

Commissione Consiliare 5 “Servizi sociali, famiglia, Sanità locale e rapporti con Enti sanitari sovracomunali”.

Il giorno martedì 10 Marzo 2026 alle ore 18.30, a seguito della convocazione prot. n. 26091/2026 del 02/03/2026 , si è riunita la Commissione 5 “Servizi sociali, famiglia, Sanità locale e rapporti con Enti sanitari sovracomunali” presso la Sala Consiglio del Palazzo Comunale su convocazione, a firma del Presidente Francesca Gallazzi, per discutere del seguente ordine del giorno:

- 1) Richiesta Commissione Prot. n. 3291/2026 del 13/01/2026 presentata dal Gruppo Consiliare di Forza Italia a firma del Cons. Marco Lanza per l’audizione dei vertici di ASST Valle Olona e dei rappresentanti politici di Regione Lombardia finalizzata alla collaborazione e all’implementazione dei servizi e delle attività delle Case di Comunità, in applicazione del DM 77/2022;
- 2) Varie ed eventuali.

Il Presidente della Commissione 5 Marra Vincenzo presiede la seduta e dà avvio all’appello.

Il Segretario di Commissione procede all’appello nominale dei commissari della Commissione 5:

Componenti	Gruppo politico	Presenti	Assenti
GALLAZZI FRANCESCA	LISTA CIVICA PER ANTONELLI SINDACO	X Da remoto	
MARRA VINCENZO Presidente	LEGA SALVINI LOMBARDIA	X	
LANZA MARCO	FORZA ITALIA	X	
COZZI CLAUDIA	FRATELLI D’ITALIA	Delega il Consigliere Paolo Geminiani	
TALLARIDA ORAZIO	FRATELLI D’ITALIA	X	
CASCIO SANTO	PROGETTO IN COMUNE	X	
VERGA VALENTINA	PARTITO DEMOCRATICO	Delega il consigliere Maurizio Maggioni	
CASTIGLIONI GIANLUCA	BUSTO AL CENTRO		X

LANZA GIUSEPPINA	POPOLO, LIBERTÀ	RIFORME	E		X
------------------	--------------------	---------	---	--	---

Altri presenti in Sala Consiliare:

- Sindaco EMANUELE ANTONELLI;
- Assessore MARIA PAOLA REGUZZONI;
- Consigliere LAURA ROGORA;
- Consigliere GIANLUIGI FARIOLI;
- Consigliera ALEX GORLETTA;

Per Regione Lombardia :

Prof. Mario Melazzini Direttore Generale Welfare

Per Asst Valle Olona:

- Dott.ssa Daniela Bianchi Direttore Generale
- Dr. John Tremamondo Direttore Socio Sanitario
- Ing. Massimiliano Mastroianni Direttore della Struttura Complessa Gestione Tecnico Patrimoniale
- Arch. Alessandra Bonfanti Dirigente Professionale della Struttura Complessa Gestione Tecnico Patrimoniale
- Dott. Simone Girardin Dirigente Amministrativo della Struttura Semplice Comunicazioni e Relazioni con il Pubblico.

Constatato il numero legale, il Presidente della Commissione 5 apre alle ore 18.33 la seduta per la trattazione del punto n. 1 all'ordine del giorno:

Il Vicepresidente Marra: Buonasera, buonasera a tutti. Chiedo al segretario di procedere con l'appello.

Il Segretario Lupi: Ok, procedo con l'appello. Buonasera a tutti. Gallazzi Francesca presente, presente da remoto, Marra Vincenzo presente, Lanza Marco presente, Cozzi Claudia, Tallarida Orazio presente, Cascio Santo presente, Verga Valentina, Castiglioni Gianluca e Lanza Giuseppina. Perfetto.

Il Vicepresidente Marra: Grazie. Vorrei cominciare ringraziando gli ospiti presenti che vado a presentare: la dottoressa Daniela Bianchi, Direttore Generale; il dottor John Tremamondo, Direttore Sociosanitario; l'ingegner Massimiliano Mastroianni, Direttore della Struttura Complessa Gestione Tecnico-Patrimoniale; l'architetto Alessandra Bonfanti, Dirigente Professionale della Struttura Complessa Gestione Tecnico-Patrimoniale; il dottor Simone Girardin, Dirigente Amministrativo della Struttura Semplice Comunicazioni e Relazioni con il Pubblico. Per Regione Lombardia il professor Mario Melazzini, Direttore Generale del Welfare.

