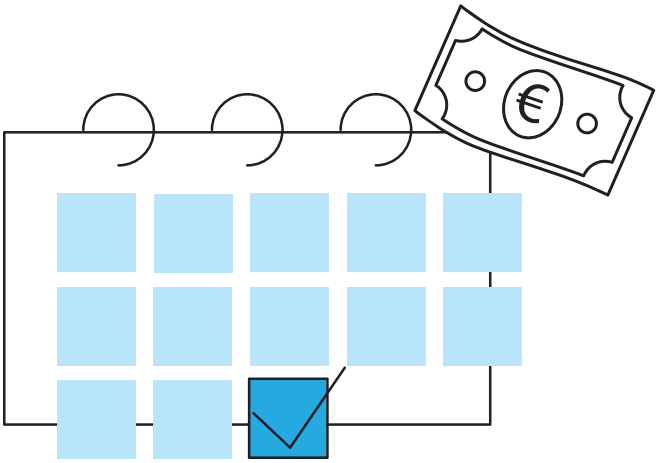
Poco **più di quattro esami su dieci** sono stati **effettuati a pagamento** (Fig. 31).
Il motivo principale della scelta di effettuare esami a pagamento (78% dei casi) è stato il breve tempo di attesa fornito da questa modalità di erogazione delle prestazioni (Fig. 32).

Fig. 32 - Perché si usufruisce di esami a pagamento



78%
dei casi sceglie esami a pagamento per ridurre i tempi di attesa

I tempi di attesa per gli esami diagnostici sono il **motivo prevalente nella scelta di fruire della prestazione a pagamento** in tutte le province. Si oscilla da un valore minimo per la **provincia di Lodi, pari al 67,1%**, fino a un valore massimo per la **provincia di Brescia, con l'82,3%** degli utenti residenti nel bresciano che a causa dei tempi d'attesa hanno scelto la prestazione diagnostica a pagamento (Tab. 9).



Tab. 9 - Motivazioni della scelta di fruire della prestazione a pagamento – Dati provinciali

Provincia	più accessibile/ raggiungibile	tempi di attesa più brevi	poter scegliere il medico che volevo	consigliato da amici/parenti/ conoscenti	Altro
Bergamo	4,2%	78,7%	9,7%	2,2%	5,1%
Brescia	2,1%	82,3%	10,8%	0,9%	3,9%
Como	5,6%	74,2%	11,6%	2,0%	6,6%
Cremona	2,1%	78,1%	11,5%	3,1%	5,2%
Lecco	1,3%	75,2%	14,1%	1,3%	8,0%
Lodi	10,6%	67,1%	12,9%	3,5%	5,9%
Mantova	3,7%	77,5%	13,7%	0,0%	5,0%
Milano	3,9%	77,8%	10,3%	0,7%	7,3%
Monza e Brianza	4,5%	80,2%	6,6%	1,2%	7,4%
Pavia	5,2%	73,1%	16,4%	1,5%	3,7%
Sondrio	4,6%	77,0%	9,2%	3,4%	5,7%
Varese	2,6%	79,5%	9,9%	1,3%	6,6%

6 Ricoveri

ANALISI DEI DATI

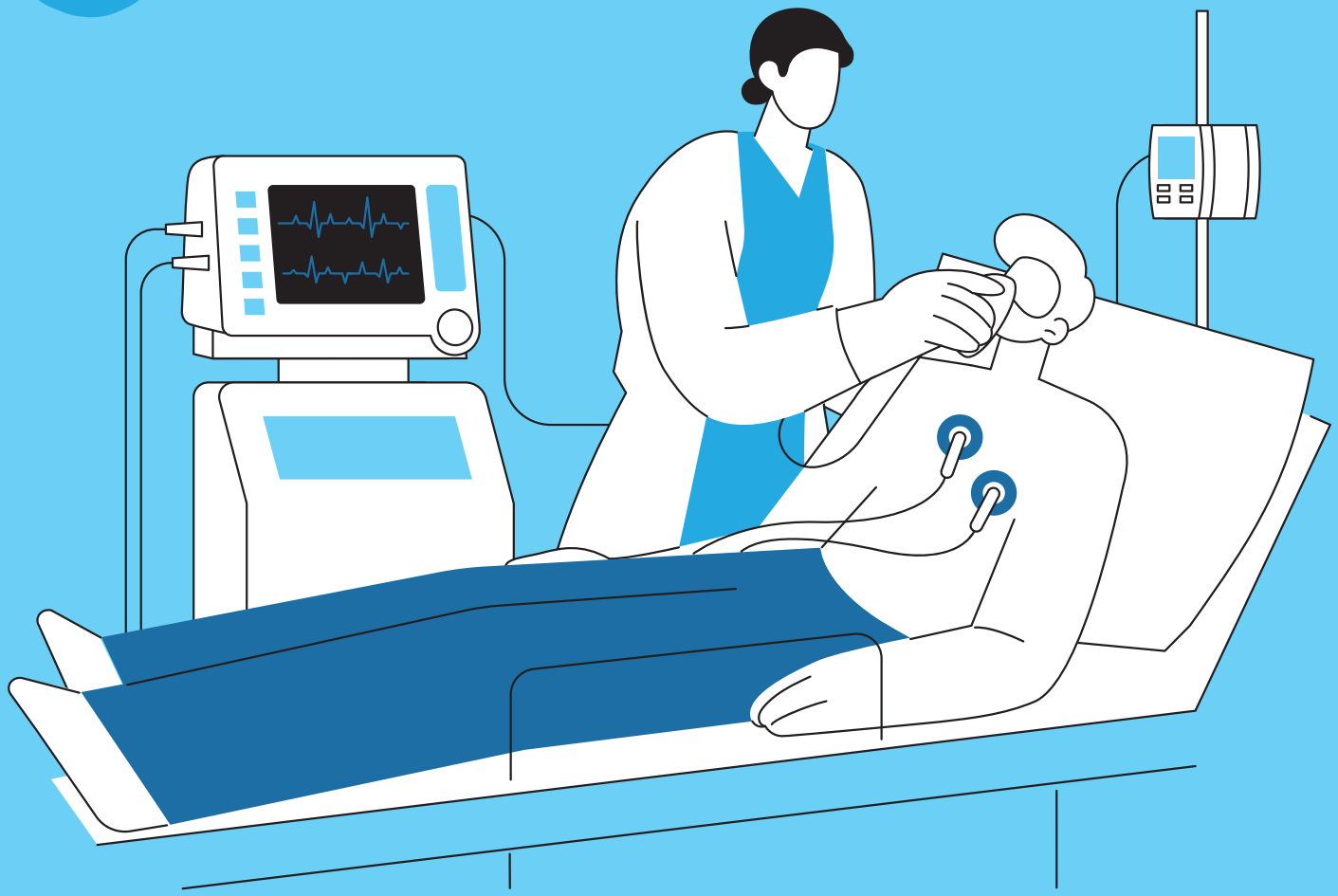


Fig. 33 - Ricoveri nel 2023

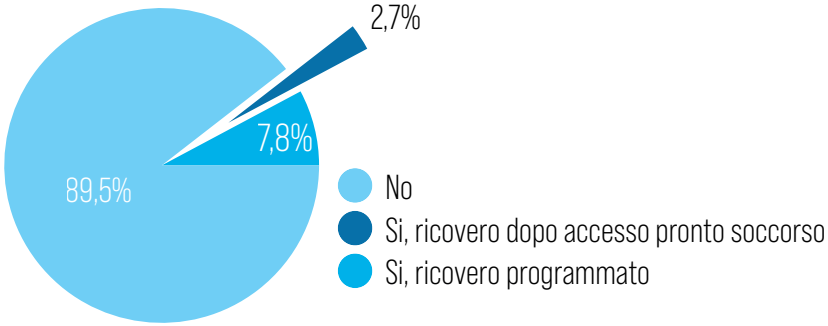


Fig. 34 - Tipologia ultimo ricovero

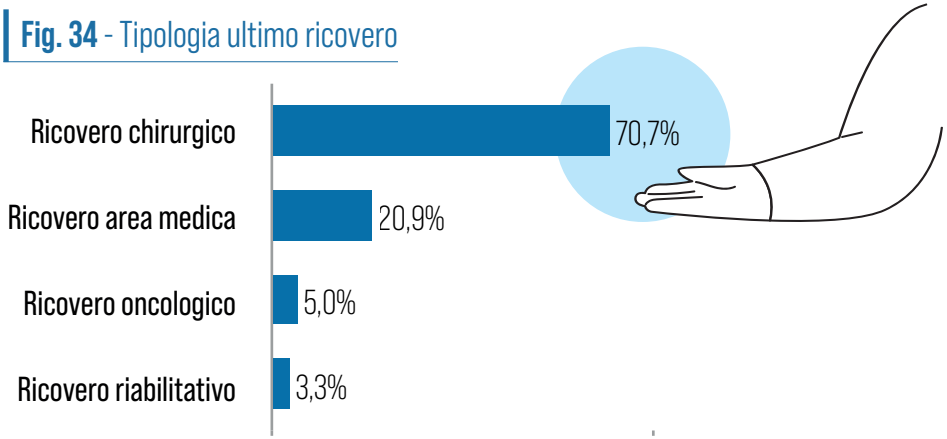
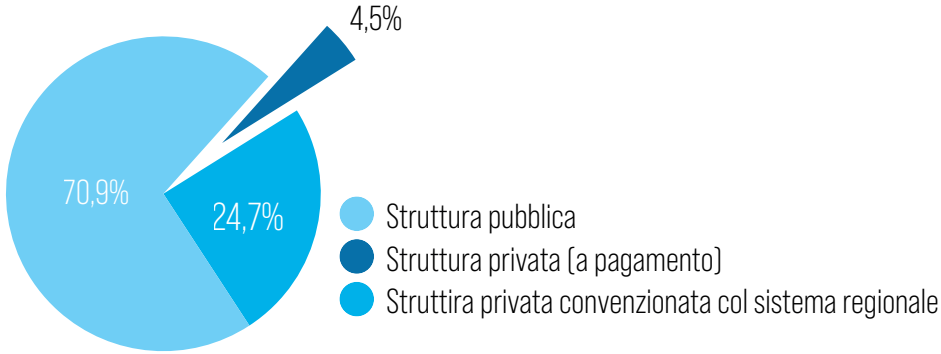


Fig. 35 - Tipologia struttura del ricovero



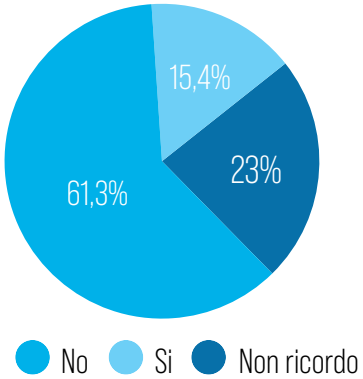
Acceso alle prestazioni

Tra gli intervistati, **più del 10% hanno effettuato ricoveri nel corso dell'anno 2023** (Fig. 33). Per la maggioranza degli intervistati (Fig. 34) si è trattato di ricoveri chirurgici (70,7%), seguiti dai ricoveri in area medica (20,9%) e, con percentuali nettamente inferiori, dai ricoveri oncologici (5%) e dai ricoveri riabilitativi (3,3%). Oltre sette ricoveri su dieci (70,9%) sono avvenuti in strutture pubbliche, mentre circa uno su quattro è stato effettuato in strutture private convenzionate con il Servizio regionale. Solo il 4,5% dei ricoveri è avvenuto in strutture private (Fig. 35).

Tempi d'attesa

Nelle impegnative per i ricoveri, **solo nel 15,4%** dei casi è stata **indicata la classe di priorità** con stabiliti i tempi di attesa (Fig. 36).

Fig. 36 - Indicazioni tempi di attesa del ricovero



La metà dei ricoveri è stato previsto entro i 30 giorni (Fig. 37). Fanno seguito i ricoveri entro i 60 giorni (17,4%), ed entro 180 giorni (9,4%).

