

# “CONOSCIAMO LA SANITA’ NEL NOSTRO TERRITORIO”

Lunedì 13 marzo, Just Hotel Lomazzo

## **Rosa Perego**

«E’ con piacere che apro i lavori di oggi ringraziandovi per la partecipazione e ringraziando per la disponibilità il Dott. Banfi, Direttore Generale della ASST Lariana ed il Dott. Frattini, Direttore della struttura complessa, Gestione rapporti ed Integrazione rete d’offerta di ATS INSUBRIA.

Perché il questionario e perché somministrarlo al gruppo dirigente? Ve lo spiego subito.

Lo scorso mese di ottobre, durante una riunione del dipartimento Welfare della nostra Fnp dei Laghi, assieme al segretario Ust con delega al welfare, il segretario generale Fnp Lombardia e l’allora segretario Regionale alla sanità della nostra Ust, discutendo su quali iniziative si potessero mettere in campo per rendere partecipe il nostro gruppo dirigente dei problemi e dell’importanza del tema salute tra le tante cose emerse l’ipotesi di un questionario che testasse il grado di conoscenza del contesto socio-sanitario in cui si vive e si opera e che fosse però anche un primo approccio di sensibilizzazione su un tema così importante.

Così abbiamo chiesto a Girolimetto di Bibliolavoro di accompagnarci in questa avventura.

Spesse volte mi sono trovata nella mia passata esperienza di Segretaria della Funzione Pubblica a vivere una sorta di delega sommersa, da parte del nostro mondo sindacale, e quando si dovevano affrontare i problemi di sanità e sociale sentivo dire: “tanto ci sono i pensionati e la categoria del pubblico impiego”. E’ cambiato qualcosa? Credo poco. D’altra parte anche l’adesione al questionario che, se ricordo bene, si attesta a quasi il 50% degli invii, pur positiva se consideriamo che è la prima volta che usiamo questo strumento, tra l’altro online, conferma questo sentore di una certa trascuratezza su questi temi.

Siamo sempre più convinti che il nostro ruolo di rappresentanza si esercita stando vicino ai lavoratori ed alle lavoratrici, ai pensionati ed alle pensionate, nel saper cogliere i loro problemi, certamente categoriali e contrattuali ma anche di vita e la salute è un aspetto trasversale che tocca tutti noi. Rafforzare dunque il ruolo di rappresentanza dei dirigenti è uno degli obiettivi della nostra azione sindacale e il questionario ci offre spunti per orientare la nostra azione formativa e organizzativa. Inoltre la legge regionale 22 di riordino del sistema sanitario regionale apre nuove opportunità per il territorio e i cittadini, se tradotti nel concreto.

Il questionario evidenzia aspetti interessanti e, consentitemi questo aggettivo, “curiosi” che ora Francesco Girolimetto, che ringrazio per il lavoro svolto ci illustrerà” grazie.»

### **Francesco Girolimetto**

«Rosa ha anticipato l’obiettivo del questionario, ma lo riprendo. Gli obiettivi posti alla base del questionario sono: conoscere, capire e proporre.

Conoscere in che senso? L’obiettivo era quello di approfondire il grado di conoscenza del contesto socio-sanitario da parte del gruppo dirigente della Cisl dei Laghi.

Capire: perché vuol dire individuare attraverso le risposte che sono pervenute i punti critici e attenzionarli e infine proporre; perché dalla giornata e non solo, scaturiranno dei punti di riflessione che porteranno a rafforzare la linea di proposta dell’organizzazione. Come detto il questionario era totalmente online e ha richiesto alcuni mesi di tempo per la sua preparazione con la collaborazione dei vari dipartimenti. Si tratta di un questionario complesso. Un ringraziamento, va alle stesse federazioni che hanno permesso e hanno reso possibile la ricezione dei risultati. Dopo una fase di analisi oggi discutiamo quanto emerso.

Vi parlo brevemente del campione, lo ha detto anche Rosa, circa il 50% dei possibili rispondenti vuol dire 228 risposte complete e utilizzate come base date. Un campione più o meno equivalentemente distribuito tra Como e Varese 46 e 54.

Per quanto riguarda le coorti anagrafiche la fascia maggiormente rappresentata è quella tra 45 e 59 anni, il 30% ha più di 65 anni; qui si nota bene il contributo della categoria dei pensionati mentre si denota scarsa rappresentanza dei più giovani.

Entriamo nel concreto dei dati.

Il primo capitolo, la sanità, quanto e come la conosciamo. In questa domanda è stata proposta una serie di categorie, di strumenti; dal ticket sanitario al fascicolo sanitario personale, cosa vuol dire una struttura sanitaria accreditata, tutti quegli elementi che costituiscono anche le parti del sistema. Cosa abbiamo rilevato? Che la conoscenza della sanità territoriale è piuttosto scarsa, più del 75% , ha risposto di avere una conoscenza scarsa o appena sufficiente per molti degli aspetti che siamo andati ad indagare. In particolare in negativo spiccano una scarsa conoscenza del ruolo del comune nella programmazione sanitaria nei confronti del finanziamento delle strutture sanitarie e dei compiti delle ASST.

Emerge sin da subito come il tema della formazione e dell'informazione sia necessaria per capire e comprendere il funzionamento del sistema.

Quali sono i canali per cui principalmente i nostri rispondenti si informano? La percentuale più rappresentativa è quella di coloro che si rivolgono al medico di base 61% dei rispondenti. Molto interessante notare come, in seguito al medico di base, la maggior parte dei rispondenti si affida ai social; questo richiama l'attenzione su come le informazioni debbano essere controllate e verificate quando vengono diffuse con strumenti che potenzialmente si rivolgono ad una platea molto ampia di persone portando con sé anche informazioni scorrette.

Al terzo posto, un po' viziato dalla nostra platea particolare, è rappresentato il sindacato come vettore di trasferimento della comunicazione.

Quanto siamo informati? E' stato chiesto sulla base dell'autovalutazione, a ciascun rispondente, come e quanto si sente informato su una serie di elementi quali: la salute mentale, la modalità di accesso ai vari bonus legati alla sfera socio-sanitaria, l'esenzione dal ticket, i compiti dei medici di medicina generale e infine le campagne di prevenzione.

Anche qua emerge che il grado di informazione percepita è piuttosto carente. In particolare su temi quali la salute mentale e le agevolazioni economiche dei ticket, dove vediamo che più del 65% degli intervistati, ovvero più di due terzi dice di non essere adeguatamente informato. Una nota positiva, paragonata alle altre, è quella sulle campagne di prevenzione, per cui il 65% si dice correttamente informato. Generalmente i dati tra le due province sono simili, dove si differenziano in maniera significativa è stato evidenziato. Nel caso specifico delle campagne di prevenzione risulta esserci una maggiore informazione sulla provincia di Como, dove il 75% sostiene che sia adeguata; mentre solo il 53,3% degli intervistati su Varese sostengono che sia adeguata.

Successivamente è stata chiesta una valutazione completa del Sistema Sanitario Nazionale. Quello che emerge è una piena insufficienza e quindi insoddisfazione nei confronti del sistema. E' da considerare che, prima di essere gruppo dirigente, i rispondenti sono cittadini e quindi utilizzano i servizi presenti nel territorio.

La media sugli aspetti proposti è di 4,5 la scala proposta era una di tipo scolastico ovvero da 0 a 10, e come emerge non si salva nessun elemento, dal consultorio familiare ai servizi per la salute mentale, l'accessibilità fisica delle strutture, l'assistenza domiciliare.

Sul tema dell'accessibilità alle strutture è stato svolto poi un ulteriore approfondimento.

“Ma il nostro sistema è servizio che è accessibile a tutti quanti?” quello che emerge è che sia le persone non autosufficienti sia le persone con difficoltà cognitive sperimentano difficoltà di accesso ai servizi del sistema sanitario nazionale. Un dato positivo riguarda le donne in gravidanza, ma come si vede dal grafico le barre rosse sono molto ampie per tutte le voci proposte. Sono state formulate poi domande anche sulla prevenzione e sull'adozione di tutti quei comportamenti che teoricamente ci possono mettere al riparo dall'utilizzare i servizi del sistema sanitario almeno nell'emergenza.

Per il 97% degli intervistati, l'adozione di uno stile di vita sano ai fini della prevenzione è molto importante.

Ma se andiamo a vedere quanto l'informazione sullo stile di vita sia utile a prevenire una categoria di malattia che va dall'infarto, al diabete, all'ictus, al tumore, ecc., si vede come le percentuali si abbassano di molto e crescono le percentuali in cui si afferma l'ignoranza su come prevenire l'insorgenza di queste malattie.

Per prevenire l'insorgenza di queste patologie, la maggior parte degli intervistati afferma di adottare una dieta alimentare sana, di fare attività fisica e limitare l'utilizzo di alcolici. Risulta comunque preoccupante il dato che sottolinea che il 7% degli intervistati non adotta alcun comportamento preventivo.

Dopo un primo quadro generale, sono stati indagati alcuni aspetti concernenti il tema dell'esperienza in farmacia, come presidio di prima sanità sul territorio. Come emerge dal grafico, generalmente c'è un giudizio abbastanza positivo sul ruolo della farmacia; meno positivi sono gli aspetti legati alla dimensione fisica delle farmacie.

Ad esempio il 20% dichiara l'insoddisfazione all'accessibilità di questi luoghi, ma qualcuno lamenta anche la mancata possibilità di effettuare test per le intolleranze alimentari o l'assenza di un servizio per la scelta/revoca del medico di base e su questo puntiamo molto perché la farmacia è spesso volte il primo presidio che le persone possono incontrare. Una domanda su base aperta e volontaria chiede di dettagliare in maniera più profusa quale servizio si vorrebbe fosse presente all'interno della farmacia.

Tra i servizi maggiormente richiesti spiccano: analisi del sangue, prenotazione di visite specialistiche, tamponi diagnostici e test allergologici. Queste istanze probabilmente rispondono alle necessità rispetto all'offerta del sistema sanitario nazionale di velocizzare soprattutto i tempi per questi servizi. E' stato dedicato poi uno spazio al medico di medicina generale, ed è stato chiesto di valutare una serie di elementi.

Ciò che emerge è un quadro tutto sommato positivo. In particolare sulle competenze professionali espresse dai medici di medicina generale, più del 70% si ritiene soddisfatto; di contro vi sono aspetti più critici, come la possibilità di visite domiciliari, la reperibilità del medico e la disponibilità rispetto alle fasce orarie.

Altri aspetti critici riguardano la possibilità di reperire informazioni sui propri benefici, anche di carattere amministrativo, economico attraverso il medico.

I dati raccontano che il 60% degli intervistati ha affermato di aver cambiato o di voler progressivamente cambiare il medico di base. Quali sono le principali motivazioni? principalmente sono legate non alla qualità dei medici ma a contingenze esterne. Ad esempio il pensionamento o il cambio di residenza. Vi è poi un generico 18% che si dice generalmente insoddisfatto ma anche qua torna il dato poc' anzi presentato: solo il 10% dice di aver cambiato o di voler cambiare per inadeguatezza professionale del medico.