Richiesta Commissione Prot. n. 3291/2026 del 13/01/2026 presentata dal Gruppo Consiliare di Forza Italia a firma del Cons. Marco Lanza per l'audizione dei vertici di ASST Valle Olona e dei rappresentanti politici di Regione Lombardia finalizzata alla collaborazione e all'implementazione dei servizi e delle attività delle Case di Comunità, in applicazione del DM 77/2022

Il Vicepresidente Marra: La seduta odierna è stata presentata dal Gruppo Consiliare di Forza Italia per l'audizione dei vertici di ASST Valle Olona e dei rappresentanti politici di Regione Lombardia, finalizzata alla collaborazione e all'implementazione dei servizi e delle attività delle case di comunità in applicazione del Decreto Ministeriale 77 del 2022. Do la parola al consigliere Lanza. Prego.

Il Commissario Lanza: Sì, grazie Presidente. Lasciatemi prima di tutto ringraziare e salutare tutti i presenti per essere qui questa sera a trattare di un tema che è di fondamentale importanza, quello delle case di comunità, che possiamo dire che si può inserire in un più ampio contesto di diritto alla salute pubblica. Quindi estrema importanza. Dopodiché, vorrei da subito chiarire che la finalità, l'obiettivo di questa richiesta di audizione non è assolutamente in nessun modo polemico, tutt'altro, vuole essere un confronto costruttivo e propositivo finalizzato ad analizzare, da un lato, lo stato attuale e il funzionamento dello strumento casa di comunità e, dall'altro, fare un intento divulgativo. Questo perché mi sono fatto portavoce, diciamo, di varie segnalazioni da parte di cittadini che hanno riscontrato purtroppo sul tema delle problematiche relative anche, a mio avviso, a una magari errata comunicazione dal punto di vista del funzionamento di queste strutture, quindi naturalmente il focus è incentrato sulle strutture, quindi sulle case di comunità che insistono sul territorio di Busto Arsizio, ma generalmente sarebbe magari interessante e opportuno dare una visione anche prospettica di quelle che ci sono sul territorio di tutta la provincia di Varese, che mi risulta dovrebbero essere circa una ventina di case di comunità. E quindi anche la scelta della assise cittadina non è a caso perché il Comune, in qualità di ente più vicino al cittadino, è la sede più opportuna, anche perché tra le varie prerogative del Comune vi è quella della tutela della salute pubblica. Quindi, concludendo questo piccolo preambolo, volevo dire che sostanzialmente lo scopo di questa richiesta di audizione era proprio, in poche parole, mettere a confronto in maniera costruttiva e propositiva, come dicevo, la parte tecnica e la parte politica, che purtroppo, ahimè, devo rilevare che questa sera è assente, anche se avevo espressamente fatto la richiesta di convocazione per quanto riguarda anche la presenza della politica, in modo tale da poter addivenire, qualora ritenuto necessario e opportuno, anche a eventuali modifiche dei regolamenti e normative che permettano o permettessero, insomma, permetteranno, vedete voi, di rendere più efficiente ed efficace questo strumento che, ripeto, a mio avviso è di fondamentale importanza, anche in riferimento alla medicina futura, anche e soprattutto con l'impiego della telemedicina, della digitalizzazione, sarà sempre di più il futuro. Ora, se il Presidente è d'accordo, darei una lettura per il verbale della richiesta di audizione.

Il Vicepresidente Marra: Sì, certo, proceda pure.

Il Commissario Lanza: Ok. Dopodiché, sempre se siete d'accordo, farei una piccola introduzione del tema per lasciare poi spazio alle risposte e al dibattito.

Il Vicepresidente Marra: Prego.

Il Commissario Lanza: Grazie. Allora, l'oggetto è "Richiesta ai sensi del regolamento di Consiglio di audizione dei vertici ASST di Valle Olona e dei rappresentanti politici della Regione Lombardia ai fini della collaborazione e implementazione dei servizi e delle attività delle Case di Comunità in applicazione del DM 72/22 (77/22)". "Premesso che il Decreto Ministeriale 77 23 maggio '22, regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale, ha introdotto una profonda riorganizzazione della sanità territoriale, individuando nelle case di comunità uno degli assi portanti del nuovo modello di presa in carico sul territorio dei cittadini pazienti. Il Decreto Ministeriale 77/22 prevede che le case di comunità costituiscano luoghi di riferimento sociosanitari di prossimità, caratterizzati da integrazione