In più di un ricovero su quattro i tempi massimi d'attesa non sono stati rispettati (Fig. 38). Il 16,9% ha usufruito della prestazione a pagamento: tra questi il 62,5% degli intervistati vi ha fatto ricorso con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa.

Fig. 37 - Distribuzione per classi di priorità del ricovero programmato

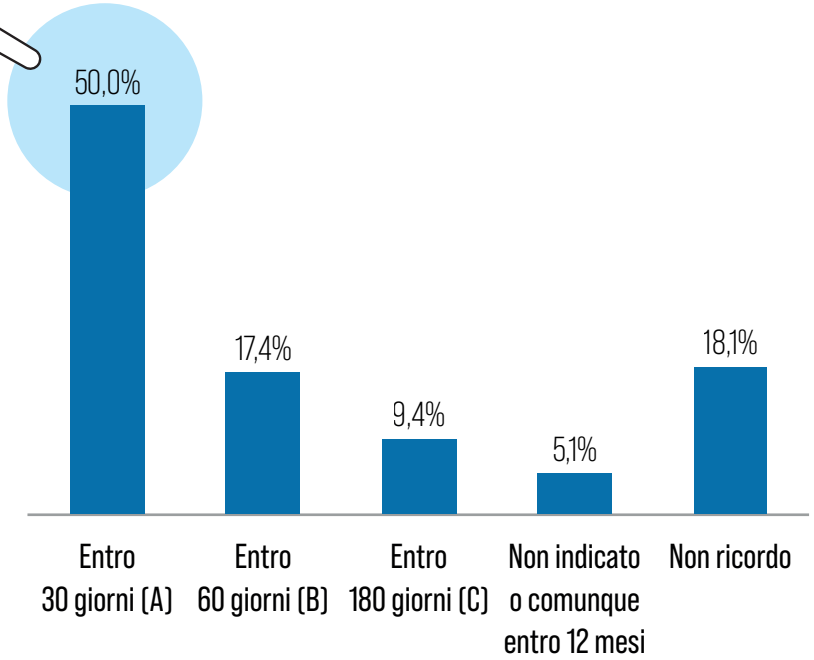


Fig. 38 - Rispetto dei tempi di ricovero

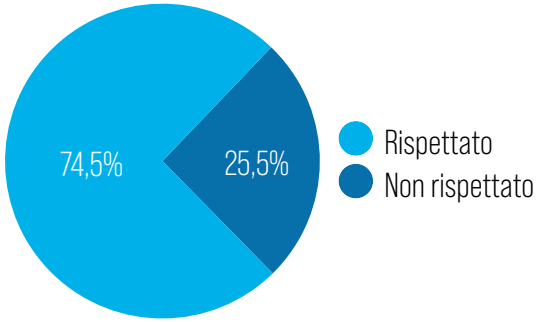
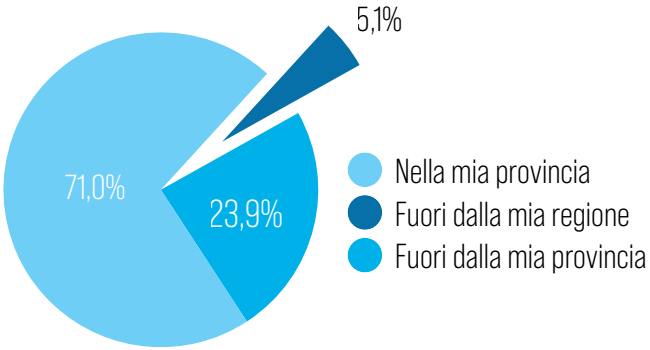


Fig. 39 - Dove sono stati effettuati i ricoveri



Prossimità dei servizi

Più di sette ricoveri programmati su dieci sono stati effettuati **nella provincia di residenza**, mentre quasi un ricovero su quattro è stato effettuato in una provincia diversa da quella di residenza (Fig. 39). Solo il 5% dei ricoveri programmati si è verificato fuori regione.

Per quanto riguarda i ricoveri, essi vengono svolti fuori provincia soprattutto a Sondrio (50,0%), Monza e Brianza (44,4%) e Pavia (40,0%), mentre fuori regione sono usufruiti dagli intervistati prevalentemente nella provincia di Mantova (50%), seguita con distacco da Lodi (22,2%) e Brescia (11,1%).
Emergono in termini **positivi le province di Bergamo (89,5%), Milano (84,4%) e Lecco (80,0%)** per ricoveri effettuati nella stessa provincia di residenza.

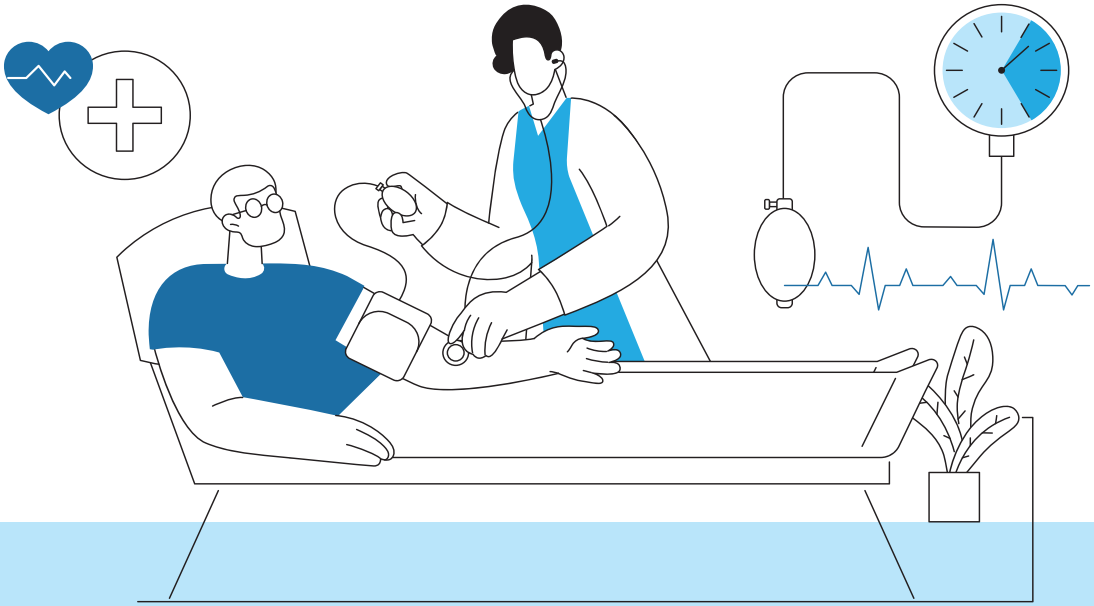
Tab. 10 - Luogo di erogazione della prestazione sanitaria

Provincia	fuori dalla mia provincia	fuori dalla mia regione	nella mia provincia
Bergamo	10,5%	0,0%	89,5%
Brescia	22,2%	11,1%	66,7%
Como	33,3%	0,0%	66,7%
Cremona	22,2%	0,0%	77,8%
Lecco	20,0%	0,0%	80,0%
Lodi	33,4%	22,2%	44,4%
Mantova	16,7%	50,0%	33,3%
Milano	12,5%	3,1%	84,4%
Monza e Brianza	44,4%	0,0%	55,6%
Pavia	40,0%	0,0%	60,0%
Sondrio	50,0%	0,0%	50,0%
Varese	31,8%	0,0%	68,2%

I giudizi sui ricoveri programmati sono **generalmente positivi, maggiori di 6** (Fig. 40), con quattro eccezioni territoriali: Sondrio, Monza Brianza, Bergamo e Como. Il punteggio più basso, anche nel caso dei ricoveri programmati, si riferisce ai tempi di attesa (Tab. 11).

Fig. 40 - Giudizio sul ricovero programmato (voto da 1 a 10)

Tab. 11 – Giudizio sul ricovero (qualità percepita – voto da 1 a 10)				
Provincia	tempi di attesa	qualità della prestazione professionale	adeguatezza della struttura	capacità di relazione del personale
Bergamo	5,5	8,3	8,1	8,3
Brescia	6,1	8,0	8,0	8,3
Como	5,8	7,1	8,3	7,6
Cremona	6,7	8,7	7,9	8,7
Lecco	6,8	7,6	7,8	7,8
Lodi	6,2	9,0	8,4	9,2
Mantova	6,8	8,5	8,2	7,8
Milano	6,9	8,0	7,4	7,7
Monza e Brianza	5,3	8,0	7,9	7,9
Pavia	6,8	7,8	8,0	7,4
Sondrio	5,3	7,5	8,8	8,8
Varese	6,2	7,8	7,6	7,3



Ricoveri dal Pronto soccorso

Le ore di attesa in pronto soccorso **prima di essere visitati** si sono attestate in **media su circa 3 ore e 30 minuti**, con un **picco di 12 ore**, mentre quelle di attesa **tra la visita e il trasferimento in reparto** sono state in media di **oltre 8 ore e 30 minuti**. Per quanto riguarda le ore di attesa in PS prima di essere visitati, il picco è stato di 12 ore. Le ore di attesa **tra visita in PS e ricovero** in reparto hanno toccato **anche le 48 ore** (Tab. 12).
I giudizi sul servizio offerto sono discreti, ma calano sensibilmente in ottica di tempi di attesa (Fig. 41).

Fig. 41 - Giudizio sul ricovero da PS (voto da 1 a 10)

Tab. 12 - Giudizi sull'esperienza al Pronto soccorso per provincia

Provincia	Tempo d'attesa tra ingresso in PS e visita		Tempo d'attesa in PS tra visita e ricovero	
	media ore di attesa per visita	picchi ore di attesa per visita	media di ore di attesa tra visita e ricovero	picchi ore di attesa per ricovero
Bergamo	3,9	12	7,1	26
Brescia	3,1	12	7,6	48
Como	5,2	12	13,0	48
Cremona	2,8	8	3,3	10
Lecco	3,3	12	7,4	10
Lodi	4,0	9	15,9	48
Mantova	3,6	12	7,8	24
Milano	4,6	12	10,0	48
Monza e Brianza	2,0	9	6,0	36
Pavia	4,9	12	9,9	48
Sondrio	2,2	8	1,8	5
Varese	2,7	8	14,9	48

7 L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

ANALISI DEI DATI

Hanno fatto **ricorso a misure di assistenza domiciliare integrata il 7,2% degli intervistati**: di questi, il 90,6% sono persone che hanno attivato l'ADI per un familiare, mentre il 9,4% sono soggetti direttamente interessati dalla misura. Tra questi ultimi, l'**età media è di 58 anni**. L'ADI è stata prevalentemente attivata attraverso il medico di famiglia (74,5% dei casi), nel 25,5% dei casi all'esito della dimissione ospedaliera.

Fig. 42 - Persone per cui è stata attivata l'ADI

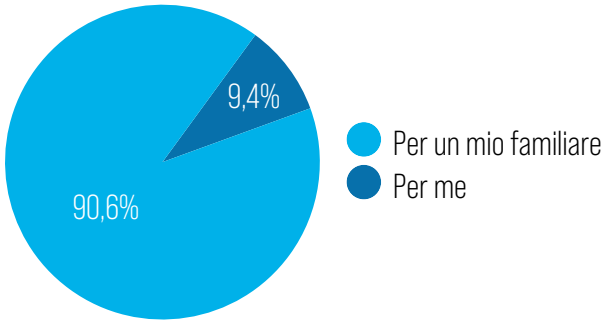
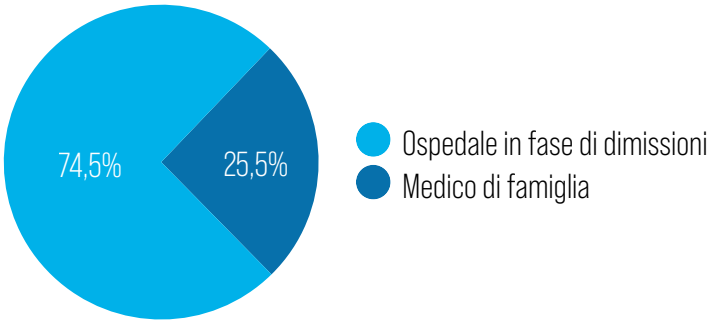


Fig. 43 - Modalità attivazione ADI



Ad intervenire nell'assistenza domiciliare sono **nel 56,7% dei casi figure infermieristiche**, mentre nel 43,3% dei casi si tratta di equipe multidisciplinari. Occorre notare come solo il 2,1% dei soggetti con 3 o più patologie croniche ha dichiarato di aver attivato l'ADI (Fig. 44). Anche nel caso dell'ADI, i **giudizi sono generalmente positivi**, ma lo sono meno per quanto riguarda i tempi di attesa (Fig. 45).