Dopo aver analizzato il tema del medico di base, è stata analizzata più nel dettaglio la tematica dell'ospedale, partendo da un confronto tra il sistema pubblico e il privato accreditato, chiedendo di valutare diversi elementi, tra cui: competenze chirurgiche, professionalità del personale, ecc.

Ciò che emerge è che, generalmente il giudizio dato nei confronti del privato accreditato è sempre più positivo di quanto non avvenga per il pubblico. Chiaro che bisogna fare attenzione perché, pensando ad esempio al pronto soccorso è evidente che poche persone sperimentano il pronto soccorso del privato, mentre è sempre il pubblico ad essere caricato nella fase emergenziale. Il 55% degli intervistati non ha espresso un voto sul pronto soccorso perché non ne ha avuto alcun tipo di esperienza. Ma ciò che sembra interessante è andare a vedere dove si realizzano le maggiori differenze, dove il privato accreditato viene valutato più positivamente, su due fattori in particolare: il tempo e la flessibilità. Traduco: facilità di prenotazione, tempi di attesa, tempi delle visite e questo non fa altro che sottolineare il sovraccarico che sappiamo gravare sul sistema pubblico. E' stato chiesto anche di dare una valutazione sul ricovero ospedaliero, circa il 90% del campione ha potuto sperimentare un ricovero ospedaliero, per questo era poi possibile esprimere un giudizio su quella che è emersa come una soddisfazione media, con alcuni aspetti di particolare negatività che sono: la qualità del cibo, l'attenzione alle esigenze personali e l'attenzione ai tempi di degenza. Viene evidenziata una piccola differenza tra Varese e Como, in particolare sul personale medico e infermieristico, a Varese il 30% è molto soddisfatto mentre a Como solo l'8%.

E' stata poi dedicata attenzione al tema economico legato alla salute, con questa domanda abbiamo colto quale è stata la spesa media al di fuori del sistema sanitario nazionale che è stata spesa per la salute nell'ultimo anno dedicata da chi ha partecipato all'indagine ed è stato fatto su tre differenti filoni: nei confronti del nucleo familiare dove i rispondenti dichiarano una spesa media di circa 500 euro, a livello personale 458 euro e per altri familiari 120 euro. Sull'intero campione l'85% ha sostenuto spese in regime privato e la cosa più interessante è perché, cioè come motivano queste spese. Il motivo principale sta nella necessità di evitare le lunghe attese del sistema pubblico. Potremmo dire che l'urgenza, spinge coloro che possono ad affidarsi al sistema sanitario privato.

Per quanto riguarda una tematica più attuale, ovvero le Case della Comunità, ciò che emerge è che siano poco conosciute.

Un intervistato su tre afferma di conoscere le case della comunità, di questi più del 70% dice di non essere cosciente della loro presenza sul proprio territorio. Anche qua torna il tema della scarsa informazione e della scarsa conoscenza. Dopo di che è stato chiesto a chi ne era consapevole di indicare quali potrebbero essere i tre maggiori benefici e vantaggi che porterebbe l'istituzione di queste case della comunità.

Al primo posto emerge il non sovraccarico di ospedali e pronto soccorso, servizi e cure meglio distribuite sul territorio, l'aspetto della territorialità che tornava già da alcune slide precedenti e infine le prestazioni più rapide. I punti di attenzione si stanno piano piano delineando in maniera molto chiara: tempi, prossimità e ovviamente qualità. Uno spaccato sulla salute mentale che è sempre più importante a maggior ragione dopo il periodo pandemico che ha dato nuova luce al problema. Quasi la metà degli intervistati dichiara di essersi affidato a uno psicologo o di averne sentito il bisogno, il 63% di questi ha riscontrato benefici da questo supporto e questo conferma la centralità che le misure di assistenzialità dovrebbero avere e la rilevanza generale del tema del benessere della comunità. E' stata posta poi qualche domanda sul bonus psicologo, che quando è stata fatta la rilevazione era ancora più attuale che oggi. Per il 90% degli intervistati non viene dedicata la giusta attenzione alla salute mentale e un intervistato su tre dichiara di non conoscere il bonus psicologo.

Si definisce un quadro in cui c'è grande bisogno ma si rileva anche qua un gap di informazione su quali strumenti sono oggi a disposizione per rispondere ai propri bisogni. Questo dato risulta ancora più significativo se consideriamo che l'11% dei rispondenti che ha detto di aver avuto bisogno di un supporto psicologico, ma non ne ha potuto usufruire per limitate possibilità economiche. Quindi quando c'è poi uno strumento che può mettere freno a questo problema della disponibilità economica diventa importantissimo che le persone possano conoscerlo e conoscere le possibilità per utilizzarlo. Infine il 15% dichiara di conoscere tale misura, di volerla utilizzare ma di non rientrare tra i possibili beneficiari.

L'attenzione è stata rivolta poi alle RSA, alla salute degli anziani, il 75% degli intervistati con esperienza diretta di familiari non autosufficienti ha affermato di gestire le cure del proprio caro in prima persona o affidandosi all'aiuto della propria famiglia. Si chiedeva di valutare diversi aspetti dell'assistenza domiciliare. Ne emerge un quadro di luci e ombre, in generale prevale il malcontento soprattutto sulla facilità di reperire le informazioni circa il servizio, informazioni circa le prestazioni esigibili, le tempistiche di attesa. A chi si trovava, ad avere appunto un familiare non autosufficiente sono stati indagati aspetti come l'indennità di accompagnamento, la pensione di invalidità. L'85% circa valuta l'indennità ricevuta inadeguata e in media gli intervistati che devono sostenere un familiare non autosufficiente hanno dichiarato di dover spendere circa 950 euro extra al mese, in più rispetto alle indennità ricevute. (in media).

E' stato poi approfondito il tema delle RSA, in particolare il livello dei servizi offerti. Per molte delle voci proposte, il giudizio è tutto sommato positivo, migliorabile, ma comunque con ampi spazi di positività.

E' stato dedicato uno spaccato sul Welfare aziendale, e abbiamo visto che l'83% degli intervistati dice di conoscere il significato di Welfare aziendale, ma che sono pochi ad utilizzarlo (64% circa), e sono anche pochi quelli che lo hanno a disposizione nella propria realtà lavorativa, vedete più della metà non lo c'è l'ha a disposizione. Con una domanda aperta, è stato chiesto poi agli intervistati quali sono le aree su cui i sono più interessati, anche in prospettiva, per chi non lo avesse.



Vengono indicati 3 elementi in particolare: la convenzione per visite specialistiche con un sistema privato o pubblico che sia, le misure relative al benessere psicologico, e infine assistenza nelle cure parentali o di custodia.

Nel domandare quali sono secondo gli intervistati le tre priorità che il sindacato deve mettere in atto, un primo aspetto riguarda gli ospedali: è necessaria maggiore capacità di accoglienza degli utenti ed è necessario intervenire sulla continuità tra pronto soccorso e i reparti di degenza; migliorare la gestione dei codici bianchi.

Per quanto riguarda la sanità territoriale, è uno tra i primi interventi richiesti dagli intervistati. E' desiderata la vicinanza fra sistema sanitario e cittadini, circa 6 su 10 chiedono che vengano migliorati i servizi di assistenza sul territorio, domiciliarità consultori familiari ecc.

E' richiesto anche che venga trovato un equilibrio tra il sistema pubblico ed il privato accreditato e infine interventi strutturali per favorire la formazione dei medici del personale sanitario in genere.

Questo è uno spaccato di quanto emerso dalle risposte.»

## **Marco Contessa**

«Ringraziamo Francesco per due cose, la prima è il preziosissimo supporto che lui e Bibliolavoro ci hanno dato nella lavorazione dei risultati del questionario, nell'analizzare i risultati e riuscire poi a esplicitare in 25 minuti.

L'impegno assunto oggi è quello di presentare il lavoro, con le slide complete affinché uno possa poi per eventuali approfondimenti interloquire con me o con Rosa.

Ne emerge un quadro come diceva Francesco decisamente preoccupante sotto alcuni aspetti.

Il primo è quello della conoscenza, perché è evidente che gli intervistati oltre a lamentarsi delle cose che non funzionano, come spesso succede, ed è normale che succeda, evidenziano però che su alcuni temi uno dei problemi non è il servizio che non funziona, ma è la non conoscenza di come funziona il servizio e quindi è sicuramente una delle prime cose che abbiamo attenzionato.

Dopo aver analizzato le risposte sono stati condivisi i risultati con la Cisl Medici e la Funzione Pubblica. Invito il Dott. Iaria e Praticò a venire al tavolo con noi, per analizzare insieme questi aspetti; tra l'altro il Dott. Iaria è un medico di base, figura che nel questionario è emersa come, inaspettatamente, positiva.

Spesso e volentieri andiamo a parlare male dei medici di medicina generale, invece quando poi si pongono le domande giuste, la risposta della gente è che la figura, la professionalità e la capacità del medico di medicina generale sono ampiamente condivise, e lasciano quindi lo spazio a ovviamente futuri miglioramenti, però è chiaro che se alcuni aspetti come ad esempio le visite domiciliari sono un problema, tanti altri aspetti professionalità, capacità, disponibilità e quant'altro, sono ampiamente condivisi.

Lascio la parola al Dott. Iaria e lo invito a provare a illustrare, dentro a questa ricerca, la sua visione del medico di medicina generale.»

## **Dott. Paolo Iaria**

«Buon pomeriggio a tutti, grazie alla federazione dei pensionati per l'invito.

Oggi il medico di medicina generale è molto preso dalla burocrazia e purtroppo spesso a volte si è costretti a tralasciare la clinica, lasciando indietro qualcosa. E' una cosa sbagliatissima, ma o fai quello o fai altro a volte anche per le visite domiciliari devi fare delle scelte, a volte anche inutili, a volte vai a fare delle visite domiciliari perché "sto morendo, sto morendo" e poi ti ritrovi la signora che sta cucinando. Questo comunque è approfittarsi di un servizio.

Il malcontento che ho io lo hanno anche i miei colleghi, non esiste un collante tra il medico di medicina generale e l'ospedale, la colpa non è dei medici, non è di nessuno.

Purtroppo la burocrazia sta portando sempre di più a staccarsi da questo collante. Mi auguro che le case di comunità possano riconoscere veramente come attore principale il medico di medicina generale. Perché senza il medico di medicina generale cari non si va da nessuna parte. Nella mia esperienza io ho quasi 2000 assistiti per la carenza di medici, io e altri stiamo cercando di tirare avanti però è molto dura e molto faticosa, credetemi, poi riguardo al bonus e quelle cose lì, sinceramente per quanto mi riguarda io li sto spingendo, forse perché sono dentro anch'io nel settore quindi, la pandemia ci ha portato anche a questo, ci sono tante difficoltà addirittura forse gli adolescenti vengono messi da parte, soprattutto i disturbi alimentari.»

## **Marco Contessa**

«Provo a pungolare ulteriormente il segretario della Cisl Medici. E' vero che il medico di base svolge ed è stato evidenziato un ruolo fondamentale oggi e sulla carta lo svolgerà anche domani nelle case di comunità perché dalla norma così come è scritta ne prevede una centralità nel funzionamento nelle case della comunità.