multiprofessionale, accessibilità, continuità assistenziale e forte connessione con i bisogni sanitari delle comunità locali. Regione Lombardia, in attuazione del PNRR, Missione 6, Salute, ha programmato l'attivazione di numerose case di comunità, affidandone la realizzazione e la gestione alle ASST territorialmente competenti, tra cui l'ASST di Valle Olona. Considerato che Regione Lombardia sta svolgendo un grande lavoro nel costante potenziamento del sistema sanitario e nella risoluzione più ottimale possibile delle criticità in accordo con gli enti locali sul territorio del Comune di Busto Arsizio e, più in generale, dell'area afferente ad ASST Valle Olona. Il tema delle case di comunità portato avanti da Regione Lombardia ha assunto rilevanza politica, sanitaria e sociale anche in relazione alla localizzazione, le funzioni attivate e al coinvolgimento degli enti locali. Sempre considerato che varie segnalazioni di molti cittadini pazienti che non vedono purtroppo ancora risolti molti problemi, quali le lunghe liste d'attesa, l'intasamento dei pronto soccorsi, mentre si attendevano e si attendono ancora risposte più concrete all'applicazione della normativa regionale riguardante anche le case di comunità, hanno generato dibattito pubblico tra cittadini, operatori sanitari e amministratori locali, rendendo opportuno un confronto aperto e un chiarimento istituzionale trasparente e costruttivo. Si rende opportuno portare all'attenzione alcune criticità e rispondere ad alcuni interrogativi e bisogni dei cittadini in merito alle attività svolte dalle case di comunità a Busto Arsizio in coerenza con il modello previsto delle normative ministeriali e regionali. Il Consiglio Comunale rappresenta la sede istituzionale più idonea- come dicevo- per discutere un tema che incide direttamente sul diritto della salute pubblica, sull'organizzazione dei servizi territoriali e sulla qualità della vita dei cittadini, un'audizione dei vertici di ASST Valle Olona e dei rappresentanti politici competenti di Regione Lombardia, Assessorato Welfare, Commissione Sanità, eccetera, consentirebbe di fare il punto sulle attività effettivamente svolte e le potenzialità delle case di comunità sul territorio, comprendere eventuali criticità esistenti e le proposte future, favorire intese tra enti regionali, locali e soggetti interessati per poter migliorare il sistema e l'offerta dei servizi ai cittadini, nell'ottica di una proficua collaborazione tra comuni, istituzioni sanitarie locali e Regione Lombardia. Tutto ciò premesso, si chiede al Presidente del Consiglio Comunale e al Sindaco di convocare un'audizione in Consiglio o in commissione avente ad oggetto lo stato di attuazione delle case di comunità nel territorio di competenza di ASST Valle Olona e nello specifico di Busto Arsizio; invitare il direttore generale ASST Valle Olona e i suoi delegati, rappresentanti politici, eccetera; garantire- questo è importante- che l'audizione consenta un confronto pubblico, trasparente, documentato e propositivo, anche alla luce delle questioni emerse di recente nel dibattito politico.". Era per il verbale, Sindaco, senno' avrei saltato. Quindi, come dicevo, lo scopo di questa audizione, come detto in apertura, è cercare di fare il punto sul tipo di attività già erogate da questi strumenti, queste case di comunità e anche quelle previste, naturalmente con un focus su Busto Arsizio. Ripetiamolo, non a scopo polemico, sia ben chiaro, ma principalmente per trovare dei punti di incontro, delle sinergie tra, da una parte, le istituzioni sanitarie regionali e territoriali e, dall'altra, il Comune che, tra i vari compiti che ha, ha anche quello, come si diceva in apertura, della tutela della salute pubblica, oltre che intercettare e andare a recepire tutte quelle istanze dei cittadini e mediarle con gli enti locali territoriali e le istituzioni, contribuendo così a darne una corretta e capillare comunicazione al fine ultimo di migliorare i servizi e in questo caso parliamo proprio del servizio dei servizi, che è la salute. Quindi, come si diceva, nessuna contrapposizione, ma il confronto crediamo sia costruttivo per una collaborazione. A questo punto però io mi permetterei di fare una piccola premessa, naturalmente conosciuta per gli addetti ai lavori ma secondo me opportuna per inquadrare bene la tematica, molto brevemente: le case di comunità sono strutture sociosanitarie di prossimità previste dal PNRR, come si diceva, e dal Decreto Ministeriale 77 del '22, per l'assistenza territoriale e integrate nel Servizio Sanitario Nazionale, offrono quindi gratuitamente prestazioni sanitarie multispecialistiche, fungendo da punto di riferimento e di ascolto, in particolare, ma non solo, per la cronicità, per migliorare l'assistenza sul territorio e venire incontro alle richieste dei cittadini -di salute, naturalmente- e come risultato- questa è la cosa a cui mi preme dare molta importanza- tentare di risolvere problemi importanti di cui si occupa proprio la politica, naturalmente tra diatribe tra maggioranza e opposizione, come le lunghissime liste di attesa e gli intasamenti dei pronto soccorsi. Quindi, come ça va sans dire, basterebbe risolvere anche o perlomeno diminuire queste due problematiche per migliorare il sistema e questo è anche compito proprio della politica a tutti i livelli, nazionale, regionale e locale. Ecco perché siamo qua, sostanzialmente. Allora se volessimo, diciamo, proseguire oltre in questa chiamiamola disamina quali possono essere i rischi su questo tema nei quali non