Fig. 44 - Professionisti coinvolti nel Servizio di ADI

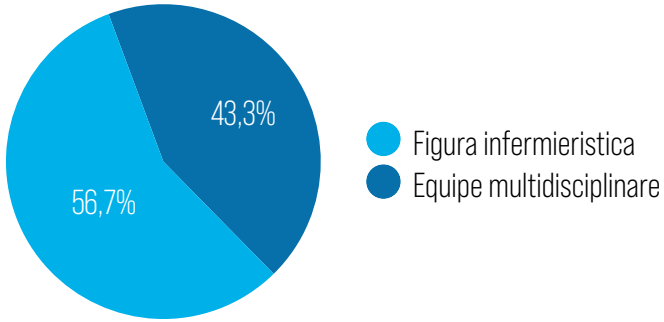


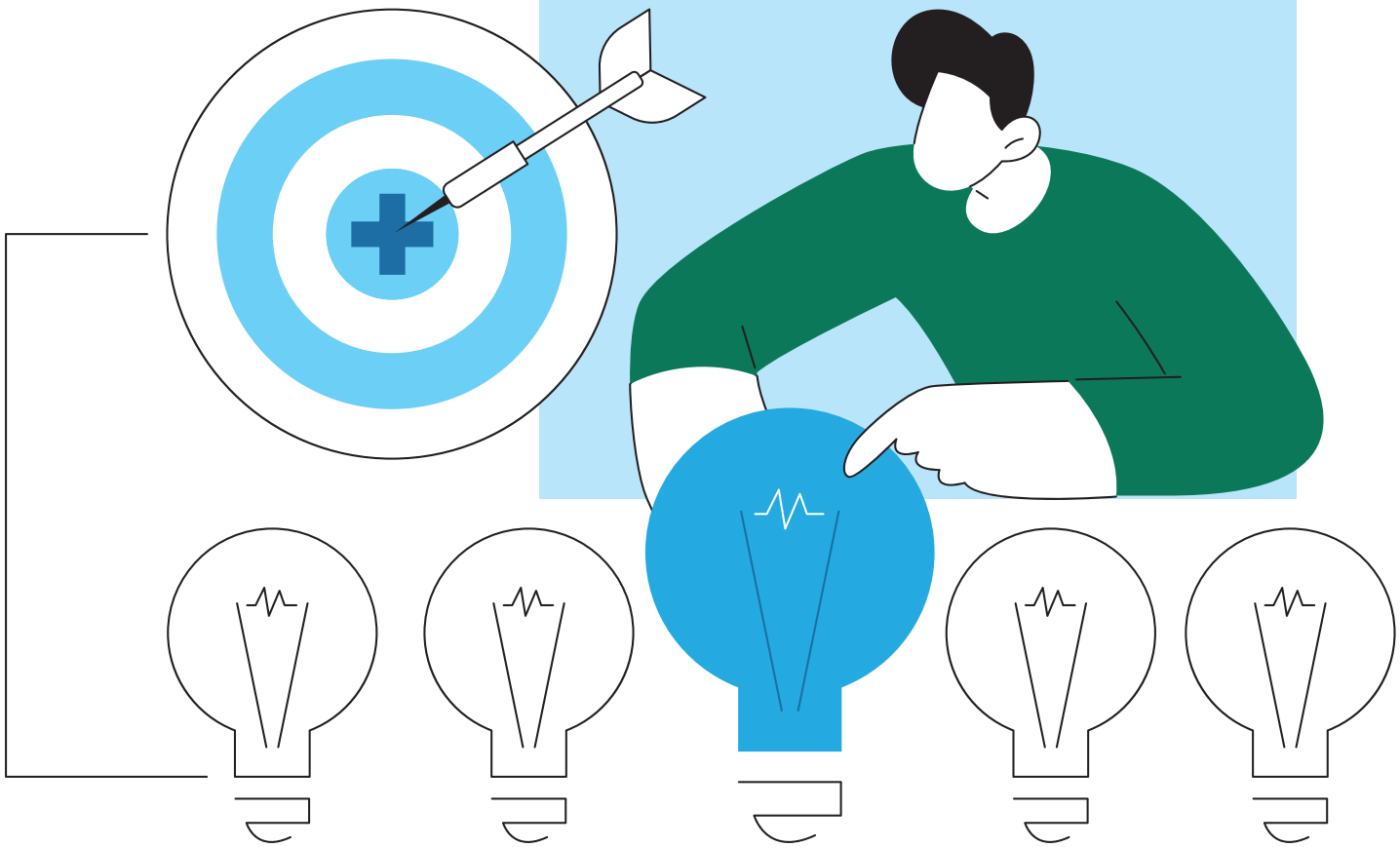
Fig. 45 - Giudizi sull'ADI (voto da 1 a 10)

Le proposte della CISL

Lo **sviluppo di una sanità di prossimità**, integrata con i servizi sociosanitari e sociali, insieme al mantenimento di **alti livelli di qualità** della rete specialistico-ospedaliera e della ricerca, sono concordemente considerati la via maestra per avere un servizio sanitario capace di rispondere a future emergenze sanitarie e a **crescenti bisogni di salute** di una popolazione il cui **profilo epidemiologico-demografico è in chiara evoluzione** e trasformazione verso condizioni di maggiore e **più diffusa fragilità e complessità clinica**.

A questo fine, è sì prioritaria la puntuale, piena e controllata **realizzazione delle strutture previste dal piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)** e dalla legge regionale n. 22/21, assicurando partecipazione nella fase di riorganizzazione dei servizi territoriali e pubblica accessibilità ai dati di monitoraggio di processo e di esito, ma occorre anche **affrontare la grave crisi di personale** che coinvolge tutte le professionalità mediche e sanitarie nelle aree della prevenzione e dell'assistenza distrettuale e ospedaliera.

La programmazione, infatti, trova nel **declino delle risorse professionali** in ambiti essenziali del Servizio sanitario e sociosanitario regionale (SSR) il suo principale "collo di bottiglia".



Carenza di personale nel SSR e rapporto pubblico-privato

Il crescente spostamento dell'attività di diagnosi e cura dal servizio pubblico alla sanità privata tende a mutare in radice il rapporto tra l'uno e l'altra: un rapporto che si vorrebbe fosse attuato in un'ottica di collaborazione e integrazione pubblico-privato, anziché di sostituzione del primo con il secondo.

Riportare attività (in valore e volume) e professionisti della salute nel SSR, fermando anzitutto l'esternalizzazione di servizi core, è un'azione indispensabile. Tuttavia, se restassimo nel perimetro di un aumento delle prestazioni aggiuntive in area a pagamento o in libera professione e dell'aumento della spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie dai privati, i problemi – in termini di riduzione di personale, di capacità produttiva e, infine, di ruolo della sanità pubblica nel sistema lombardo – non avrebbero realistiche prospettive di miglioramento.

Una chiara indicazione degli indirizzi strategici e di governo della sanità lombarda, espliciti tanto negli obiettivi di sistema quanto nei percorsi attuativi da declinare negli atti di programmazione, deve prevedere gli interventi necessari per il rafforzamento degli organici del SSR in termini di:

- Politiche e piani assunzionali, di **stabilizzazione e di valorizzazione del personale**, basate su una corretta programmazione sia dei fabbisogni (nei ruoli dirigenziale e non-dirigenziale sanitario, sociosanitario, tecnico e amministrativo), sia degli accessi alle scuole di specializzazione;
- Fabbisogno e inserimento di professionisti sanitari formati per la presa in carico di pazienti cronici complessi, fragili e multipatologici, con particolare riferimento ai medici della medicina territoriale e ai medici specializzati in medicina interna, per implementare e sviluppare **nuovi modelli organizzativi dei servizi di prossimità e di ospedalità**;
- Incentivi per la partecipazione ai percorsi formativi di laurea delle professioni sanitarie tramite **riconoscimenti economici**, in particolare correlati **ai periodi di tirocinio**, finalizzati a promuovere l'elezione del percorso e il suo completamento;
- Percorsi formativi del personale in servizio in una logica di *lifelong learning* e di valorizzazione delle competenze cliniche, gestionali e relazionali per lo sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio e del **lavoro in equipe multiprofessionali**, chiarendo con specifici provvedimenti funzioni, modalità e relazioni operative di tutti e tra tutti i professionisti coinvolti, sanitari e sociali;
- Strumenti di **conciliazione vita-lavoro** e interventi finalizzati al miglioramento delle condizioni lavorative e del benessere organizzativo, per arginare il fenomeno delle dimissioni volontarie anche attraverso la definizione di **politiche di welfare integrativo** da concretizzare nell'ambito della contrattazione regionale;
- **Incentivi per il lavoro nelle aree sanitarie e nelle strutture organizzative** particolarmente carenti della dirigenza e del comparto, in particolare per le aree territoriali meno attrattive, con particolare rilievo alle aree di confine (con la contrattazione integrativa regionale);
- **Revisione dei processi assistenziali** e conseguentemente degli standard di accreditamento rispetto alle dotazioni organiche. In alcuni casi detti standard sono superati e non intercettano il profondo mutamento avvenuto nel tempo, oppure non prevedono figure professionali che si sono evolute con i nuovi percorsi universitari (previsti ed integrati dalla legge n. 43/2006), le quali figure, se implementate, permetterebbero anche un più efficace ed efficiente utilizzo di risorse professionali, complessivamente scarse, restituendole a un ruolo più confacente alle specifiche competenze.
- Nell'Osservatorio del personale che Regione Lombardia prevede di istituire si chiede che ne facciano parte anche le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in ambito regionale.

Rivisitazione di funzioni e assetto della prevenzione

Il modello organizzativo di prevenzione e sanità pubblica, umana e animale (separate, strutturalmente e funzionalmente) che vige in Lombardia non ha risolto i problemi di disallineato rispetto al DM 77/22 (e al D.lgs. 502/92).

Il DM 77/22 non definisce standard strutturali e organizzativi del Dipartimento di prevenzione, né definisce le competenze professionali e la composizione interdisciplinare dei Servizi di prevenzione sanitaria, ambientale e di salute e sicurezza nel lavoro. Tuttavia, il decreto, ha indicato un preciso **standard di valore prescrittivo per le legislazioni regionali**: il limite massimo ritenuto necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio ai fini dell'azione preventiva è stabilito pari a **un Dipartimento di prevenzione ogni 500.000 abitanti**.
L'istituzione dei Dipartimenti funzionali di prevenzione in ASST, coordinati dal DIPS in ATS, non soddisfa lo standard prescritto e lascia seri dubbi su quali livelli d'integrazione e coordinamento si possano efficacemente programmare e realizzare tra l'area dei servizi a domanda individuale e quella dei servizi a domanda collettiva, tra i servizi territoriali e i servizi e presidi ospedalieri.

È un fatto per la CISL importante e positivo che nel piano sociosanitario regionale (PSSR 2023-2027) sia stata introdotta una riflessione sull'attuale assetto delle attività preventive dopo la legge regionale 22/21 con l'obiettivo di garantire unitarietà delle funzioni. L'area della prevenzione deve anche riacquistare risorse professionali oggi largamente carenti rispetto a servizi essenziali come, per citarne uno, la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.

In tema di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro appare indispensabile individuare idonee forme di sinergia e coordinamento tra gli attori istituzionalmente preposti alla prevenzione (ATS, ASST, ITL e gli organismi paritetici presenti sul territorio).