Ma la domanda è, com'è possibile, secondo te coniugare degli obiettivi nobili condivisi da tutti sulla teoria e nella pratica con la realtà di oggi, con le condizioni nelle quali il medico di medicina generale è chiamato a lavorare oggi con la carenza di organico, la burocrazia, l'assenza di aiuti di supporto amministrativo, la difficoltà a garantire un servizio continuativo e con un'utenza che si sta un po' imbarbando.

Perché quando non si riesce ad ottenere qualcosa in linea generale si va dal medico e si chiede l'urgenza, il bollino verde, le liste d'attesa le si salta se il medico ti presenta la richiesta con l'urgenza .. è più medico o amministrativo?»

## **Dott. Paolo Iaria**

«Sicuramente è più amministrativo. Questo purtroppo è vero siamo amministrativi. Quello che manca è che se il medico, quello che mi auguro verrà inserito in un contesto anche con l'amministrativo, la segretaria che io ho.

Ma un amministrativo dovrebbe essere presente 6-7 ore al giorno, non due, adesso 4 perché siamo riusciti ad entrare dentro il sistema del famoso concorso ATS, però non bastano perché la burocrazia ammazza tutti, cioè la segretaria aiuta moltissimo il medico e gli dà la possibilità di fare clinica, quello che noi siamo patentati a fare, la nostra scelta al di là della missione è curare non amministrare è ovvio che l'amministrativo è di supporto, come anche l'infermiere.»

## **Marco Contessa**

«Grazie dott. Iaria, cominciamo a invitare i nostri amici controparte a prendere nota delle piccole cose, vedo che il Dr Banfi scrive.

Nunzio è Segretario Generale della FP ovvero quegli operatori che sono quotidianamente chiamati a lavorare dentro ospedali, case di riposo, strutture socio-sanitarie, quelli che fino a un paio di anni fa chiamavamo eroi, tanto per ricordarcelo, quando ne avevamo bisogno, quando restavano solo loro. Erano rimasti sul campo e non avevano avuto la possibilità di chiudersi in casa e fare altro quindi è chiaro che hanno dovuto rimboccarsi le maniche e superare le loro paure continuando a lavorare per noi, cittadini e anche malati.

Nunzio, è chiaro che uno dei temi che contraddistingue l'analisi è anche qui in maniera molto evidente è che il cittadino è contento del lavoro svolto dall'operatore, è contento della professionalità che ne esce. Le lamentele sono rivolte al poco tempo che spesso e volentieri i dipendenti possono dare da un punto di vista relazionale perché i tempi di cura, si accorciano sempre più e quindi la domanda che faccio a Nunzio è: ma in un modello ideale, tolto il sogno di avere più risorse umane a disposizione, quali sono le esigenze che gli operatori del comparto manifestano.»

## Nunzio Praticò

«Buonasera a tutti e grazie per l'invito, il tema è veramente interessante le risposte probabilmente richiederebbero molto tempo e cercherò di essere molto sintetico. Qui abbiamo visto delle slide di una restituzione. E' vero il campione è limitato sono 230 persone che hanno risposto, però sono una nicchia che ha una certa sensibilità per i temi sociali, cioè sono tutti dei dirigenti sindacali che in una maniera o nell'altra entrano in contatto con categorie anche al di fuori dell'ambito sanitario che però rappresentano i problemi personali e sociali e non solo del lavoro. I lavoratori della sanità pubblica, privata e del terzo settore chiedono di lavorare meglio e su questo aspetto gli ultimi tre anni (periodo pandemia) non hanno aiutato, , e da qui il fenomeno delle dimissioni e dell'esodo verso la vicina svizzera, perché siamo province di confine.

Il problema sostanziale del malessere lavorativo è l'eccessivo carico di lavoro, per la mancanza di disponibilità che a volte è obbligata da parte degli ospedali a una maggiore conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro.

Chi ha risposto al questionario era per la maggior parte di sesso maschile, ma i lavoratori della sanità sono per la maggior parte donne e le donne spesso sono quelle che si assumono per scelta la responsabilità dei carichi famigliari, caregiver, gestione dei figli e la conciliazione con i tempi di vita non funziona. Il personale fatica a mantenere un corretto equilibrio fra quelli che sono gli obblighi del lavoro e quelle che sono le esigenze di vita. I fattori sono estremamente incisivi anche sugli effetti dell'erogazione dei servizi, anzi sono direttamente proporzionali all'erogazione del servizio.

Quando io mi rivolgo come utente al Pronto Soccorso trovo persone che hanno fatto già tantissime ore di lavoro con una pressione altissima, con la paura di affrontare il pericolo ogni giorno, perché la gente dall'altra parte spesso non ha percezione di quelle che sono le difficoltà e non capisce perché ci sono dei ritardi. Il questionario è emblematico da questo punto di vista, l'utenza, la cittadinanza non concepisce il problema di difficoltà delle strutture sanitarie ma se ne lamenta per i ritardi, per le liste d'attesa.

Qualche giorno fa il ministro della salute parlava di accessi al ps inappropriati, prima Paolo diceva la burocrazia, stiamo parlando di persone, quando noi accediamo al P.S. siamo utenti che abbiamo bisogno, non sappiamo se effettivamente il codice datoci sia giusto, anzi spesso dai codici bianchi nascono le disgrazie perché vengono rimandati a casa.

Se io non so che cos'ho naturalmente non posso sapere se sono un accesso inappropriato, l'utilizzo al servizio deve essere consapevole deve essere disciplinato però tante volte quando si tratta di salute questa percezione non l'abbiamo.»

### **Marco Contessa**

«Grazie Nunzio. Quando siamo operatori ragioniamo in un certo modo, quando siamo cittadini inevitabilmente ragioniamo in un altro modo, quando siamo operatori del sistema, chiediamo, vorremmo che i nostri utenti si rivolgessero ai servizi solo in caso di necessità. consapevoli, diciamo debitamente informati e con delle richieste appropriate, inevitabilmente quando diventiamo cittadini e magari le nostre esigenze riguardano i soggetti che ci stanno a cuore, fragili e quant'altro anche il minimo dolore che magari non vuol dire nulla, magari l'inizio di un infarto, per noi è un infarto, all'inizio si pensa subito al peggio, per cui intasiamo i pronto soccorsi, e gli studi di medici di medicina generale.

Però dentro questo contesto io non vedo una soluzione, non penso che possiamo trovare la ricetta magica per cui uno acquista improvvisamente tutto il raziocinio del caso e si fa la diagnosi e decide se è urgente o meno perché altrimenti vuol dire che uno è capace di fare altro, quindi qual è, l'anello del sistema che in qualche modo deve essere cambiato affinché tutti debbano trovare una risposta, poi sarà il sistema a indirizzare la domanda urgente verso il binario A e la domanda non urgente verso il binario B. Perché la logica non è che è l'utente a decidere quale binario prendere perché se avesse quella capacità di discernimento farebbe il medico, ma io utente che non ho capacità, mi affido al medico al ps e loro mi devono instradare nel percorso corretto e in quel percorso trovare risorse adatte per essere gestito. Dentro questo modello, sta la risposta.»

## **Nunzio Praticò**

«Dunque sulla questione della risposta in termini di capacità di dare indicazioni corrette, innanzitutto dal questionario si evince che ci sono dei debiti informativi verso l'utenza, quindi l'utenza non sa che esistono le case della comunità, non sa che esiste una certa medicina del territorio che si sta formando, non sa come funzionano le case di comunità e dal punto di vista degli operatori evidentemente ci sono anche delle esigenze formative, delle esigenze di saper trattare il singolo caso soprattutto quello problematico e sapere dove indirizzare, la medicina del territorio è fondamentale per decongestionare quelli che sono gli accessi agli ospedali e per garantire all'individuo, che fa domanda di salute un percorso personalizzato.

E' chiaro che tra il dire e il fare, effettivamente le case di comunità sono anche una chimera da questo punto di vista cioè, quello che è il fine lo conosciamo, l'operatività o la piena operatività di queste strutture credo richiederà tempi lunghi di attuazione e non certi.»

## **Marco Contessa**

«Grazie Nunzio, visto che la domanda era a cavallo tra quelle del comparto sanitario e del medico tengo la stessa domanda e la giro al dott. Iaria Per vedere anche il lato della medaglia da parte del medico.»

## **Dott. Paolo Iaria**

«E' chiaro che le case della comunità stanno nascendo adesso, quindi è inutile che diamo la responsabilità alle case della comunità. Io invece sostengo un'altra cosa, all'interno del pronto soccorso istituire i famosi codici bianchi con la medicina del territorio. Quindi forse utilizzare allo scopo anche i medici di continuità assistenziale.»

## Marco Contessa

«Ringrazio Paolo e ringrazio Nunzio, chiamo il dottor Banfi qui con me così che sentiamo da parte sua quali sono le ricette, Frattini lo mettiamo qua e speriamo di risolvere metà dei problemi della sanità lariana anche se obiettivamente alcuni delle questioni non sempre dipendono solo da noi.

E' chiaro che l'accordo quadro che regola i medici di medicina generale è uno dei temi da molto tempo in discussione. È chiaro che dal questionario e dai risultati emerge che la sanità sul territorio comasco e varesotto è una sanità che non ha grandissimi squilibri, noi eravamo partiti all'inizio della ricerca con la preoccupazione che la percezione del nostro gruppo dirigente fosse profondamente diversa a seconda del fatto che abitassero a Como o a Varese, perché siamo consapevoli che il modello organizzativo soprattutto della sanità Comasca e Varesina sia profondamente diverso.

A Como il numero di posti letto rispetto a Varese è inferiore per cui vi era una certa preoccupazione sul fatto che le risposte fossero particolarmente negative sul fronte comasco, rispetto a quello varesino. Devo dire che con un po' di sorpresa questo non è avvenuto.

Quindi vuol dire che tutto sommato, nonostante la carenza che ovviamente rimane sul territorio, gli utenti si arrangiano uscendo dal territorio, sicuramente Saronno è una bella valvola di sfogo.

Mi verrebbe da dire che i tre grandi nei che in qualche modo possiamo individuare dentro la ricerca sono le liste d'attesa, gli accessi al pronto soccorso e la questione del personale, su questi temi come possono il sindacato e l'ASST lavorare per trovare modus operandi e modi di lavorare comuni che possano portare risultati per la cittadinanza.»



## **Dr. Fabio Banfi**

«Grazie per l'invito e per l'opportunità di chiarire alcuni aspetti. Probabilmente dirò delle cose che non saranno né gradite né condivise, però mi tocca l'onere con trasparenza e onestà intellettuale affrontare questo tipo di problema. Intanto devo dire che l'iniziativa che un grande sindacato come la Cisl ha avviato con la raccolta di questo questionario è un'iniziativa, come dire, coraggiosa.

Quello che emerge dalla raccolta dei dati è che una quota peraltro non significativa di soggetti, di persone che teoricamente dobbiamo intendere come mediamente, maggiormente informate, rispetto alle dinamiche del pubblico cittadino ha espresso delle opposizioni, delle percezioni, ha comunque manifestato un percepito che va a toccare alcuni nodi fondamentali del nostro sistema sanitario.