Un più incisivo governo dell'offerta di cura

È necessario attuare un'applicazione sistematica e rafforzata della norma introdotta con la l.r. 22/21, per orientare il case mix degli erogatori e la conseguente destinazione di quote di budget – oggi ancora indistintamente allocato per silos (parte ricoveri e parte prestazioni ambulatoriali) – da vincolare al raggiungimento di prioritari obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale.
Rileva, a questo fine, non solo l'esigenza di supportare lo sforzo straordinario di tutto il sistema per **smaltire le liste d'attesa**, ma anche quello di **condizionare quote progressivamente crescenti del budget** per l'attività erogativa degli enti accreditati e contrattualizzati rispetto a specifiche attività di cura e assistenza che il Servizio regionale deve garantire nel territorio con le risorse del Fondo sanitario.
Occorre, altresì, un'azione mirata di **revisione e rimodulazione delle tariffe dei DRG**, delle **funzioni non tariffabili** e del **nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali specialistiche,** ai fini di un riorientamento complessivo dell'offerta di cura, per rapporto al quadro epidemiologico-demografico e alla stratificazione dei bisogni di salute della popolazione.

La riduzione e il governo delle liste d'attesa

Nello sviluppo degli interventi per il governo delle liste di attesa è necessario che la politica sanitaria regionale realizzi alcuni obiettivi prioritari.

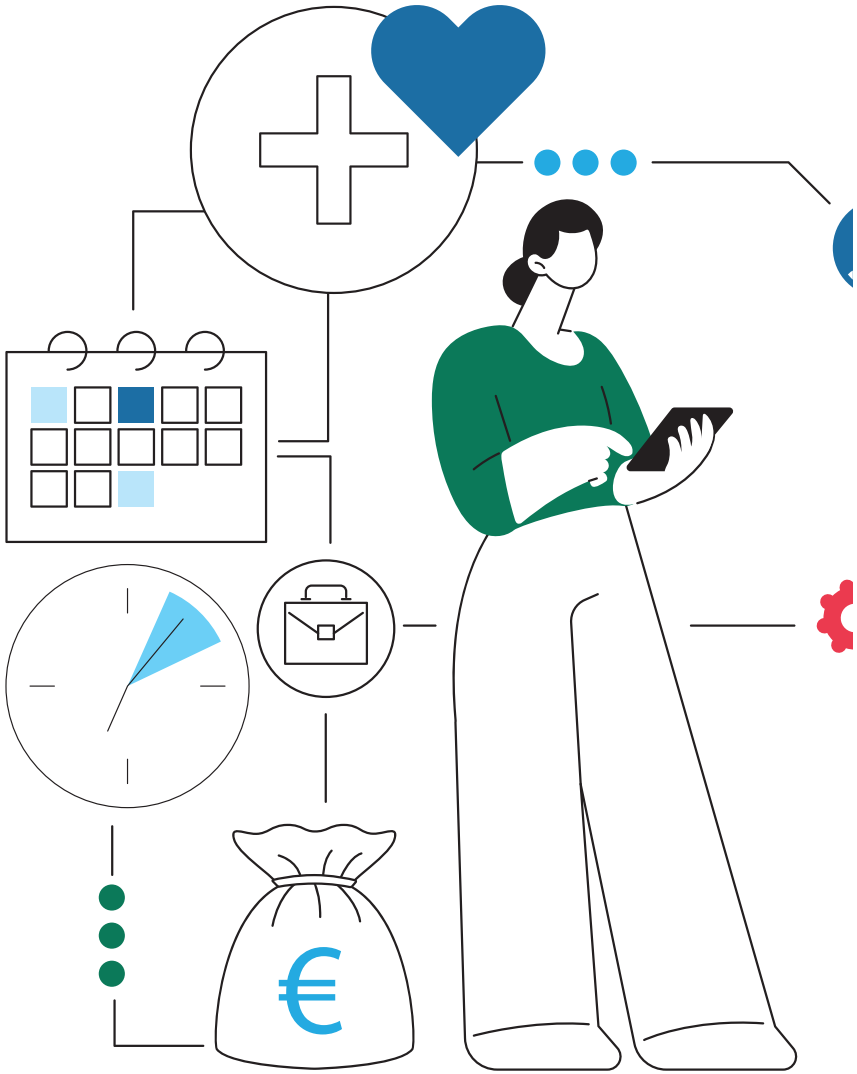
A. Sui ricoveri

Bisogna garantire l'attivazione di sufficienti posti letto internistici dedicati, per gestire le transizioni da/verso unità d'offerta territoriali/domiciliari e per decongestionare le attività di reparto specialistico e di emergenza-urgenza.

B. Sulle visite di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale

Oltre alla programmazione di ulteriori slot di prenotazione per aumentare l'offerta di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica, e per la riduzione delle liste d'attesa, occorre anche puntare a:

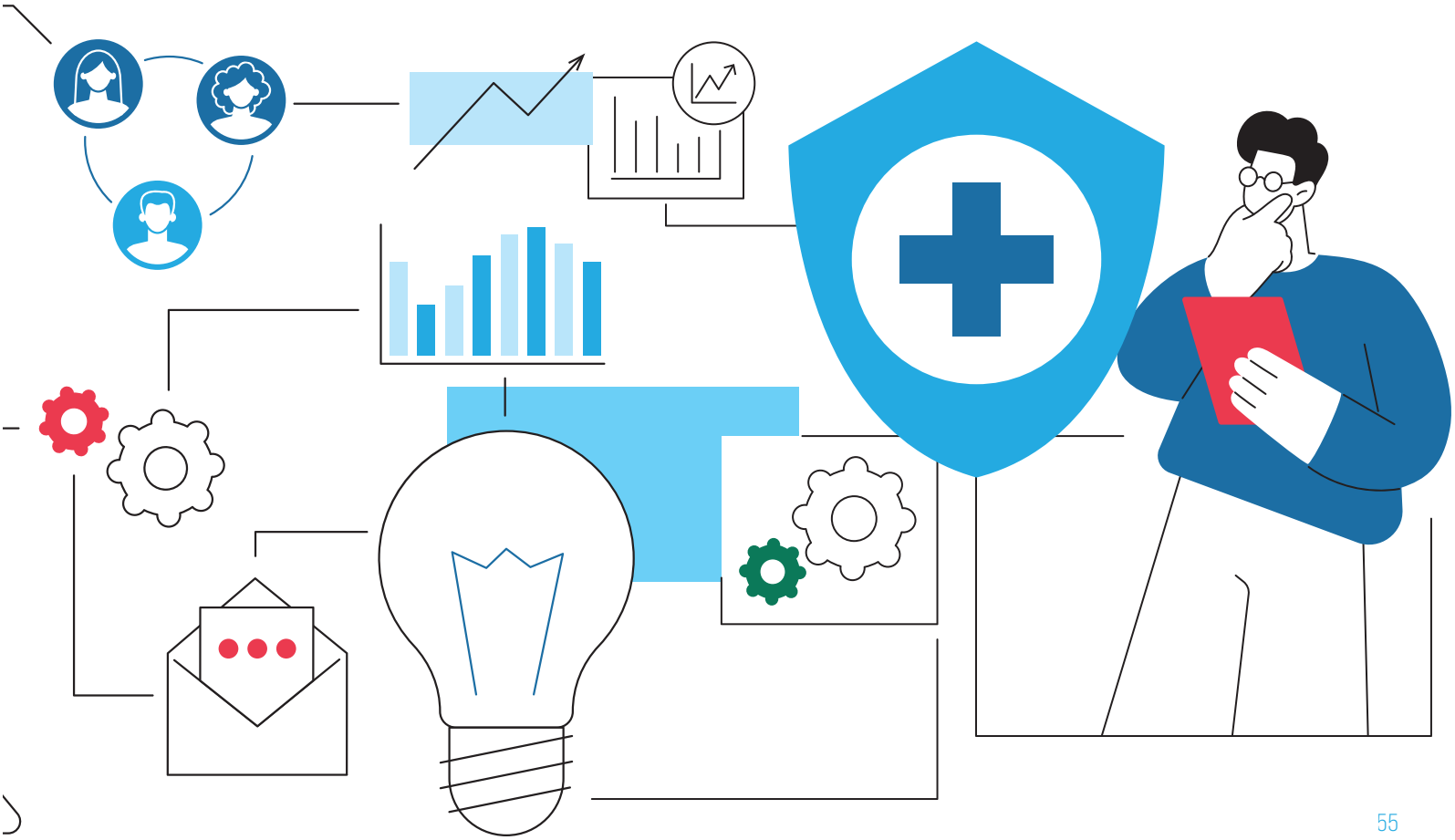
- L'attuazione di una modalità di gestione delle prenotazioni di primo accesso con codici di priorità urgenti (U, B) attraverso la presa in carico da parte del CUP della persona che deve fruire della prestazione sanitaria **dal momento della prescrizione del medico curante** con ricetta digitale.
- Una **rapida attuazione e transizione al CUP unico regionale**, con la completa integrazione e interoperabilità delle agende di prenotazione di tutti gli erogatori (pubblici e privati accreditati/contrattualizzati). Il CUP unico può garantire semplificazione ed efficienza dei processi ma, in prospettiva, questa piattaforma potrebbe essere proattiva e automatizzata nella gestione delle prenotazioni di prima visita ambulatoriale e strumentale dal momento della prescrizione sia da parte del MMG che del medico specialista.
- Un **accesso facilitato all'erogazione in intramoenia** con onere per l'utente pari al ticket (se dovuto) per le prestazioni di primo accesso non erogabili nei tempi previsti dai codici di priorità, con disponibilità nell'ambito territoriale di garanzia.



Decongestionare la rete di emergenza e urgenza

Nel quadro delle azioni già intraprese o previste tese a decongestionare la rete di emergenza e urgenza per garantirne funzionalità ed efficacia e per superare l'attuale situazione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso, considerando però che i problemi non sono collegati alla gestione dell'emergenza, ma dipendono dalla **difficoltà del ricovero dei pazienti una volta arrivati a diagnosi, per mancanza di posti letto nei reparti**. Al riguardo è necessario si sviluppino interventi con l'obiettivo di:

- Spostare la gestione dei **codici minori in reti ambulatoriali territoriali di prossimità**, fuori dalla rete dei grandi hub ospedalieri, tramite l'attivazione di ambulatori specifici, ad accesso diretto, sui quali vanno ridistribuite le istanze cliniche a più bassa priorità, con il coinvolgimento e la cooperazione di medici del ruolo unico di assistenza primaria (MMG/PLS e continuità assistenziale) e in stretta sinergia con le strutture diagnostiche presenti sul territorio.
- Attivare come modello organizzativo a tendere **reparti internistici di compensazione dei flussi** e di **transizione tra specialistica-ospedaliera e territoriale/domiciliare valorizzando il ruolo intermedio degli ospedali di Comunità**. Tale linea d'intervento faciliterebbe anche l'attivazione di percorsi specifici di E/U (pediatrici, geriatrici, materno-infantili, ecc.).



Dare ruolo al Distretto sociosanitario

Il Distretto nel SSR non può essere un mero perimetro amministrativo. Nel disegno di una sanità di prossimità, **il Distretto deve diventare l'ente cardine** della territorializzazione del Servizio Sanitario e dell'integrazione sociale e sociosanitaria, insieme all'Ambito. A questo proposito si rende necessario non solo un allineamento formale dei cicli di policy dei due principali atti di programmazione territoriale sociosanitaria e sociale, quali i Piani di Zona ed i nuovi Piani di Sviluppo del Polo Territoriale, ma un vero e strutturato processo di integrazione degli interventi.

Infatti, se si vuole che l'obbiettivo non rimanga sulla carta, è essenziale prevedere un raccordo più forte, in ottica programmatoria, tra DG Welfare e Dg Famiglia per evitare la strutturale frammentazione tra i comparti sanitari, sociosanitari e sociali. Il che presupporrebbe che si affermi in concreto nel Distretto una logica di complementarità, integrazione e prossimità tra servizi sanitari e sociali.

La prospettiva da seguire è **una governance condivisa (ambiti, distretto e ASST)** che ponga al centro la gestione operativa degli interventi sfruttando le opportunità offerte dal nuovo assetto di governance sociosanitaria e dai recenti atti normativi nazionali, con particolare riguardo allo sviluppo dei LEPS.

Pertanto, è necessaria l'individuazione chiara degli snodi territoriali per il governo del sistema operativo integrato. Luoghi in cui i soggetti (ATS/ASST, distretti, ambiti), con l'attribuzione di specifiche responsabilità, attuino modelli operativi basati sulle condizioni e peculiarità strutturali del sistema sociale del territorio.

L'assistenza territoriale deve essere multiprofessionale e interprofessionale, ridefinendo organizzazione, ruoli e responsabilità, non perché nello stesso luogo si sommino due percorsi, uno sanitario e uno sociale per chi ha bisogni assistenziali e di sostegno aggiuntivi, ma perché **le cure primarie vanno pensate in termini di «progetti di salute»**, con un approccio di integrazione dei servizi e in un'ottica di presa in carico e di continuità assistenziale.

Bisogna cogliere le opportunità dell'implementazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni di matrice sociosanitaria (ad esempio, quelli di processo), per costruire una fattiva integrazione, investendo sulla infrastruttura esistente, per la parte che può essere funzionale al processo d'integrazione, attraverso:

- Lo sviluppo delle equipe multiprofessionali, in modo da attivare la collaborazione gestionale ed operativa degli operatori delle due aree;
- I Punti Unici di Accesso (PUA) e la loro possibile e necessaria sinergia con le risorse umane e fisiche dei servizi sociali comunali.

In questa prospettiva il Distretto dovrà assumere il ruolo di pivot del territorio che:

- Interviene nella definizione degli atti di programmazione dell'ASST per il territorio di propria competenza (Piano di sviluppo del Polo Territoriale);
- Organizza e governa le attività delle strutture territoriali ad esso afferenti (Case di Comunità/Ospedali di Comunità/Centrale Operativa Territoriale), i processi e i percorsi erogativi sanitari, di integrazione sociosanitaria e di gestione delle transizioni nella rete dei servizi;
- Valorizza l'ascolto e la partecipazione delle comunità locali e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello territoriale attraverso momenti reali di coinvolgimento nel processo di analisi dei bisogni e progettazione dei modelli di servizio e dei programmi di prevenzione e promozione della salute.

La presa in carico della cronicità

Il DM 77/2022 ha incardinato **l'assistenza territoriale nelle nuove strutture della medicina di prossimità**, in quest'ottica:

- La Casa della Comunità, nel Distretto, deve diventare il setting privilegiato per la gestione dei percorsi assistenziali – sanitarie e sociali – e la presa in carico del paziente cronico e complesso, realizzando il coordinamento e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare per una risposta personalizzata al bisogno.
- Le Centrali Operative Territoriali, unitamente ai PUA, devono essere lo strumento organizzativo per garantire continuità assistenziale nel tempo e nelle transizioni fra luoghi (domicilio/servizi territoriali/ospedale) e livelli di cura (cure primarie/cure specialistiche);
- Il ruolo del MMG nella presa in carico del paziente cronico e nella redazione del Piano di Assistenza Individuale è imprescindibile, sia pure considerando la specificità di una gestione ospedaliera per pazienti complessi all'interno della struttura di riferimento dello stesso paziente;
- I percorsi di presa in carico devono essere comprensibili e di semplice accesso e gestione per i pazienti e per i professionisti della sanità, superando il modello del gestore della presa in carico (PIC) dei cronici di natura esclusivamente clinico-sanitaria, sperimentato nel 2017;
- I percorsi devono prevedere agende dedicate per i cronici ed un sistema di prenotazione delle prestazioni in back-office che tenga conto dell'evolversi delle patologie e delle transizioni tra i vari livelli di cura, sia nel caso il ruolo di clinical manager competa al MMG, sia quando spetti allo specialista ospedaliero.

Collegati a una riorganizzazione della PIC dei cronici sono anche:

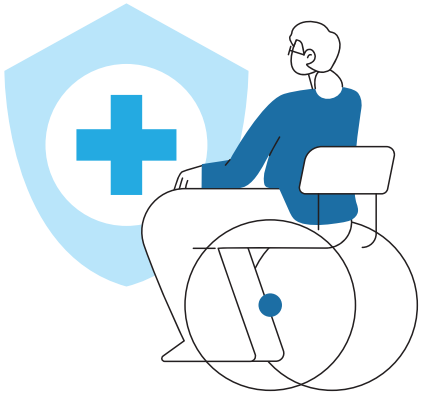
- Lo **sviluppo dei modelli di residenzialità assistita e di abitare leggero**, alternativi alle istituzioni di ricovero sanitarizzate, in uno spazio intermedio di protezione tra il ricovero in struttura e il domicilio;
- Un maggiore e fattivo riconoscimento del **ruolo del caregiver familiare e delle assistenti familiari** (con regolare contratto), intervenendo con misure specifiche di conciliazione vita-lavoro, di integrazione dei servizi e sostegno economico.

Disabilità e progetto di Vita della persona

I recenti interventi di riforma sul percorso integrato di sostegno alle persone con disabilità necessitano di un attento accompagnamento regionale, allo scopo di consentire che i nuovi strumenti introdotti possano aiutare e sostenere concretamente le persone con disabilità nella costruzione del loro progetto di vita. Occorre, quindi, creare **un progetto unitario di valutazione multidimensionale e di Piano assistenziale individuale**, così da poter estendere ed adattare la logica di azione nei diversi setting d'intervento sul territorio. Un processo di costruzione che deve essere propedeutico all'introduzione della logica del "progetto di vita" non solo negli interventi di assistenza e cura di secondo pilastro, ma anche nei meccanismi di assistenza, di funzionamento, di finanziamento e di convenzionamento del sistema di offerta residenziale per le persone disabili. Reputiamo, inoltre, necessario un orientamento verso la riduzione della frammentarietà degli interventi, attraverso la valorizzazione delle progettualità costituitasi nel territorio, e che ponga fine alla visione di eterna sperimentalità. L'ottimizzazione delle risorse è, altresì, cruciale per un uso efficiente, evitando duplicazioni e oneri burocratici/rendicontazione, promuovendo una distribuzione più equa e sostenibile delle risorse disponibili.

Un approccio integrato, che affronta in modo completo le varie dimensioni delle esigenze, favorisce, di conseguenza, l'empowerment delle persone con disabilità, coinvolgendole attivamente nella pianificazione e implementazione delle strategie di supporto. Un approccio integrato migliora, altresì, la comunicazione e la collaborazione tra figure professionali coinvolte, riducendo le disconnessioni tra servizi e agevolando un flusso più fluido di informazioni e risorse.

A queste azioni si collega l'esigenza che i provvedimenti di riforma del sistema si basino su un'attenta mappatura dell'intera filiera di servizi per la non autosufficienza e disabilità, elemento essenziale per una programmazione di interventi integrati a favore della persona in condizione di disabilità. Al fine di potenziare questo sistema, pensiamo che si debba andare verso la costituzione di **un fondo unico per gli interventi sulla disabilità**, obbiettivo regionale che non ha avuto ancora particolare sviluppo.



A. Sulle UDO disabilità

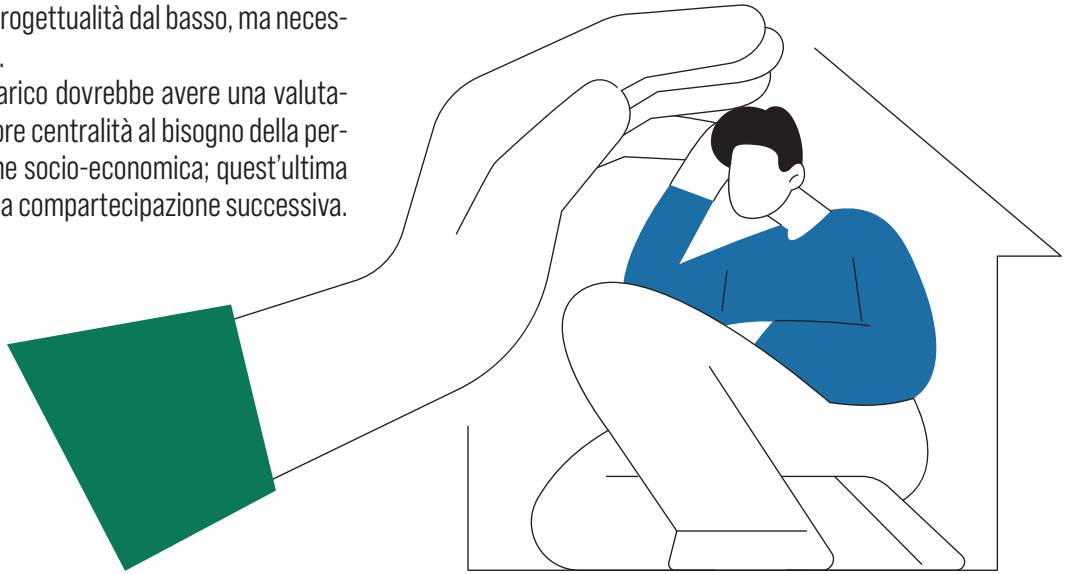
Le unità di offerta residenziali e semiresidenziali per disabili necessitano di una gestione congiunta della sfera bio-medica e sociale. In particolare, si tratterebbe di consentire alle persone di vedere garantito un diritto alla vita indipendente, anche attraverso una regolamentazione del sistema delle UDO sociosanitarie e sociali che inserisca elementi di flessibilità organizzativa dei servizi per interventi integrativi adattati alle esigenze e richieste delle persone con disabilità e delle loro famiglie. A nostro avviso, è possibile intervenire attraverso la **piena attuazione dell'articolo 10 della legge regionale 25/2022 sul diritto alla vita indipendente**. Pertanto, la riorganizzazione dell'offerta dovrebbe avvenire favorendo l'attivazione di percorsi individuali multidimensionali e l'evoluzione delle UDO in "centri multiservizi", secondo le indicazioni della legge 328/2000, la convenzione ONU e, tra i recenti interventi normativi nazionali e regionali, l'attuazione della legge quadro sulla disabilità. In quest'ottica, è necessaria una modulazione degli orari e degli spazi più rispondente alle eterogenee esigenze dei nuclei familiari. Contribuiscono a questo processo gli interventi in struttura, presso il domicilio per il supporto ai familiari, e da remoto, come tra l'altro richiamato nelle dgr 3183/2020 e 5320/2021: due delibere pensate per il proseguimento delle attività nel periodo pandemico che hanno descritto e consentito progettualità innovative nella gestione delle attività residenziali.

B. Sulla domiciliarità

Consideriamo utile, in ottica preventiva e di funzionalità, la centralità di un modello di intervento socio-assistenziale al domicilio per disabili e non autosufficienti strettamente connesso ad una valutazione multidimensionale ed a **un vero "budget di cura" flessibile.** In quest'ottica l'attivazione degli interventi e dei setting (assegni di cura, buoni servizi, reti informali, assistenti familiari, semi-residenzialità, dispositivi di sostegno), devono tendere verso la "personalizzazione" rispetto alle esigenze della persona, del caregiver familiare e, in generale, della famiglia. Per fare ciò, è ineludibile il passaggio dalla logica del diritto "fino ad esaurimento risorse" ad una vera esigibilità della tutela della persona.
Per potenziare il sistema di presa in carico, il budget di progetto "flessibile" dovrebbe, quindi, essere pienamente introdotto tenendo conto di una revisione ed estensione degli interventi attivabili, non solo attraverso una mera raccolta dell'esistente, ma con la garanzia di un certo valore di risorse pubbliche da garantire per i piani assistenziali individuali.
La partecipazione di risorse del Terzo Settore può essere al massimo un elemento integrativo, perché la costituzione di un budget di salute strutturato e garantito non può essere lasciata alla casuale presenza nel territorio di progettualità dal basso, ma necessita di una definizione regionale.
Inoltre, il percorso di presa in carico dovrebbe avere una valutazione all'accesso che dia maggiore centralità al bisogno della persona rispetto alla sola condizione socio-economica; quest'ultima dovrebbe essere un fattore per la compartecipazione successiva.