Ora che però, membri di un'organizzazione sindacale, io mi ricordo questa organizzazione quando avevo i calzoncini corti tanti capelli e la tartaruga sull'addome, era retta da persone, personaggi di uno spessore eccezionale, ora che non abbiano chiaro e che da qui consegue il percepito, i meccanismi di finanziamento, questo è come dire un limite, notevole che condiziona il percepito, perciò quando io vedo pubblico/privato valutazione di un percepito maggiore verso la fruibilità dei servizi lo posso anche capire, sempre è stato così, il privato aveva un'attenzione maggiore rispetto al comfort e alle prestazioni di supporto il pubblico aveva un'attenzione e una caratterizzazione più seria. I primi corsi di formazione che io feci sul marketing in organizzazione sanitaria dicevano beh, la sanità pubblica ha una sua solidità strutturale, la sanità privata maggiore comfort, quindi vuol dire che se uno ha dei problemi relativamente banali può avvalersi della sanità privata, o privata accreditata, se ha dei problemi seri dal pubblico non si fugge, perché lì si concentrano competenze, livelli di specialità, e quindi costi e quindi difficoltà di reclutamento del personale, ma detto questo ci arriveremo, dico anche che se il livello del percepito è costruito su informazioni che arrivano dai medici di medicina generale, io sono contento che ci sia qui il dott. Iaria, è uno dei pochi superstiti, uno dell'ultima legione, ma i medici di medicina generale sono spariti dai radar.

Preoccupante è anche che le informazioni arrivino dai social. Io mi rendo conto che quel tipo di percezione è oggettivamente contestabile e fuorviante non condivisibile.

Detto questo non intendo sottrarmi alle domande che mi ha fatto Marco Contessa, con il quale peraltro abbiamo attivato un tavolo di confronto su alcune questioni specifiche con lui e il vostro sindacato e ha modo di acquisire anche in via preliminare quelle che sono le nostre posizioni anche a livello locale. Io ritengo che dal vostro lavoro, che ripeto è comunque prezioso, perché non siamo su un livello di senso comune ma siamo su un livello di valutazioni, ancorché percepite ma formulate da un cluster di soggetti molto interessante.

Però io credo che non abbia messo a fuoco un tema, e cioè che il sistema è collassato in più punti, il sistema sanitario, non parlo del sistema sanitario regionale, parlo del sistema sanitario nazionale, parlo di sistema paese, poi certo anche di sistema Regionale.

La radice del problema oggi e ve lo dice uno che purtroppo in questa fase ha dovuto gestire, non avrei voluto, nessuno di noi avrebbe voluto trovarci dentro, un'emergenza di carattere pandemico. Il nostro ospedale, l'ospedale maggiore, parlo del Sant'Anna ma anche l'ospedale di Cantù, l'ospedale di Menaggio abbiamo fatto di tutto per preservarlo, da un'ondata covid perché non avrebbe effettivamente retto non per capacità di carattere professionale ma proprio strutturalmente.

Detto questo noi abbiamo avuto una rivoluzione permanente, che ha portato all'occupazione del 74% dei posti letto per il trattamento dei pazienti Covid. Vuol dire sospensione delle attività ordinarie, vuol dire gestione dell'emergenza e nell'emergenza alcuni particolari filoni come ad esempio quelli degli interventi chirurgici, di carattere oncologico di cui abbiamo avuto recentemente un buon riscontro a livello regionale per il tipo di performance che abbiamo comunque mantenuto.

Il 74% sospensione dell'attività ordinaria vuol dire che nel 2020, 2021 e oggi nel 2022 non abbiamo ancora recuperato quello che c'era indietro, ma lo dico con tutta la tranquillità e onestà intellettuale.

Io non vengo davanti a voi, soprattutto davanti a voi, a vendere tappeti io vi porto quelli che sono i dati di realtà, oggettivamente noi siamo in affanno, e questo è un dato, un dato importante e questa è una cosa che c'è stata in questi anni e non è stata ancora sufficientemente evidenziata, un corto circuito a livello sistemico a livello Nazionale tra il ministero della salute e il ministero della funzione pubblica e chi si doveva occupare della formazione ovvero il Miur della formazione delle professioni sanitarie.

Tutti voi avete sentito parlare di gobba pensionistica, soprattutto dei medici di medicina generale. L'ordine dei medici è da tempo che alimentano questo oggettivo spauracchio.

Ora, non occorre credo essere degli astrofisici per poter calcolare le conseguenze di questi errori di valutazione sul sistema sanitario nazionale, il paradosso è che oggi noi abbiamo a disposizione budget e risorse economiche per mettere a disposizione professionalità e non abbiamo le professionalità sul mercato, non abbiamo medici del pronto soccorso in emergenza urgenza, non abbiamo anestesisti e lavoratori, non abbiamo psichiatri, abbiamo affrontato il tema del disagio mentale ma il sistema sta collassando, il sistema della rete psichiatrica, andatevi a vedere un documento che è stato redatto dagli psichiatri del sistema sanitario della regione Lombardia ma che ripeto è un problema del sistema sanitario Nazionale.

La Regione Lombardia, anche per una sorta di attenzione che ha sempre avuto, è sotto gli occhi di tutti ma questo è un problema Nazionale. Ora facciamo fatica a reclutare radiologi, facciamo fatica a reclutare infermieri e non è che non si abbiano le risorse economiche per poter stabilizzare queste professionalità, questo è un dato a me piacerebbe che almeno voi, almeno chi si occupa di sindacato che si occupa di gestire una relazione con i cittadini ne abbia conoscenza. Questo è un dato di realtà, potete verificarlo adesso.

Le scuole di specialità hanno messo dei bandi che sono andati, non dico deserti, ma che sono stati ampiamente sottostimati, rispetto alle attese. Perfino in anatomia patologica, me lo diceva proprio stamattina il primario di anatomia patologica del Sant'Anna.

Veniamo a noi, sistema Lombardo, noi abbiamo in regione Lombardia, 238 ospedali, di cui 104 privati, 1 ospedale ogni 42000 abitanti, voi capite che con una contrazione delle risorse professionali a disposizione, con una difficoltà a realizzare politiche di contenimento dei tempi di attesa di gestione dei reparti dei pronto scorsi, avere un ospedale ogni 42000 abitanti, è tanta roba. Io dico che oggi è una rete difficilmente sostenibile per le condizioni date per cui partiamo da qui per poi analizzare tutti i temi che voi avete presentato.

Tempi di attesa, abbiamo detto, per i tempi di attesa oggi c'è solo un rimedio pare e lo dico anche facendo riferimento alle politiche regionali ma da tutte le parti anche da parte del ministero della salute continuo a leggere che ci saranno risorse economiche destinate per potenziare e poter raggiungere il massimo dell'atteso.

A me spiace dirlo, ma siccome è una conseguenza diretta di quanto avevo affermato poc'anzi, cioè della difficoltà di reclutare professionisti, questo è un approccio produttivistico, tayloristico basato su una logica meramente incrementale che in sanità non paga, in sanità non paga anche perché sui tempi di attesa ci sarebbe un grosso ragionamento da fare.

La sanità è uno di quei contesti in cui vi è una sorta di ribaltamento delle logiche di mercato. Non è la domanda che alimenta l'offerta, che orienta l'offerta ma è esattamente il contrario, è l'offerta che plasma in modo quasi unilaterale l'espressione della domanda; è la capacità economica di attrarre risorse, l'attrattività dei presidi a far crescere la domanda e quel tema affrontato anche dal collega prima è un tema che talvolta non si parla mai di domanda indotta ma esiste. Si usa il termine come dire, più simpatico, inappropriata.

Ma anche qui l'inappropriatezza poi necessita di una chiave di lettura, perché come diceva il Censis di qualche anno fa noi siamo tutti affetti da una sorta di sovranismo psichico per cui il nostro ombelico detta legge rispetto alle esigenze della collettività. E questo è un altro dato, parlando di inappropriatezza. Ma qual è il tema vero, io posso avere tutte le risorse del mondo persino noi professionisti, voi vedete nelle prime dieci visite specialistiche, dermatologia, oculistica, le altre sono prestazioni radiologiche, poi dopo Frattini ve le dirà meglio perché lui se le ricorderà senz'altro, ce ne sono parecchie.

Vi faccio un esempio molto banale. Visite oculistiche, noi abbiamo, sempre in una logica di contrazione delle risorse, aumentato il monte ore degli specialisti convenzionati mettendo fuori bandi per poter reclutare. Partecipanti ai bandi: zero. Oculisti interni non possono per contratto essere incentivati a svolgere delle ore superiori perché sono tutti in extra moenia. E ovviamente sono in extra moenia perché abbinano le attività pubbliche alle attività private, è un diritto, è un diritto contrattuale, per cui non abbiamo materialmente anche avendone le risorse, e ci sono, possibilità di potenziare ulteriormente quella linea d'offerta. Lo stesso discorso vale per la dermatologia.

Attività radiagnostica e veniamo all'aggancio col P.S. Noi abbiamo analizzato questi dati perché dobbiamo rispondere e penso anche sia corretto che a livello territoriale vengano inviati dei feedback che possano essere utili per comprendere i fenomeni, abbiamo fatto un'analisi, abbiamo visto com'è cresciuto il nostro, l'attività di pronto soccorso, nonostante tra il 2019 e il 2022 noi si abbia avuto una flessione notevole dei livelli di prestazioni.

La fase pandemica ha condizionato parecchio, ma non solo la fase pandemica, anche la difficoltà di recupero, quindi a fronte di una serie di ricoveri sicuramente inferiore, si parla di circa 3000 ricoveri, noi abbiamo avuto prestazioni di pronto soccorso più o meno in linea con quelle del 2019, dove abbiamo registrato un incremento dei livelli di complessità dei pazienti che si recavano in pronto soccorso. L'aumento dell'indice di complessità, ha condizionato un incremento delle prestazioni soprattutto nell'ambito radiagnostico, parlo di un aumento percentualmente significativo di tac erogate in pronto soccorso e di risonanze magnetiche erogate a pazienti interni ricoverati.

Qualche anno fa, quando facevo un altro mestiere, il collega che era in ats, asl, allora era asl, mi diceva, guarda io, sempre perché il fenomeno delle liste d'attesa è un fenomeno carsico, è da secoli che vien fuori questo problema, mi diceva guarda non c'è problema io come struttura ti faccio la committenza di esami ecografici, perché noi sull'ecografia abbiamo delle difficoltà. La tac un cittadino comasco la può avere nel giro di tre giorni perché non ci siete mica solo voi al Sant'Anna che fate le tac.

Ci sono privati accreditati, ospedali, ci sono strutture polispecialistiche, quindi un cittadino comasco in giorni tre ha una tac. Io dico una volta era cinque anni fa, cinque anni fa, adesso è più complicato per tutti ma quello che vi voglio dire è che anche qui, in pochi anni c'è un'era geologica. non solo la percezione, ma il dato di realtà è completamente modificato. Allora, io credo che da questa situazione se ne esce nel momento in cui, c'è come dire una realtà, io parlo di ats ma probabilmente anche le ATS scontrano l'inadeguatezza delle strutture e delle risorse a loro disposizione a livello regionale, dove si faccia una committenza vera tra pubblico e privato.