C. Caregiver familiare

Il caregiver familiare deve interagire e integrare la propria attività (non come un operatore) con la rete dei servizi della cura e assistenza, partecipando attivamente nel percorso di valutazione, definizione e realizzazione del Piano assistenziale individuale, finalizzato a facilitare un'attività di assistenza e cure adeguate ed evitando che il caregiver si senta isolato all'interno del sistema di welfare.
Tale coinvolgimento del caregiver familiare deve basarsi in modo mirato su alcuni degli strumenti promossi dalla legge regionale sui caregiver n. 23/2022, che si concretizzano in interventi di sostegno psicosociale, di sollievo, di conciliazione, di formazione, di orientamento e di accompagnamento nel sistema, offrendo un network di persone e risorse su cui fare affidamento.
Queste azioni reputiamo essenziale che avvengano nei percorsi di cura e dei servizi territoriali già in essere, e in raccordo con i nuovi luoghi di accesso sociosanitari promossi dai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali e dal DM 77/22.



Sviluppo delle Cure Domiciliari

L'obiettivo di evitare l'istituzionalizzazione prematura o inappropriata deve essere sostenuto da una concreta riqualificazione e sviluppo dei percorsi di C-Dom, avendo identificato tutti i bisogni assistenziali sanitari e sociali della persona assistita.
Per prevenire il verificarsi di situazioni con un maggior carico assistenziale è necessario proporzionare la risposta assistenziale alle difficoltà delle persone assistite, arricchendo il sistema di presa in carico anche di funzioni di prossimità e di sostegno alla quotidianità, con interventi integrati tra sociale e sanitario di durata e intensità adeguate rispetto ai bisogni.
È necessario **incrementare i volumi di presa in carico e di qualità del servizio**, anche con la ripresa di una importante presenza pubblica nell'attività erogativa e con un ruolo centrale delle ASST/Distretti nella valutazione multidimensionale e nel governo dei percorsi di dimissioni/ammissioni protette, con l'applicazione e lo sviluppo della DGR 6867/2022. In particolare, per quanto riguarda le dimissioni protette per pazienti in dimissione dall'ospedale andrebbe normato a livello regionale e sviluppato nel territorio il raccordo e il coordinamento dei percorsi adottati dalle ASST/Distretti da un lato e dagli Ambiti e Comuni dall'altro. La domiciliarità e i suoi modelli di servizio in ambito distrettuale devono raccordarsi con ogni altra azione finalizzata a supportare tanto la persona in condizioni di cronicità, di ridotta autonomia e non autosufficienza, quanto la famiglia e il caregiver.

Residenzialità sociosanitaria, regole e modelli di servizio dell'offerta in compartecipazione

È urgente una revisione del modello di servizio e di regolazione del sistema d'offerta soggetto a compartecipazione, sia per rapporto alla crescente sanitarizzazione e complessità assistenziale degli anziani ospiti, sia per l'aumento delle rette che gravano sulle famiglie, stante che agli Enti gestori in Lombardia è data la possibilità di determinarne l'importo in completa autonomia. Le gravi criticità che insistono sulle unità di offerta di residenzialità sociosanitaria sollecitano l'applicazione di un modello più incisivo di regolazione e controllo per garantire:

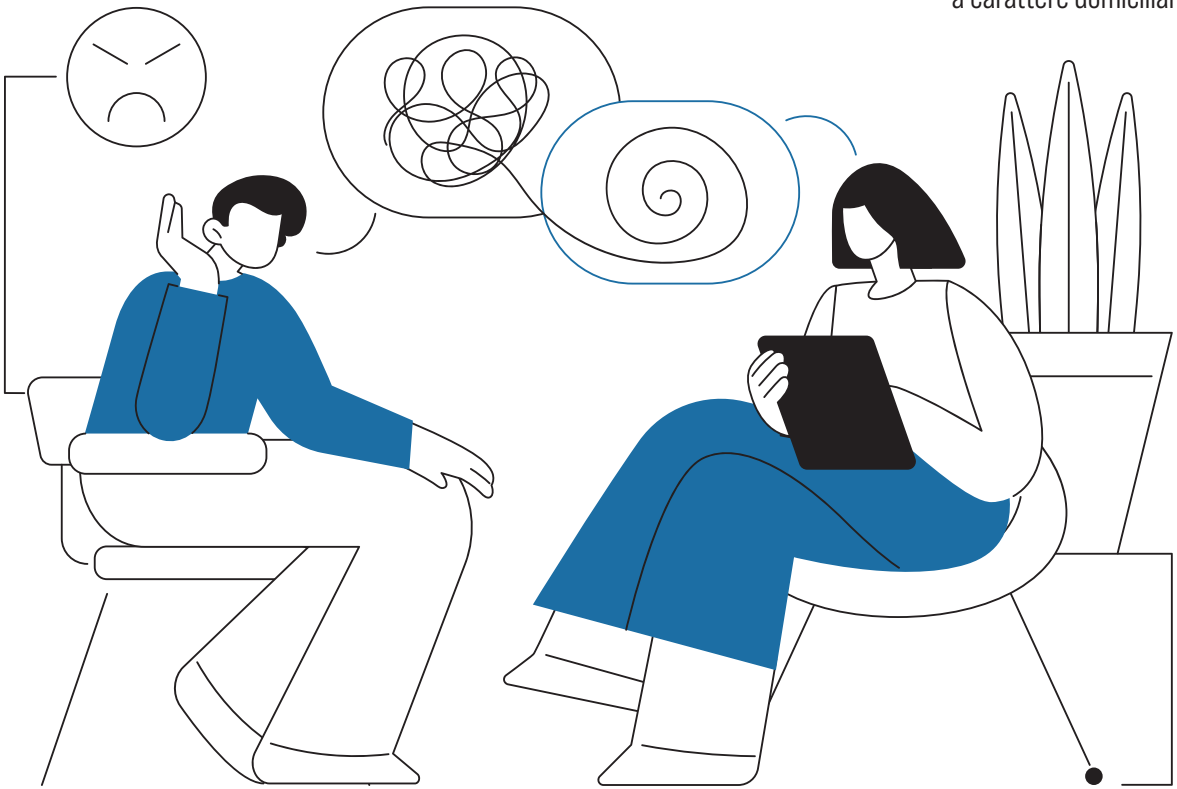
- La presenza in struttura di una sufficiente dotazione di personale – giustamente retribuito – e con professionalità essenziali al mantenimento di aggiornati standard di servizio ai fini di una puntuale attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni che la residenzialità sociosanitaria deve garantire;
- Un'accessibilità equa e sostenibile nelle unità d'offerta sociosanitaria, agendo sulla **regolazione sia della tariffa che della retta per i posti letto contrattualizzati.** Nel caso della tariffa bisogna risolvere il persistente disallineamento tra il carico assistenziale effettivo e i minutaggi ad oggi previsti nei requisiti di accreditamento; nel caso della retta è urgente calmierarne l'andamento (in modo ben più efficace rispetto a una prima misura come quella prevista dalla dgr 1513/23), definendo per i posti letto contrattualizzati due parti distinte della retta: quella riferita ai servizi essenziali (non minimi) e la parte costituita dai servizi opzionabili dall'ospite, correlando la prima a predeterminati standard di costo aggiornabili dal Committente pubblico previa intesa con gli EE.GG.;
- L'appropriatezza in accesso e **criteri validati e uniformi di gestione delle liste di attesa** per il governo della domanda e dell'offerta nel territorio di posti letto contrattualizzati.

Nel caso di ospiti particolarmente complessi, con elevati carichi assistenziali e preminenti esigenze terapeutiche e di cura, il modello a tendere (in esito, peraltro, di una costante giurisprudenza) dovrebbe prevedere che la tariffa per il posto letto contrattualizzato riconosca a carico del FSR (come LEA aggiuntivo regionale) la copertura – insieme alla quota sanitaria – anche della parte della retta riferita ai servizi essenziali.

Il potenziamento dei servizi di salute mentale territoriali

Occorre siano stabiliti obiettivi di concreto potenziamento dei servizi di salute mentale territoriali, in particolare nei confronti dei minori, delle doppie diagnosi (psichiatrica e dipendenze) e dei pazienti psichiatrici autori di reato. È necessario stabilire obiettivi e indirizzi di programmazione per realizzare:

- Modelli d'**offerta territoriale/domiciliare capaci di garantire maggiore appropriatezza terapeutica**, anche tramite soluzioni di housing assistito, specializzando i percorsi per evitare l'istituzionalizzazione dei casi critici, tramite livelli di servizio intensivi;
- Lo sviluppo dei s**ervizi di primo accesso nelle Case di Comunità**, non solo con l'attuazione nel territorio regionale del nuovo servizio di psicologia delle cure primarie, ma anche rafforzando il servizio del CPS, con la copertura settimanale di almeno sei giorni su sette, per 12 ore giornaliere, in modo da **facilitare la presa in carico** dei nuovi casi;
- La riduzione dei tempi di attesa per l'avvio di **percorsi di cura territoriali di neuropsichiatria infantile**;
- La diagnosi precoce tramite iniziative di **formazione e comunicazione**, in particolare a popolazioni target "fragili" e a maggior rischio;
- Il superamento della eccessiva concentrazione delle REMS e il **potenziamento dei servizi territoriali**, anche a carattere domiciliare.



Rete ospedaliera e delle alte specialità/IRCCS

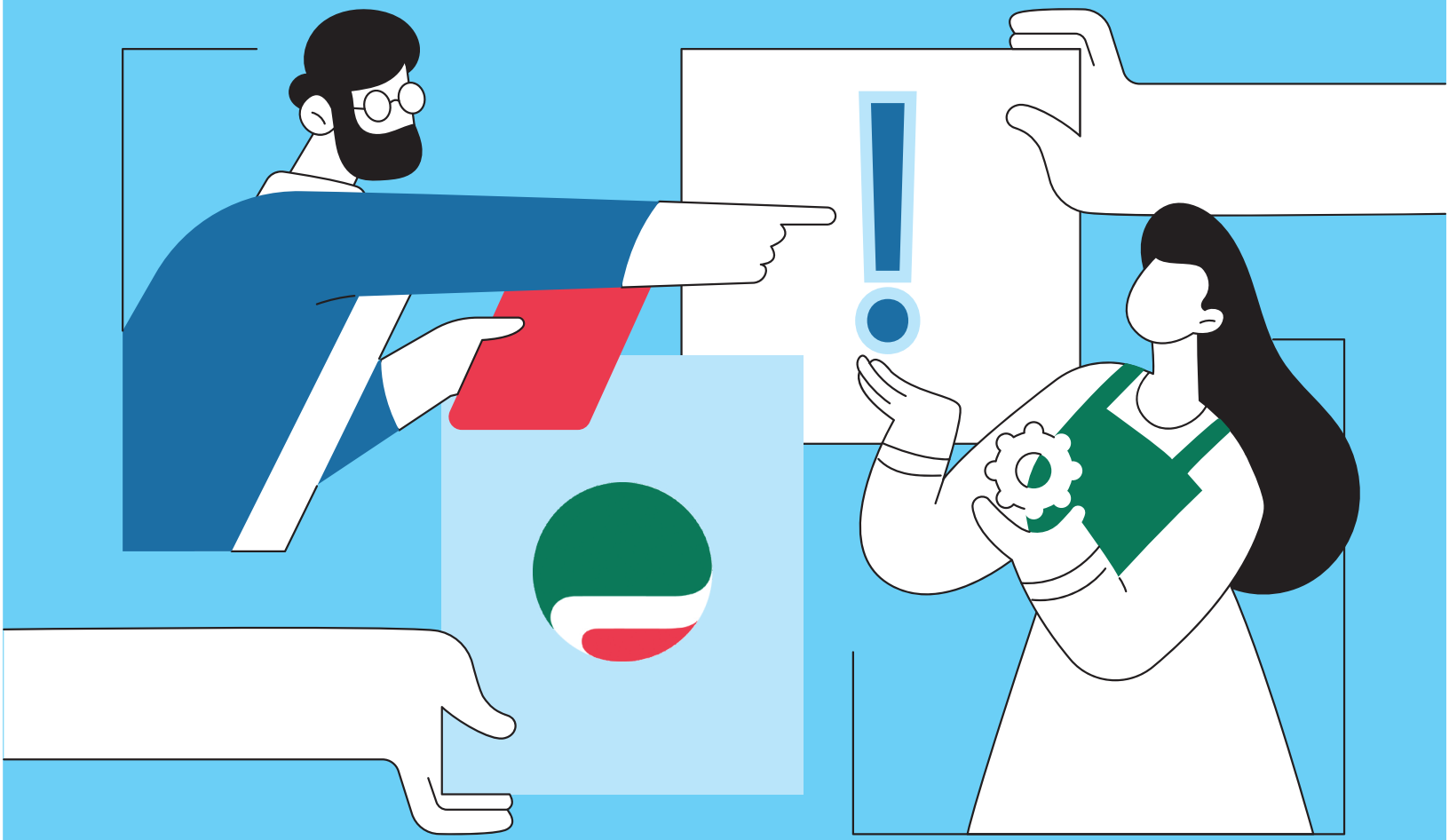
In sintonia con la riforma della sanità territoriale e di prossimità, dopo il DM 77/22, oltre a rivedere il numero di posti letto di degenza ordinaria e di terapia intensiva (oggi ampiamente al di sotto di uno standard ritenuto necessario nella media dei principali sistemi sanitari in UE), servirebbe agire sul modello di organizzazione dell'ospedale che deve poter trasformare i suoi spazi a seconda del flusso clinico-assistenziale da gestire.