Io non sono per un sistema vano, credo che il privato non possa essere come dire, incluso in una dialettica di sistema. Lo dico perché se qualcuno voleva una strada diversa non faceva una legge come la 502, dove si aziendalizza il sistema pubblico e si equipara il pubblico al privato, perché gli anni '90 sono da studiare, non c'è solo la privatizzazione dell'iri, non c'è solo il Britannia, non c'è solo quel contesto lì.

Lì nasce una linea di pensiero anche per quanto riguarda la sanità. Quindi se qualcuno aveva i pruriti doveva grattarsi in quel periodo lì. Oggi noi non possiamo fare a meno di una coesistenza di una sinergia perché oggi il privato ha una quota importante di lavoratori in quel settore che non possono né essere internalizzati nel pubblico né essere messi in mezzo a una strada. Quindi quando si parla di rapporto pubblico privato io quello che credo sia necessario ed è naturale che io qui lo dica così, mi piacerebbe argomentare ma non ce n'è né tempo, non mi sottraggo se Marco Contessa su dei temi specifici mi chiama io vengo non c'è nessun problema si tratta di avere una governance unificata tra pubblico e privato.

Perché non è un caso che anche i vostri colleghi dicano, sì il privato accreditato è meglio però io al pronto soccorso del privato accreditato il 55% dice non ci sono mai andato, non ci ho messo piede e questo la dice lunga perché anche il privato accreditato dovrebbe, non scremare i pazienti, ma sulla base di un meccanismo di finanziamento che va conosciuto poter interpretare i fenomeni, anche dare il contributo al sistema.»

## Marco Contessa

«Chi conosce il dottor Banfi non è di certo sorpreso dal suo intervento di oggi, io lo conosco da un po' e quando mi ha detto che sarebbe venuto lui a rappresentare ASST ho messo in conto la sua spontaneità e la sua modalità nel relazionarsi, senza se e senza ma dicendo cose comode e cose scomode. Diciamo che nella nostra modalità relazionale la cosa è reciproca e quindi mi verrebbe da dire che il sindacato o meglio la Cisl dei laghi quando ha messo in campo questa iniziativa sapeva benissimo che vi sono dei problemi che nascono oltre al territorio lariano, nascono oltre alla Lombardia e arrivano a coinvolgere tutto il paese però noi siamo sempre stati quelli che non si lamentano alla classica risposta e va bè è un problema che sta sopra di noi non possiamo farci nulla e quindi ci interroghiamo su quelle che sono le possibili iniziative che noi a livello territoriale possiamo attuare.

Abbiamo noi per primi evidenziato il dato preoccupante sulla conoscenza delle regole del funzionamento del sistema dei nostri intervistati e ci siamo posti in prima battuta la domanda di cosa possiamo fare noi per aiutare ad avere una comprensione migliore e una valutazione più diciamo oggettiva. Però la domanda che faccio a voi è, ma questo compito è un compito che non è anche delle istituzioni e di chi questi servizi li eroga deve essere solo il sindacato colui che si fa parte attiva per fare in modo che la popolazione capisca o non è anche una delle prerogative di chi eroga il servizio? Cosa potrebbe fare ASST lariana e ats dall'altro affinché i dirigenti della Cisl in primis e poi a cascata la collettività in termini generali possa avere conoscenza e coscienza.

Non parlo tanto delle regole di finanziamento del servizio sanitario regionale, ma la domanda è, cosa sanno i cittadini della nuova legge regionale, delle case della comunità, di quale ruolo deve avere il medico di medicina generale, di come si fa oggi a prendere una pensione di invalidità, come si può chiedere l'indennità di accompagnamento, di come si può chiedere una misura B1 o di cos'è la misura B1.

Di queste cose cosa sa la nostra gente insieme o ognuno con il proprio pezzo per le competenze, per fare in modo che la cittadinanza abbia, non una percezione migliore, perché a noi della percezione interessa fino a un certo punto, ci interessa un servizio migliore. Perché la verità è che oggi noi abbiamo un servizio che non ci soddisfa e non è un'insoddisfazione dettata dal fatto che devo aspettare, se non devo aspettare devo pagare, e non tutti possono farlo, perché la sanità privata convenzionata è una cosa, e la sanità pubblica è un'altra, quindi da questo punto di vista è chiaro che la rete d'offerta, dottor Frattini, e passo la palla a lei, la rete d'offerta della quale ATS dovrebbe essere la grande regista cioè dovrebbe essere la principale regista sul territorio, si preoccupa di garantire attraverso i cittadini come diceva prima Banfi, non un monopolio all'ASST Lariana ma una pluralità di soggetti più afferenti le risposte alla cittadinanza.

Quando parliamo di pubblico e privato, ricordiamoci che il privato fa parte della nostra rete d'offerta, non è una cosa di cui dobbiamo aver paura, anche perché se non sappiamo ancora, non siamo ancora convinti, la metà delle prestazioni sanitarie della nostra regione è data dal privato, per cui senza il privato, domani mattina, non solo avremmo centinaia e centinaia di lavoratori in giro a spasso ma avremmo centinaia e migliaia di utenti senza prestazioni. Ora, il problema non è buttar fuori il privato, il problema è chiedere al privato, costringere il privato ad accettare le regole del gioco che lo mettano nella condizione di non essere privilegiato rispetto al resto della sanità Lombarda. Perché questo è il vero dilemma. Regole del gioco che dovrebbero essere uguali per tutti, Dottor Frattini, è possibile?»

### **Dott. Enrico Frattini**

«Grazie della domandina semplice, allora prima di tutto un ringraziamento a tutti voi, a Contessa e un pensiero particolare al Dottor Banfi che mi ha aiutato nella crescita professionale, abbiamo lavorato insieme molti anni, ho avuto l'onore di essere alle sue dipendenze per un po' di anni e lì ho appreso molte cose.



E' evidente che il nostro è un sistema che è in evoluzione continua, per cui alla fine si progredisce ed è sempre una spirale, abbiamo degli alti, abbiamo dei bassi e continuiamo ad avanzare, io che lavoro da circa 36- 37 anni e calcolando anche quelli dell'università diventano 44. Ho visto n. riforme e ho visto n. cose e quant'altro cioè io credo che la parola chiave sia alleanza, non c'è una contrapposizione in questo momento non ci sono fronti, ci dev'essere un' alleanza e degli interlocutori importanti in questo momento che sono l'università e gli enti locali. Il mondo universitario è un mondo complicato, c'è tutto un problema il numero chiuso, il perché c'è il numero chiuso, il perché di alcune situazioni quindi voglio dire, non è forse questo il momento e gli enti locali.

Gli enti locali perché prima quando si parlava della misura B1 spesso il cittadino entra in comune parla con l'assistente sociale e l'assistente sociale la prima cosa che dice con un grande disabile a casa dice "hai fatto la domanda per la misura B1?" e uno dice "ma cos'è sta B1 cos'è sta roba qui". Noi abbiamo davvero tanto, quindi alleanza, comunicazione, perché la comunicazione fa informazione e poi diventa cultura, questo è davvero importante, quindi creare un sistema di alleanza.

Allora il sindacato è una questione importantissima perché è la difesa. Il dottor Banfi ha detto una cosa complicata e semplice nello stesso tempo ma estremamente importante, quando ha detto che il sistema sanitario è un sistema che va al contrario, cioè se io domani apro un pronto soccorso dopo domani ho qui una lista d'attesa, oggi non ce l'ho la lista d'attesa; è una delle prime cose che mi insegnò. Ma è vero.

E un'altra cosa che mi insegnò è che in un momento di risorse finite dobbiamo anche valutare e avere il coraggio di valutare le performance in questo senso. Se io ho una tendinite alla spalla perché gioco a golf, non posso avere la stessa lista di attesa di quello che lavora col martello pneumatico. Cioè anche su queste piccole cose, facciamo delle riflessioni. Facciamo un'appropriatezza, perché il concetto di salute adesso sta diventando anche un concetto di performance, sì, allora è giusto che ci sia, è importante che ci sia però diamogli un giusto collocamento, un giusto posizionamento rispetto anche ad altre priorità e anche questo lo dobbiamo valutare.

Formare gli operatori è una cosa fondamentale, ed è una cosa fondamentale anche qui un'alleanza per formare gli operatori perché dobbiamo formare gli operatori degli enti locali, quindi cioè avere degli scopi e stabilire delle linee comuni degli obiettivi, degli obiettivi insieme su cui tutti trovarci per poterci alleare tutti per far sì che la comunicazione diventi informazione diventi cultura, diventi a un certo punto qualcosa che qualcuno ha acquisito all'interno della propria modalità, di apprendere e diffondere notizie quindi.

Soprattutto adesso si parla di case di comunità, in realtà non sono ancora partite ci sono degli edifici ci sono delle cose piano piano partiranno, io sono ottimista per natura perché il periodo della mia vita in cui sono stato pessimista sono stati anni devastanti per cui ho detto è meglio essere ottimista, quindi lo vedo davvero come un momento importante. Però anche qui, facciamo un dato di realtà perché prima il collega della medicina generale diceva: serve l'infermiera, serve il medico, serve il collaboratore di studio.

Quando io facevo il collaboratore (...) la nostra asl prendeva il finanziamento più basso in regione Lombardia perché i nostri medici di base non avevano chiesto l'infermiere di studio, non avevano chiesto gli amministrativi, per cui il budget che arrivava annualmente era terminato l'anno successivo dalla domanda dell'anno precedente perché ognuno voleva far da se. Quindi era un po' un cane che si mordeva la coda.

Questo è un momento importante di alleanza, non è un momento di fronti assolutamente e mettere insieme il meglio di tutti perché non c'è l'imparato della situazione, abbiamo un sistema che ha questi paletti. Per quanto riguarda il discorso della cultura anche su questo fatto io mi ricordo che fui il primo che con una faccia incredibile andai dall'allora rettore dell'università di Milano, perché volevo portare nella scuola di medicina qualche ora di economia sanitaria trovai allora il professor Nespoli che era il primario il cattedratico della scuola di pediatria che me lo fece fare nella scuola di specializzazione di pediatria.

Gli studenti di medicina non sapevano come era finanziato il sistema sanitario nazionale, non sapevano come funzionava un sistema amministrativo da questo punto di vista e il giorno dopo sarebbero usciti con un pacchetto così, come diceva il dottor Banfi quando lavoravamo insieme di assegni circolari in bianco su cui prescrivere qualsiasi cosa giusta o sbagliata che sia senza far parte di un sistema finito, anche questo è importante.

Non è soltanto, hai ragione uno studio clinico ma noi rappresentiamo, se il bilancio di regione Lombardia, per altro son 25 miliardi di euro e 20 sulla sanità, cioè dobbiamo pensare che abbiamo in mano anche una responsabilità amministrativa da questo punto di vista e nell'utilizzo delle risorse perché un'iperprescrizione vuol dire, io tiro via un pezzo a te e lo do a te e non lo do ad un altro.

Questa è una cosa su cui dobbiamo riflettere molto e magari lo do inutilmente, perché se lo do utilmente va bene ma se lo do inutilmente è un problema etico e quindi per chiudere e risponderti perché se no andrei avanti anche io ho la microfono mania mi da fastidio sentire la voce che rimbomba, allora dico che, la formazione, l'informazione la cultura e l'alleanza su questo, e creare davvero un canale di obiettivi formativi e di comunicazione la gente ha bisogno di una comunicazione che deve essere anche un sapersi rapportare col cittadino.»

## **Marco Contessa**

«Dall'intervento del dottor Frattini mi vengono due riflessioni. La prima è che sulla collaborazione e la comunicazione tra la pubblica amministrazione e il sindacato noi ci abbiamo già provato mi veniva in mente adesso, un'iniziativa che un annetto fa con Rosa e i pensionati abbiamo fatto rispetto allo sportello sui ticket sanitari su l'esenzione dei ticket sanitari c'è stata tutta la problematica dove molti cittadini sono stati chiamati a pagare delle multe e grazie all'azione del sindacato, , attraverso anche qualche piccola nostra iniziativa di protesta Ats ha cominciato a mettere a disposizione degli sportelli dedicati, abbiamo fatto la formazione a qualche nostro operatore e abbiamo anche noi aperto il nostro piccolo ufficio dentro all'organizzazione chiamato anche lui a dare un pezzo di informazione. Lo diceva anche prima Frattini, sulle case della comunità come siamo messi.

Perché qualche muro ridipinto lo abbiamo visto, qualche insegna fuori da qualche stabile lo abbiamo, visto qualche inaugurazione in pompa magna l'abbiamo vista, eravamo in campagna elettorale, per cui ci sta tutto. Adesso però vorremmo capire, in breve sintesi, se e dove e cosa funziona dentro le case della comunità nel nostro territorio.»

### **Dott. Fabio Banfi**

«Allora, prima di tutto anche qui occorre fare una premessa. Le case della comunità nascono su indicazione della missione sei del pnrr, se qualcuno di voi pensa anche nel medio breve periodo possa essere utile per decongestionare i pronti soccorsi, contenere le liste d'attesa sbaglia perché non è quella la missione. La missione è semplicemente, quella di contrastare una transizione epidemiologica in atto ormai da anni, anche nel nostro paese, che è la cronicità. E' la gestione dei pazienti cronici, una gestione più ordinata, più razionale avendo anche come effetto collaterale quello che se questa pratica va a buon fine i ricoveri impropri al pronto soccorso dovrebbero in qualche modo attenuarsi.

I pronto soccorso in Italia sono ovunque molto affollati, ma se voi andate in Germania, questo problema non c'è perché in Germania ci arrivano solo grossi traumi. Per le patologie cronico dipendenti non ci si va perché, perché per altro esiste un'organizzazione da tempo collaudata, che è diciamo quella della medicina territoriale, ma il medico di medicina non c'è, ci sono delle equipe di professionisti che drenano le richieste delle domande, altri specialisti dotati di una tecnologia di base perché anche se uno ha la polmonite e deve fare una lastra, va nello studio e gliela fa, noi scontiamo anche qui, perché è bene dirla questa cosa perché sembra di sfuggire ad un problema ma non è così, bisogna avere piena comprensione perché i medici di medicina generale oggi contano su un'organizzazione che da tempo immemore è fondata sull'autoreferenzialità, sull'isolamento perché il medico di medicina generale rispetto al proprio territorio rispetto ai propri assistiti, una volta c'erano le condotte oggi ci sono gli ambiti territoriali cambiamo gli spartiti ma la musica è la stessa, quindi il limite generale della medicina territoriale del nostro paese è un limite storico.

Tutto questo perché è diventato un problema oggi ancora più acuto; perché è stato slatentizzato dal Covid, l'emergenza pandemica ci ha messo di fronte alla realtà. Le cose che prima potevano essere gestite con una certa precarietà, oggi non lo sono più perché gli elementi base sono collassati, e questo è un dato. Le case della comunità ecco io, e non perché sono in capo ad ASST quelle di averle implementate e di averle comunque organizzate eccetera. Non sono solo un cambio di amministrazione d'uso come direbbe qualche amministrazione comunale.

C'è stato uno sforzo di implementare dei sistemi dei servizi, ci sono gli infermieri di famiglia che da noi hanno cominciato a lavorare e hanno cominciato a lavorare sulla presa in carico e in alcuni territori, parlo del medio Lario hanno sostituito pattanti privati nella gestione delle realtà domiciliari. Questo va detto anche qui è bene non fare di tutta l'erba un fascio. Se voi mi dite ma queste case della comunità oggi sono a regime? no. Sono perfettibili? assolutamente si.

C'è stata una discontinuità, in termini di servizio e in termini di organizzazione manca una cosa di cui, parlare col dottor Iaria, è probabilmente molto semplice lui ne rappresenta come medico di medicina generale un sindacato confederale, non rappresenta organizzazioni che sono squisitamente professionali.

Non uso il termine corporative perché non è nemmeno corretto, però sicuramente molto autoreferenziali da questo punto di vista. Cosa manca? Mancano i medici di medicina generale all'interno delle case della comunità; se voi andate a vedere quelle che sono implementate andate a Olgiate e in via Napoleona a Como, a Menaggio sono stati pensati degli studi per i medici di medicina generale sono lì, a disposizione però purtroppo da un lato le organizzazioni sindacali, da un lato il fatto che non ci sia stato ancora un tavolo che abbia definito compiutamente questo tipo di processo, non possono venirci a lavorare.

Lo spazio c'è e per i nuovi medici, soprattutto le new entry visto che adesso dovrebbero arrivare, in virtù del fatto che di medici di medicina generale ce ne sono pochi lavorare in una struttura dove che è organizzata con l'ambulatorio infermieristico, gli specialisti ambulatoriali con cui confrontarsi.

Questo potrebbe essere un vantaggio per un giovane medico, un fattore di crescita. Quindi io direi che questa è un'ipotesi, un'opzione che non deve essere sottovalutata, la stessa cosa che diceva Iaria, lo diceva lui, codici bianchi, noi abbiamo tanti codici bianchi in pronto soccorso, anzi direi che molti codici bianchi sono definiti all'inizio come codici verdi poi dopo quando si dimette un paziente è un codice bianco e mi fermo qui perché poi ci sarebbero anche altri.

Perché noi decidiamo che è un codice verde e non un codice bianco, perché è un codice bianco e non un codice verde. Molte volte i nostri medici valutano in tal modo l'assistito per non avere problemi e non avere come dire un atteggiamento ossessivo nei confronti dell'assistito. Lasciano correre ma il numero dei codici bianchi è notevole.

Codice bianco vuol dire prestazione da medico di medicina generale, una prestazione generalista.

Ora quello che dice lui ma noi lo abbiamo chiesto, perseguito, ma noi saremmo contenti ad avercelo. Il problema è che c'è sempre stato un no ma non da parte di Ats per partito preso, ma da parte di Ats perché aveva un collegamento con il tavolo sindacale e il tavolo sindacale dice no perché la continuità assistenziale è un di cui dell'accordo collettivo nazionale della medicina generale per cui la prosecuzione delle attività in notturna non possono essere inserite in un pronto soccorso per cui noi le inseriremo con tutte le cautele assicurative e quant'altro.

Bisogna fare delle osservazioni razionali, ragionate, io vi dico noi siamo il migliore dei mondi possibili? no. Noi abbiamo tanto da migliorare? Molto, moltissimo.

Quello che facciamo deve essere valutato per quello che facciamo. Non per il sentito dire e non banalizzato, qualsiasi critica è doverosa perché ci permette di lavorare ancora meglio. Qui il rapporto col sindacato, un sindacato come il vostro è da questo punto di vista assolutamente fondamentale.»

## **Marco Contessa**

«Ringrazio Banfi, lo invito ad aiutarci a non fare di tutt'erba un fascio. Perché sul tema case della comunità avrà ben colto e come emerge anche dal questionario la sensazione della gente è che ci sono solo dei titoli proviamo a scambiarci le evoluzioni realistiche della situazione, tentiamo di capire e di rendere più esplicito il tutto.»

## **Dott. Fabio Banfi**

«Organizziamo una visita, è importante.»

## **Marco Contessa**

«Dottore d'accordo, però la visita la possiamo fare in dieci, la comunicazione è una cosa importante non tanto nell'evento singolo, proviamo insieme a costruire un meccanismo dove ogni volta che si attiva un servizio dentro alla casa di comunità, usando canali comunicativi consoni, questi servizi vengono esplicitati, affinché il cittadino normale possa sapere che a Menaggio c'è una casa della comunità non solo sulla porta ma c'è dentro l'infermiere di comunità, un medico di medicina generale.

Se siamo fortunati che ci è andato, perché lo ha detto lei, è un percorso in progress non è un percorso dove siamo già arrivati, noi possiamo attendere alla porta, aspettando che qualcuno ci dica è tutto perfetto, oppure possiamo piano piano valorizzare quello che funziona se sappiamo quello che già c'è, possiamo lavorare su quello che manca.

Per quello aiutiamoci insieme a non fare di tuttatutta l'erba un fascio, perché spesso e volentieri tutti dicono nelle case della comunità non funziona niente, perché è semplice andare a cercare quelle piccole realtà dove funziona qualcosa perché purtroppo se poi dovessimo usare la classica bilancia è più quello che non funziona in termini complessivi di quello che funziona, visto l'obiettivo finale che ci siamo imposti, perché la 22 prefigura all'interno delle case della comunità tantissime cose da fare dentro lì se io guardo il punto di arrivo oggi siamo molto lontani dal punto di vista pratico.»

## **Dott. Fabio Banfi**

«Non è una provocazione: lei lo sa che abbiamo aperto un tavolo dove parliamo anche di argomenti abbastanza delicati, a me piacerebbe che i componenti di quel tavolo facessero una partecipazione all'interno delle strutture.

Ci sono qui due nostre colleghe addette alla stampa per l'informazione costante e reciproca non c'è problema, ma a me piacerebbe che voi veniste a vedere perché solo vedendo si capisce che forse qualcosa è stata fatta manca ancora tanto?

Probabilmente sicuramente sì ma la cosa centrale quella che manca, è il rapporto con la medicina generale, questo è quello che manca ma non è un problema che possiamo gestire noi e nemmeno ATS è un problema, il processo che deve essere attuato e formalizzato.

Io capisco anche che i medici di medicina generale debbano essere delocalizzati, se c'è una variabile per quanto riguarda le cure di prossimità sono anche gli studi periferici dei medici di medicina generale quindi nessuno vuole togliere questa presenza capillare sul territorio, però nel novero delle attività tu i pazienti tuoi talmente complessi, che potrebbero giovare di un rapporto con lo specialista in alcuni contesti, in alcuni momenti per la disponibilità di strumenti di valutazione in tempo reale, quella possibilità perché te la vuoi negare?