Ciò significa procedere, come da più parti proposto, **verso un modello di ospedale flessibile**, inteso come struttura in grado di adeguarsi a situazioni o esigenze diverse in tempi brevi, capace di cambiare layout rimodulando percorsi assistenziali e logistica al cambio del setting di trattamento che necessita, per una sanità sempre più capace di focalizzare ed incentrare l'assistenza sul paziente.

In particolare, servirebbe impostare:

- Una **gestione per tipologia di paziente**, in base alla sua instabilità clinica e alla complessità assistenziale richiesta (area materno-infantile e pediatrico, adulti, anziani), per attività sanitaria (urgente, chirurgica e medica), per livello di attività (prevenzione, programmata e urgente), per livello di servizio (ambulatoriale/ricovero). Questa dinamica favorirebbe anche il bed management delle strutture sanitarie;
- Un'evoluzione a tendere del modello organizzativo ospedaliero per il trattamento acuto o elettivo programmato verso reparti prevalentemente a gestione integrata medico/infermieristica: il medico internista (o similare) responsabile del caso clinico, accompagnato nella gestione infermieristica e nei rapporti con la famiglia da un infermiere case manager; specialisti attivati in caso di bisogno dallo stesso medico responsabile del caso clinico (clinical manager), inteso come figura trasversale e in una logica di gestione differente delle logiche di "reparto". **Dal reparto all'area di degenza**;
- Una programmazione della rete delle alte specialità e degli IRCCS in ragione del quadro epidemiologico-demografico della popolazione e in ragione dei volumi di attività erogata all'interno di un determinato ambito territoriale regionale;
- Una **revisione della rete di offerta ospedaliera e di classificazione delle strutture pubbliche e private accreditate** che definisca "chi fa che cosa" in un determinato territorio, con quali competenze, con quali servizi e livelli di complessità.
- Pur partendo da quanto è stato previsto dalla legge regionale 33/2009 sul tema dell'istituzione di nuove Aziende Ospedaliere, si dovrà considerare nella razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi sul territorio la necessità di evitare duplicazioni in alcuni luoghi e carenza in altri, garantendo a livello locale un'erogazione equa e accessibile dei servizi diagnostico-terapeutici e dei percorsi di cura.

La CISL nel territorio con il Punto Salute



Il Punto Salute è uno sportello sindacale della CISL Lombardia, realizzato nel territorio insieme alla Federazione Pensionati FNP CISL, per la tutela della persona rispetto a disservizi e/o impedimenti organizzativi in materia di accesso alle cure sanitarie.
È stata avviata la strutturazione nei territori del Punto Salute a partire dal gennaio 2024 e contiamo, nel corso dell'anno, di proseguirne lo sviluppo operativo e organizzativo.
Sono attualmente attivi nei territori CISL 12 punti salute, in 7 province lombarde, supportati anche dagli Sportelli Sociali della FNP CISL già operanti nelle sedi territoriali e di zona che danno informazioni e un primo orientamento.

L'attività del Punto Salute

L'attività del Punto Salute, si è focalizzata in questa prima fase su alcuni temi critici:

- Il rispetto dei tempi massimi d'attesa prescritti dal medico nell'erogazione delle prestazioni sanitarie di prima visita ambulatoriale e di diagnostica strumentale;
- Il rispetto delle priorità e dei tempi massimi d'attesa indicati dal medico per le prestazioni sanitarie in regime di ricovero programmato;
- Il rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione delle prestazioni da parte delle strutture del Servizio sanitario regionale;
- Il rispetto del criterio di prossimità e raggiungibilità del presidio sanitario che eroga la prestazione, con riferimento all'ambito territoriale di garanzia, per la visita ambulatoriale o strumentale di primo accesso.

Il Punto Salute interviene anche sui problemi legati all'esenzione dal pagamento del ticket sulle prestazioni sanitarie e l'assistenza farmaceutica. In caso di contestazioni e conseguente sanzione irrogata dall'ATS al cittadino per esenzioni godute ma non spettanti per difetto dei requisiti, il punto salute assiste l'iscritto alla CISL nella gestione delle procedure per farsi riconoscere eventuali agevolazioni e risolvere il contenzioso con l'amministrazione sanitaria, o per ottenere un diverso e corretto codice di esenzione rispetto a quello contestato a cui abbia diritto l'assistito.
Nello specifico, valutati gli elementi del caso, l'attività del Punto Salute consiste nel predisporre il formale reclamo in via amministrativa alla competente direzione aziendale, ai sensi dell'art. 14, co. 5, del D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, affinché:

- Siano adottati i provvedimenti a garanzia del diritto all'erogazione della prestazione prescritta dal medico curante entro il tempo massimo d'attesa;
- L'erogazione della prestazione entro il tempo massimo d'attesa sia garantita in un presidio sanitario dell'ambito territoriale di garanzia;
- Qualora fosse impossibile soddisfare la richiesta nei tempi dovuti, sia concesso ricorrere all'attività libero professionale intramuraria in un presidio sanitario della stessa ASST per ricevere la prestazione prescritta entro il tempo massimo di attesa e senza oneri aggiuntivi per l'assistito, ai sensi dei D.Lgs. n. 502/1992 art. 15quinquies e D.Lgs. 124/1998, art. 3, comma 13.

Il «Punto Salute» – all'occorrenza – può dare informazioni e supporto anche sul tema più complesso della opposizione alla dimissione affrettata o impropria, nel caso in cui si voglia dimettere il paziente dall'ospedale senza che vi siano le condizioni per proseguire le cure al domicilio o presso altro luogo di ricovero. Il Punto Salute, a richiesta di un familiare o del paziente stesso, predispone il reclamo in via amministrativa che formalizza per iscritto alla direzione aziendale l'opposizione alla dimissione in base al precitato art. 14, comma 5 del D.Lgs. 30 dicembre1992 n. 502, con richiesta:

- Di continuità diagnostica e terapeutica;

o, in subordine

- Di individuare una diversa struttura sanitaria nel territorio, sia essa una struttura per cure intermedie, un ospedale di comunità, un centro di riabilitazione, oppure, secondo bisogno, una struttura di lungodegenza, o il trasferimento in altra struttura idonea.

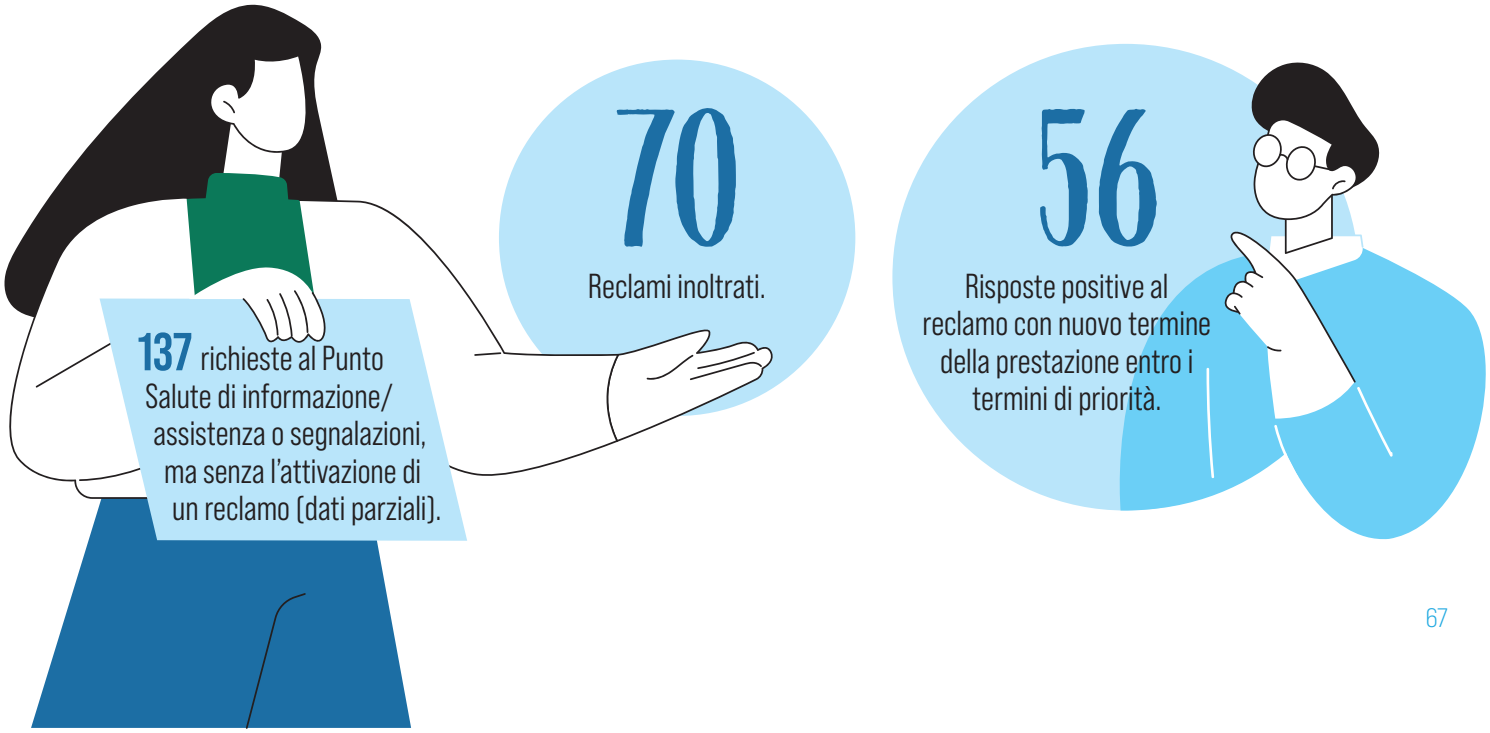
Un primo monitoraggio dell'attività

I dati complessivi sui casi trattati alla data del 30 aprile '24 nelle sedi territoriali e di zona dai Punti Salute diventati operativi nel corso del primo quadrimestre, seppure non a partire dallo stesso mese, sono esposti nelle seguenti tabelle:

RECLAMI INOLTRATI PER TIPOLOGIA DI DISSERVIZIO							
VISTE/ESAMI FUORI TEMPO MAX D'ATTESA (numero casi)			SOSPESA ATTIVITÀ DI PRENOTAZIONE (numero casi)		AMBITO DI GARANZIA (numero casi)	RICOVERO PROGRAMMATO (numero casi)	
CODICE PRIORITÀ (U, B, D, P)	PROPOSTA FUORI TERMINE		PER MOTIVI TECNICI	BLOCCO AGENDA SLOT NON DISPONIBILI	PRESTAZIONE INACCESSIBILE	CODICE PRIORITÀ (A, B, C, D)	RICHIESTA POSIZIONE LISTA DI ATTESA
	VISITA	ESAME					
U urgente	2	1				A entro 30 gg.	
B breve	9	7				B entro 60 gg.	
D differibile	7	12			6	C entro 180 gg.	
P programmabile	13	11		3		D max 12 mesi	2

GESTIONE DEL RECLAMO (stato della pratica)						
TOTALE RECLAMI INOLTRATI * (numero casi)		RISPOSTA A MODULI DI RECLAMO INOLTRATI				NESSUNA RISPOSTA (numero casi)
da Punto Salute	in autonomia	TOTALE RISPOSTE A RECLAMI (numero casi)	DEFINITA EROGAZIONE NEI TERMINI (numero casi)	AUTORIZZATA PRESTAZIONE IN LIBERA PROF. (numero casi)	RISPOSTA NEGATIVA AL RECLAMO (numero casi)	
70	3	62	56	-	6	11

* Modulo predisposto e inviato dal Punto Salute oppure solo predisposto ma inviato in autonomia dall'assistito



Le domande della survey

Domande socio-demografiche

1 – **Genere:**
- Uomo
- Donna
- Preferisco non dichiarare

2 – **Età:** .....