Non stare lì in vita permanente nello studio, selezionando le priorità, perché non utilizzare quegli spazi per progettare insieme, ci sono, sono vuoti.»

## **Marco Contessa**

«Accettiamo l'invito e organizzeremo sicuramente il da fare. Un'ultima domanda a Frattini prima di congedarci. I medici di medicina generale sono una di quelle competenze, mettiamola così (...) dentro a questo rapporto dove Ats da una lato è chiamata a gestirne alcuni aspetti e ASST dall'altro il cortocircuito dov'è dato nel dato di fatto?»



## **Dott. Enrico Frattini**

«Allora, io immaginiamo una catena di montaggio, perché qui siamo in una catena di montaggio. Esce un'auto, gli metto le chiavi, gira e parte. Adesso abbiamo questa catena di montaggio in cui abbiamo iniziato a mettere alcune cose però la macchina non è entrata ancora sul lingotto a fare il giro.

Evidentemente, tranne che in rari casi perché la cosa è nata da poco tempo, è chiaro c'è sempre un momento in cui si dice ci sono le case della comunità, perfetto, abbiamo progettato una fiat 500, perfetto, adesso la fiat 500 la stiamo costruendo poi arriverà il momento in cui il lingotto farà il giro e si vedrà.

Questo accadrà come è successo per le altre cose, ci vorrà un attimo di tempo, per cui corto circuito no, perché appunto stiamo montando tutti i pezzi. Le tappe sono abbastanza precise per il momento perché il direttore della sanità, perché proprio ieri, l'altro ieri ha mandato una comunicazione dove stabilisce delle date a marzo, delle date a maggio delle tappe a giugno e a settembre, per cui voglio dire ci sono dei passaggi magari poi quelli di settembre passeranno a fine anno, però poi ci sono delle indicazioni e dei percorsi delineati.

Le ASST sono sempre presenti, la Lariana i è stata presente la referente nominata dal direttore generale, lo stesso per la sette laghi, lo stesso per la valle olona ci sono evidentemente delle difficoltà nel creare rapporti, perché scadono convenzioni, contratti, banalmente la continuità assistenziale passerà eccetera, turnistica da fare, chi la controlla, ci sono le autovetture da controllare.

C'è tutta una valangata di cose che non è che io prendo queste chiavi e le sposto qui per dire prendo la macchina e vado, ci sono N cose che devono essere profilate e perfezionate in questo momento siamo abbastanza in linea.

Oggi pomeriggio c'era un incontro con i tecnici con i quali io dovevo partecipare però sono molto contento di essere qui, anche la mia direzione ha ritenuto importante che io fossi presente.

Il 14 abbiamo incontri con valle olona e con la lariana e di conseguenza le tappe entro marzo dovrebbe andare via abbastanza tranquillamente, poi dopo ci sono tutti i passaggi, poi vedrà la supervisione con la contrattazione sindacale territoriale ma questo soprattutto riferito alle risorse aggiuntive regionali perché la medicina ha un contratto con determinate voci per incentivare le attività che vengono svolte e per far sì che la medicina territoriale e la pediatria di famiglia possano svolgere delle attività in modo retribuito e che abbiano un consenso.»

### **Marco Contessa**

«Bene, grazie ringrazio anche il dottor Frattini. Ora il programma prevede una possibilità di dibattito. Passeremo col microfono per chi vuole. Le domande, non interventi, perché di interventi ne abbiamo già sentiti, domande, così ne riusciamo ad avere più di una.»

### **Mariuccio Bianchi**

«Cose dette molto stimolanti Dottor Banfi e Dottor Frattini, interventi che hanno cambiato le mie conoscenze e le mie percezioni in merito alla materia. Vengo subito alle domande. Primo: le case della comunità, magari la mia percezione è sbagliata.

Il dottor Banfi ha detto che la mission è in rapporto alla transizione epidemiologica centrata sulla cronicità, ecco io sempre pensando alla presenza di medici di medicina generale pensando all'equipe multidimensionale della casa ho sempre pensato che lo spettro della casa della comunità dovessi andare dico, anche al sottoscritto che ormai è anziano, io da non cronico possa usufruire decongestionare il pronto soccorso eccetera, eccetera, però invece lei ha detto la cronicità, questa è la prima domanda.

Seconda domanda: governance integrata tra pubblico e privato. Sicuramente nessuno vuole un sistema cubano, ma questa governance integrata non potrebbe partire da quello che per me è uno degli elementi di maggior contraddizione che sono le liste d'attesa. Ora, va bene quello che dice il dottor Frattini costruiamo un'alleanza un patto, però il sindacato fa anche vertenze.

Io dico, sono anche disposto a un patto con le istituzioni ma non posso dimenticare che sono un sindacato e lì su questo punto liste d'attesa e non solo vi faccio anche una vertenza.»

## **Marco Contessa**

«Grazie Mariuccio, altri?»

## **Domanda 2**

«Scusi qualche anno fa, hanno fatto una roba per i malati cronici che sono quelli che spendono molto di più, però i medici di base altro che volantini generici non hanno fatto senza rendere così consapevole la persona di una possibile scelta.

Il servizio per i cronici nel mio ambulatorio non è partito, non vorrei che questa cosa della casa di comunità, assomigli un po' a questa dei malati cronici, perché non è partita?»

## **Dott. Enrico Frattini**

«E' partita.»

## **Marco Contessa**

«Iniziamo a rispondere alle prime due domande, dott. Banfi, tocca a lei.»

## **Dott. Fabio Banfi**

«Allora, cronicità .. mi scuso perchè l'estrema sintesi a volte non aiuta, però la cronicità è una priorità, ci sono strutture che sono state implementate come le case della comunità che sono le centrali operative territoriali con funzione anche distrettuale, queste servono tendenzialmente a governare il paziente cronico nella rete dei servizi.

Non c'è solo la cronicità, ha ragione lei. Un altro elemento è lo sviluppo della domiciliarizzazione delle cure e questo con l'infermiere di famiglia e anche con l'accreditamento che ASST dovrà fare sul versante dell'adi è un'altra variabile.

Garantire un'elevata specialistica territoriale e qui entriamo nel tema liste d'attesa, che sia ovviamente confacente. Anche qui, ribadisco e lo tocco solo, facciamo un incontro sulle liste d'attesa, per fare capire, fatto centro, prime visite 25, controlli 75 quindi i tempi di attesa si misurano sul fatto che non si può erogare, non ci sono le condizioni per erogare nei tempi previsti i primi accessi perché bisogna garantire ovviamente anche il follow up, cioè i controlli quindi è un problema che bisogna analizzare bene e bisogna anche avere il tempo per poterlo spiegare.»

### **Dott. Enrico Frattini**

«Si per quanto riguarda i controlli io non sono un dirigente del dipartimento che determina proprio i controlli perché ATS una parte importantissima che è rimasta sono proprio i controlli che vengono utilizzati per pubblico e privato con gli stessi parametri. Tanto che bisogna avere un certo numero di prestazioni per poter essere accreditati.

Da questo punto di vista posso garantire che siamo abbastanza in linea

Per quanto riguarda il discorso della cronicità, no il discorso della cronicità è chiaro, è partito, c'erano le tre classi di cronicità che poi dovevano diventare cinque, poi è arrivata la pandemia ma le cooperative hanno continuato a funzionare, cioè le cooperative dei medici di medicina generale in cui i pazienti, perché è il paziente che decide, decide di seguire un programma e quindi seguire un pai (percorso assistenziale individuale) ossia un percorso di assistenza che viene stabilito e determina un patto tra paziente e medico con le prenotazioni e quant'altro.

Sta funzionando e sta andando avanti, e le dirò di più i medici non sono obbligati, ma il paziente può scegliere se fare questo patto anche con privato accreditato, con l'ospedale e, cioè, può scegliere tranquillamente mantenendo il suo medico di base per tutti gli altri tipi di prestazione. Faccio un esempio banale, mettiamo che io sia diabetico e iperteso con una certa classe di cronicità, il mio medico di base per suoi motivi non fa parte di questi; io decido di farmi seguire da ASST lariana e quindi stabilisco un pai con i professionisti che ci sono e poi dal mio medico continuerò ad andare se ho la polmonite, certificato di malattia e quant'altro.»

## **Marco Contessa**

«Ultimo giro di domande.»

## **Rosa Perego**

«Solo un flash, prima Dottor Frattini parlava di cronicità, io sinceramente non ho ben capito cosa è rimasto del vecchio provvedimento rispetto invece al nuovo che dovrà uscire, sulle linee regionali se ci sarà questo nuovo, probabilmente è stato anche frutto di alcune considerazioni e non in linea sufficientemente compresi da parte di tutti gli attori sugli obiettivi che dovevano essere raggiunti.

Non a caso il cittadino nella stragrande maggioranza ha scelto il proprio medico curante perché non aveva tra l'altro ben chiaro, lo scopo e gli strumenti e forse questo è quello che ha fatto anche ripensare su questo nuovo provvedimento che dovrà entrare in vigore. E' anche vero che poi la percezione può variare ovviamente, però certi medici, escludo in questo caso non perché è il mio medico il dottor Iaria, però nel senso che la cosa che piaceva di più al cittadino e alle persone che hanno bisogno, era anche la possibilità della prenotazione diretta da parte del medico o della cooperativa con questo famoso ricettone, così veniva chiamato, ma che poi di fatto soltanto in pochissimi casi veniva applicato, perché la maggioranza delle persone si è ritrovata a prenotare per conto proprio non avendo altra scelta.

Comunque come si suol dire "tra il dire e il fare c'è di mezzo il mare". L'altro aspetto che poi ho condiviso rispetto a quello che entrambi avete sottolineato, è contribuire a fare cultura, nel senso più profondo del termine. Noi a fare la nostra parte ci siamo, e questo di oggi è un primo gradino, non abbiamo chissà quali ambizioni, ma anche voi soprattutto nei confronti con l'istituzione regionale dovete fare la vostra. Mi permetto di dirlo, sul versante anche dell'informazione. Guardate che la gente quando riceve delle buste con la scritta regione Lombardia, non le straccia, le legge, e allora perché riceverle solo quando scade il bollo auto, scusate l'esempio ma è per capirci.»

## **Franchino Mercuri**

«Che tipo di sanità vedete tra 5, 10 anni? Purtroppo io personalmente, alla luce di ciò che sta succedendo, vedo una sanità pubblica nei prossimi anni che si occuperà principalmente dei poveri, e vedo sempre più una sanità privata, soprattutto in Lombardia, che si occuperà dei ricchi.»

## **Dott. Fabio Banfi**

«Io credo, che noi non dobbiamo discostarci dall'articolo 32 della costituzione, quello è il modello di sanità a cui fare riferimento, poi il tema è quello della governance nel rapporto tra pubblico e privato, un erogatore può essere pubblico o privato, ma la governance deve rimanere in mano al pubblico la committenza deve essere fatta dal pubblico perché in sanità la programmazione è fondamentale, non c'è un mercato che si autoregola in sanità.