3 – **Quale definizione rappresenta meglio la tua condizione attuale prevalente?**
- Occupato
- In cerca di prima occupazione
- In cerca di nuova occupazione
- Casalinga
- Studente
- Inabile al lavoro
- Pensionato
- Altro

4 – **A quanto ammonta il reddito disponibile (netto) del nucleo famigliare in cui vivi?**
- Inferiore a 15.000€
- Compreso tra 15.000€ e 30.000€
- Compreso tra 30.000€ e 50.000€
- Oltre 50.000€

5 – **Pensando all'ultimo anno concluso, il 2022, a quanto ammonta, all'incirca, la spesa sanitaria del tuo nucleo familiare convivente per visite, esami diagnostici e ricoveri?**
- Indica la cifra in numero (es. 450) .....

6 – **Sempre con riferimento all'anno 2022, hai sostenuto altre spese sanitarie non comprese nella precedente domanda (spese farmaceutiche, odontoiatriche, fisioterapiche, ecc.)?**
- Indica la cifra in numero (es. 250) .....

7 – **Da quanti componenti è formato il tuo nucleo familiare (il totale dei conviventi)?**

8 – **Provincia di residenza:**
- Milano
- Bergamo
- Brescia
- Cremona
- Mantova
- Como
- Monza e Brianza
- Lecco
- Varese
- Lodi
- Pavia
- Sondrio

9 – **Comune di residenza (filtro per provincia di residenza)?**
- .....

Cronicità

10 – **Sei affetto da una o più malattie croniche tra quelle elencate?** Puoi indicare più opzioni di risposta. Se non sei malato cronico indica "No" e prosegui.
- No
- Si, Malattia reumatica (artrite, artrosi, ecc.)
- Si, Ipertensione Si, Cardiopatia
- Si, Broncopatia
- Si, Diabete
- Si, Osteoporosi
- Si, Malattie allergiche
- Si, Altre patologie croniche

Rinuncia alle cure

11 – Nell'ultimo anno ti è mai capitato di rinunciare a curarti?

	Mai	Qualche volta	Spesso
Per ragioni economiche (costi eccessivi)	☐	☐	☐
A causa dei lunghi tempi di attesa	☐	☐	☐
Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi)	☐	☐	☐
Per tua scelta	☐	☐	☐

Visite specialistiche ambulatoriali

12 – Da inizio 2023 hai avuto bisogno di svolgere visite ambulatoriali?

- Si
- No

Tipologia visite ambulatoriali

13 – Indica quale è stata l'ultima visita ambulatoriale che hai svolto nel 2023

- Cardiologica
- Dermatologica
- Fisiatrica
- Geriatrica
- Ginecologica
- Neurologica
- Oculistica
- Odontoiatrica
- Oncologica
- Ortopedica
- Pneumologica
- Urologica/andrologica
- Altro (specifica quale visita)

Focus ultima visita

Rispondi alle seguenti domande pensando all'ultima visita ambulatoriale che hai fatto

14 – Nell'impegnativa/ricetta, la visita era indicata come "prima visita"?

- Si
- No

15 – Dove hai effettuato la visita?

- Struttura pubblica
- Struttura privata convenzionata col sistema regionale (accesso con ticket)
- Struttura privata (a pagamento)

16 – Quale era il tempo per fare la visita indicato sulla ricetta?

- 72 ore (U)
- 10 giorni (B)
- 30 giorni (D)
- Non indicato/programmabile (P)
- Non ricordo

17 – Quanti giorni hai dovuto effettivamente attendere dalla prenotazione al momento dell'erogazione della visita? *(indica i giorni in numero, es: 123)* .....

18 – Come hai prenotato la visita?

- Telefonicamente - numero verde regionale (800 638 638)
- Tramite internet - Portale Regione Lombardia (sito web o app apposita)

- Struttura sanitaria prescelta - telefonicamente o di persona presso lo sportello prenotazione
- Farmacia
- Medico di famiglia
- Medico specialista

19 – **Dove hai svolto la visita?**

- Nella mia provincia
- Fuori dalla mia provincia
- Fuori dalla mia regione

20 – **Hai scelto di fruire della prestazione a pagamento?**
Indipendentemente dal tipo di struttura, privata o pubblica.

- Si
- No

21 – **Pensando alla tua esperienza, che giudizio dai sui seguenti aspetti?** *(indica un voto da 1 a 10, dove 1=pessimi; 6=sufficienti; 10=ottimi)*

- Tempi di attesa: .....
- Qualità della prestazione professionale: .....
- Adeguatezza della struttura: .....
- Capacità di relazione del personale: .....

Focus visita a pagamento

22 – **Perché hai scelto di fruire della prestazione a pagamento?**

- Per poter scegliere il medico che volevo
- I tempi di attesa erano più brevi
- Era più accessibile/raggiungibile
- Sono stato consigliato da amici/parenti/conoscenti
- Altro (specificare)

Esami

23 – **Da inizio 2023 hai avuto bisogno di svolgere esami?**
Non considerare esami proposti attraverso campagne di prevenzione del servizio sanitario e le analisi del sangue e delle urine.

- Si
- No

Tipologia esami

24 – **Indica quale è stato l'ultimo esame che hai svolto nel 2023**

- Colonscopia
- Coronarografia
- Ecocolordoppler
- Ecografia
- Elettrocardiogramma
- Elettroencefalogramma
- Esame audiometrico
- Fondo oculare
- Gastroscopia
- Mammografia
- Radiografia
- Risonanza Magnetica
- Tac
- Altro (specifica quale esame)

25 – **Dove hai effettuato l'esame?**

- Struttura pubblica
- Struttura privata convenzionata col sistema regionale (accesso con ticket)
- Struttura privata (a pagamento)

26 – Quale era il tempo per fare l'esame indicato sulla ricetta?

- 72 ore (U)
- 10 giorni (B)
- 60 giorni (D)
- Non indicato/programmabile (P)
- Non ricordo

27 – Quanti giorni hai dovuto effettivamente attendere dalla prenotazione al momento dell'erogazione dell'esame? *(indica i giorni in numero, es: 123) .....*

28 – Come hai prenotato l'esame?

- Telefonicamente - numero verde regionale (800 638 638)
- Tramite internet - Portale Regione Lombardia (sito web o app apposita)
- Struttura sanitaria prescelta - telefonicamente o di persona presso lo sportello prenotazione
- Farmacia
- Medico di famiglia
- Medico specialista

29 – Dove hai svolto l'esame?

- Nella mia provincia
- Fuori dalla mia provincia
- Fuori dalla mia regione

30 – Hai scelto di fruire della prestazione a pagamento? (indipendentemente dal tipo di struttura, privata o pubblica)

- Si
- No

Focus esami a pagamento

31 – Perché hai scelto di fruire della prestazione a pagamento?

- Per poter scegliere il medico che volevo
- I tempi di attesa erano più brevi
- Era più accessibile/raggiungibile
- Sono stato consigliato da amici/parenti/conoscenti
- Altro (specificare)

Ricoveri

32 – Nel 2023 sei stato ricoverato?
Rispondi pensando al ricovero più recente.

- Si
- No

Focus ricovero

33 – Quale è stato l'ultimo ricovero a cui sei stato sottoposto, tra quelli elencati, nel 2023

- Ricovero chirurgico
- Ricovero area medica
- Ricovero oncologico
- Ricovero riabilitativo

34 – Dove sei stato ricoverato?

- Struttura pubblica
- Struttura privata convenzionata col sistema regionale (accesso con ticket)
- Struttura privata (a pagamento)

Focus ricovero programmato

35 – **Nell'impegnativa/ricetta erano indicati i tempi di attesa per il ricovero?**

- Si
- No
- Non ricordo

Focus tempi attesa ricovero programmato

36 – **Quale era il tempo d'attesa indicato sulla ricetta?**

- Entro 30 giorni (A)
- Entro 60 giorni (B)
- Entro 180 giorni (C)
- Non indicato o comunque entro 12 mesi
- Non ricordo

37 – **Quanti giorni hai dovuto effettivamente attendere dalla prenotazione al momento al ricovero?** *(indica i giorni in numero, es: 123)* **.....**

38 – **Dove sei stato ricoverato?**

- Nella mia provincia
- Fuori dalla mia provincia
- Fuori dalla mia regione

39 – **Pensando alla tua esperienza, come valuti i seguenti aspetti?** *(indica un voto da 1 a 10)*

- Tempi di attesa: .....
- Qualità della prestazione professionale: .....
- Adeguatezza della struttura: .....
- Capacità di relazione del personale: .....

Ricovero dal pronto soccorso

40 – **Quante ore hai atteso in pronto soccorso prima di essere visitato?**

41 – **Quante ore hai atteso in pronto soccorso prima di essere trasferito/ricoverato in reparto dopo la visita?**

42 – **Dove sei stato ricoverato?**

- Nella mia provincia
- Fuori dalla mia provincia
- Fuori dalla mia regione

43 – **Pensando alla tua esperienza, come valuti i seguenti aspetti?** *(indica un voto da 1 a 10)*

- Tempi di attesa: .....
- Qualità della prestazione professionale: .....
- Adeguatezza della struttura: .....
- Capacità di relazione del personale: .....

Ricovero programmato approfondimento economico

44 – **Hai scelto di fruire della prestazione a pagamento? (indipendentemente dal tipo di struttura, privata o pubblica)**

- Si
- No

Focus spese per ricovero programmato

45 – Perché hai scelto di fruire della prestazione a pagamento?

- Per poter scegliere il medico che volevo
- I tempi di attesa erano più brevi
- Era più accessibile/raggiungibile
- Sono stato consigliato da amici/parenti/conoscenti
- Altro (specificare)

Assistenza domiciliare integrata

Per assistenza domiciliare si intende quella erogata gratuitamente presso la tua abitazione (o di un tuo familiare) ed esclusivamente dal sistema sanitario nazionale.

46 – Se hai avuto bisogno di "assistenza domiciliare" nel corso del 2023, per chi è stata attivata l'ultima richiesta?

- Non ho attivato assistenza domiciliare nel 2023
- Per me
- Per un mio familiare

Focus Assistenza domiciliare integrata

Rispondendo alle prossime domande pensa all'ultima prestazione attivata

47 – Come hai attivato la prestazione?

- Ospedale in fase di dimissioni
- Medico di famiglia

48 – Quale figura interviene nell'"assistenza domiciliare"

- Figura infermieristica
- Equipe multidisciplinare (intervento di più professionisti sanitari, es. infermiere e fisioterapista, ecc.)

49 – Pensando alla tua esperienza, come valuti i seguenti aspetti? *(indica un voto da 1 a 10)*

- Tempi di attesa: .....
- Qualità della prestazione professionale: .....
- Capacità di relazione del personale: .....

Note

Note

Note

Note

Note