La sanità è il fallimento del terreno del mercato, questo deve essere chiaro. Questo è un problema che va capito perché se no succede che ci sono i filantropi che ci sono quelli che danno le donazioni per i poveri. Non ci sono poveri in sanità, ci sono cittadini che esibiscono un diritto, certo nella modulazione, nella pratica di tutto quello che facciamo bisogna cogliere le difficoltà, le potenzialità e i limiti che ci sono, però il problema è la struttura di fondo. Non può che esserci una governance pubblica.

Nessuno ha parlato di LEA, ma noi abbiamo una platea infinita di LEA, ma dove stanno i finanziamenti? Non ci sono. Mi fermo qui.»

## **Marco Contessa**

«Condivido molto quello che diceva Banfi, sulla governance che deve rimanere in mano al pubblico, vedo un pubblico, una politica molto debole a ridargli la forza e lo strapotere della sanità privata. Il potere della sanità privata oggi, delle scelte politiche, per la governance pubblica può essere esercitata fino a un certo punto perché se il privato dice no il mercato soprattutto lombardo mette in difficoltà il pubblico, per cui è una governance condizionata.

Ora ringrazio i nostri interlocutori, dottor Frattini e dottor Banfi, perché non solo hanno portato il loro contributo alla nostra iniziativa ma l'hanno anche arricchita. Ringrazio Roberta perché pur venendo da un territorio diverso dalla nostra realtà e pur essendo neo incaricata di un nuovo ruolo ha ascoltato con molta pazienza la nostra iniziativa e alla quale adesso cedo volentierissimo la parola per le sue conclusioni.»

## **Roberta Vaia**

«Allora grazie mille, prometto che sarò veloce. E' stato un pomeriggio molto intenso e interessante. Ringrazio Marco, ho aperto stamattina la porta dell'ufficio come primo giorno al Regionale, e già oggi pomeriggio sono dentro questa cosa.. Allora, sicuramente mi fa piacere essere qui, capire il territorio che è sicuramente diverso da quello da dove provengo io, anche se quando si parla di sanità i territori sono molto simili in tutta la regione.

E' stato un pomeriggio interessante sia per la presentazione dei dati della vostra indagine sia per gli spunti emersi anche durante la tavola rotonda e devo sottolineare che apprezzo tantissimo questo vostro coraggio di presentare di fare quest'indagine.

Nel senso che negli altri territori non è che sarebbero emersi risultati differenti e il dato appunto che il grado di conoscenza percepita è troppo.

Quello che Rosa chiamava una delega un po' sommersa, una delega quella della sanità che hanno i confederali, i pensionati e chi ci lavora. Per il resto è una delega lasciata abbastanza perdere. Però la cosa interessante è che un intervistato su tre ha dichiarato che per recepire informazioni utilizza il sindacato.

Certo, vero che è un target abbastanza sui generis non è un cittadino comune.

Però insomma vuol dire che il nostro ruolo è un ruolo importante e dobbiamo sforzarci affinché riusciamo ad essere in grado di aprire questa delega, non far più una delega sommersa ma capire come aprire questo peso anche con gli altri lavoratori.

I temi che venivano sempre citati nella ricerca sulla salute mentale da risolvere, le modalità di accesso ai bonus e alle agevolazioni economiche eccetera, quando più del 65% degli intervistati diceva di non saperne nulla o comunque aveva poche informazioni.

Questo vuol dire che non siamo stati sufficientemente bravi noi a farlo, ma appunto non è soltanto una funzione nostra, bella questa immagine del dottor Frattini dell'alleanza è ovvio che ci vuole un'alleanza, ma sottolineo che poi tutti dobbiamo crederci nell'alleanza istituzioni, sindacato, parte politica, professioni. Perché anche da questa alleanza, anche la proposta che faceva il dottor Frattini, di creare un recupero delle informazioni potrebbe agevolare anche quella parte che il sindacato può fare.

Parlo dal territorio da cui vengo ma la situazione è abbastanza uguale per tutti.

Quindi appunto questa alleanza è fondamentale per agire anche il nostro ruolo di decompressione, però è importante che in questa alleanza ci crediamo un po' tutti.

Poi nella ricerca sono emersi un po' tutti i temi soliti, le liste d'attesa, le case di comunità, il rapporto tra pubblico e privato, le rsa che non abbiamo avuto tempo e modo di approfondire. Questi sono tutti gli ambiti di intervento in cui dobbiamo riuscire a portare a casa qualcosa di positivo.

Il problema è che come molti hanno detto negli interventi anche dal nostro interno, diciamo che oggi viviamo una fase di disagio del nostro sistema sanitario nazionale e non è una cosa che nasce oggi con la riforma delle legge 23, la cosa viene da molto lontano c'è sicuramente il progressivo definanziamento venuto dalla sanità pubblica negli ultimi dieci anni, c'è l'errata programmazione dei fabbisogni delle professionalità, c'è sicuramente il pesante blocco del turnover anche se a questa cosa si sta tenendo mano.

C'è poi una vera e propria emorragia di personale dal pubblico o per i pensionamenti o anche per la fuga dal pubblico verso il privato ma non solo, oggi stiamo assistendo anche agli operatori del privato che dopo la pandemia cambiano proprio lavoro, questo perché il disagio di cui si parlava prima che vivono gli operatori che si occupano della sanità, sta iniziando a crescere in maniera poco controllata e questo è un problema a cui si dovrà sicuramente mettere mano.



I cambiamenti sicuramente non sono iniziati oggi, partono da lontano da quando appunto si è deciso che il privato accreditato avesse una parte importante; tant'è che oggi oltre la metà delle visite specialistiche viene gestita dal privato accreditato.

Questo per dire che non possiamo aspettarci un cambiamento immediato, cioè non è da domani o da fine anno che vedremo effettivamente dei cambiamenti.

Il tema della sanità territoriale è al centro della nostra attenzione da sempre, all'attenzione del sindacato da sempre, da prima che scoppiasse l'emergenza sanitaria che ne ha messo come dire sul piatto in maniera più chiara per tutti le difficoltà, da prima della scadenza del quinquennio della legge 23, e anche da prima del rapporto AGENAS con la quale si sono messe in discussione almeno una parte delle scelte del sistema sanitario lombardo.

Noi come dire quelle criticità le vedevamo e le sottolineavamo già da molto tempo, ora l'attenzione dei media, dei giornali è concentrata molto sulle case di comunità.

Io son d'accordo su quello che diceva il dottor Banfi, è la cosa più semplice no, perché ci sono delle scadenze si vede se sono aperte o se sono chiuse, se sono aperte però magari il PUA è aperto solamente due volte a settimana e quindi è molto più semplice attaccare un po' e vedere rispetto alle scadenze.

Le case della comunità sono sicuramente un punto centrale della riforma, ma sappiamo benissimo per tutte le cose che ci siamo detti che potrebbero rimanere solo sulla carta o modificare poco rispetto al passato, però sarebbe interessante capire bene qual è il programma di lavoro.

E poi comunque c'è quello che ci dicevano anche le nostre categorie il problema del personale e anche l'integrazione con il sociale, come dire è ancora per il momento abbastanza lontana, un po' anche perché non sempre tutti i comuni ci credono a questa cosa. Io però penso che questa riforma sia importante, sia un'occasione che non possiamo perdere e che merita tutta la nostra attenzione. Questo è un momento molto favorevole, il ministero ha dato quelle che sono le obbligatorioità dei servizi all'interno delle case della comunità, ci sono i fondi del PNRR, certo, non bastano solo quelli servono anche altre risorse.

Ci sono anche una serie di aspetti critici, li abbiamo detti sono emersi un po' da tutti gli interventi, sicuramente uno che non è stato citato è il distretto, il distretto è il vero nodo fondamentale di questa riforma, il distretto non è semplicemente un ambito territoriale o la nomina di un direttore, cioè il distretto noi vorremmo che fosse un luogo in cui venga fatto uno studio epidemiologico del territorio, un luogo in cui vengano effettivamente previsti quali siano i servizi da erogare.

C'è il problema dei medici di medicina generale che effettivamente molto spesso non vogliono entrare nelle case di comunità, e c'è anche il problema della mancanza in tanti territori e in tanti ambiti dei medici di medicina generale. Iaria diceva, e io sono assolutamente d'accordo, che senza i medici di medicina generale le case di comunità non funzioneranno. C'è sicuramente difficoltà a reperire il personale medico e infermieristico, prima o poi si dovranno trovare risorse e delle riposte, appunto che non vengono dal PNRR ma vengono anche da risorse aggiuntive che anche regione Lombardia dovrà mettere.

Il nostro lavoro da sindacalisti ci fa amare la costituzione in tutti i suoi articoli, l'articolo 32 ci è particolarmente chiaro quindi come dire, è vero che la governance deve essere pubblica, però anche le regole devono essere consequenziali. In questo momento nel campo di gioco tra il pubblico e il privato, le regole non sono le stesse e come dire andrebbe rivisto il sistema che regola le due parti e che abbia una funzione integrativa e servirebbe una programmazione pubblica dell'offerta in base ai bisogni del cittadino.

Il privato può scegliere.

Un ultimo aspetto poi chiudo, è importante che tutti noi ce le assumiamo un po' di responsabilità. In questi anni gli operatori sanitari hanno garantito un'eccellenza e una dedizione all'impegno fuori dal normale, gli abbiamo chiesto sforzi disumani che tutt'ora stanno facendo per recuperare quello che un tempo non era stato possibile fare e comunque come dire non siamo ancora a livelli di Covid 0.

Il comparto della sanità purtroppo ha subito dal 2009 ad oggi grossi tagli a partire dal blocco del personale, serve quindi un grande investimento di personale, serve anche ragionare per aumentare il numero delle figure professionali all'interno, perché altrimenti continuiamo a ripetere la stessa cosa ma non riusciamo veramente a capire da dove cominciare.

Allora bisognerebbe appunto valorizzare le professionalità e le competenze. Rafforzare i percorsi formativi, sviluppando giusti percorsi contrattuali combattendo anche la precarietà. Bisogna fare in modo che il luogo di lavoro, soprattutto sanitario, ritorni ad essere un luogo di lavoro dove effettivamente si può lavorare e si possa svolgere in qualche modo la missione.

Poi sicuramente c'è il tema delle RSA, delle liste d'attesa che concordo ci vorrebbe un pomeriggio intero solo per andare a toccare questo tema, ma sarebbe bello che su questo tema prima o poi ci si mettesse attorno a un tavolo tante persone affrontando poi quella che è la tipologia del tema e capire effettivamente cosa possiamo fare.

La strada da percorrere è sicuramente ancora molto lunga e tortuosa e sicuramente il contesto in cui ci dobbiamo muovere non è un contesto facile. La coperta è corta, cortissima, però un dato importante, che tra le altre cose possiamo cogliere dalla pandemia, è il fatto che ci siamo resi conto di quanto sia importante la sanità pubblica e perciò dobbiamo far capire questa importanza anche a coloro che sono più ritrosi o disinformati. Grazie.»

## **Marco Contessa**

«Ringrazio Roberta per le sue conclusioni, ringrazio tutti voi per l'attenzione, la partecipazione a questa iniziativa.