bisogna incorrere? Le case di comunità non devono quindi intendersi come semplici poliambulatori, ma veri e propri luoghi di cura che prevedono anche l'innovazione e l'impiego di tecnologie, come dicevo, digitali, come la telemedicina. Ricordo, ad esempio, che di recente il Ministero ha attivato una piattaforma per la telemedicina. E quindi sempre proseguendo, diciamo, il pronto soccorso dovrebbe essere inquadrato, dovrebbe essere utilizzato solo in caso di reale ed effettiva emergenza, urgenza. Gli accessi, ad esempio, col codice bianco, quelli che vengono definiti codice bianco, proprio perché non rivestono questo carattere di urgenza emergenza, a mio avviso modestissimo, quindi che prevedono anche il pagamento di un ticket, potrebbero tranquillamente e dovrebbero essere proprio serviti dalle case di comunità. Questo servirebbe proprio, come dicevo, ad evitare questi accessi impropri e offrire servizi adeguati e tempistiche più rapide contribuendo così, al contempo, a ridurre la pressione sui pronto soccorsi e sui reparti ospedalieri, che è una delle finalità principali. Quindi ora, tralasciando alcune cose che mi riservo poi di dire più avanti, se ci sarà modo e tempo e caso, volevo portare alla vostra attenzione come strumento di valutazione un esempio pratico che ho trovato. Di recente Regione Liguria ha emanato normative e comunicati ufficiali su come possono accedere alla casistica delle case di comunità anche determinate, queste casistiche, cliniche assistenziali, come ad esempio, cito, "agitazione in stato ansioso già conosciuto, variazione pressione arteriosa, medicazione e rimozione punti, piccole ferite, addirittura problemi post estrazione dentaria, dolore addominale con dolore lieve moderato o altro simile, ma anche assistenza post dimissione, monitoraggio clinico per chi è appena uscito dall'ospedale e necessita supporto per terapie domiciliari o aderenza a piani terapeutici, oltre a prestazioni infermieristiche" e poi non dimentichiamo l'ultimo, ma non ultimo, "la presa in carico di persone fragili, anziani non autosufficienti, offerta di supporto psicologico". Quindi a questo punto io mi spingerei oltre e vorrei, sempre in un'ottica di prospettiva futura, quindi oggi analizziamo lo stato attuale, facciamo una foto anche del funzionamento, della effettiva occupazione delle case di comunità oggi, ma anche in prospettiva propositiva, come si diceva, per il futuro dobbiamo anche andare ad analizzare quella che può essere la scelta dei modelli organizzativi che si vogliono scegliere di intraprendere o si è scelto di intraprendere già adesso. E quindi potremmo definire la scelta su due tipologie: quella hub, che sono strutture centrali- voi sapete meglio di me di cosa sto parlando- spesso attive 24 ore 7 giorni su 7, che coordinano i servizi e gestiscono grandi utenze; oppure spoke, più piccole, dipendenti dagli hub che garantiscono una copertura capillare e in ogni caso il personale che deve essere coinvolto, composto, cioè che deve comporre, insomma, queste strutture, deve essere un team multiprofessionale composto da medici di medicina generale, infermieri, specialisti, assistenti sociosanitari che lavorano in modo coordinato e sinergico, in modo tale da far fronte a quelle che si diceva sono queste finalità sostanziali. Quindi di fatto le case di comunità sostituiscono e potenziano le vecchie case della salute e rappresentano un'interfaccia intermedia tra quello che è l'ambulatorio del medico di famiglia e l'ospedale. È un tertium generis (lett. terzo genere, specie) che per essere considerato vero e proprio deve essere messo in condizioni di poter operare in questi termini. Vado veloce. La loro diffusione deve essere capillare, a mio avviso, per raggiungere l'obiettivo di un'accessibilità, una tempestività e un'efficienza del servizio. Vado veramente a chiudere dicendo che, a proposito di questa accessibilità, è opportuno che qui mi soffermi un altro minuto perché proprio sulle modalità di accesso, ad esempio, nelle case di comunità sul nostro territorio di Busto Arsizio vi sono state queste segnalazioni che hanno portato a rilevare che- ma è questo il funzionamento comunque generale- che si debba passare da un call center e prendere un appuntamento per avere poi la possibilità di fare il servizio. Questo quando il servizio funziona risponde e comunque quando funziona tende a mantenere svariate decine di minuti il paziente, insomma, il cittadino che... Ora vorrei fare un esempio praticissimo per intenderci: immaginiamo un cittadino che non è un medico naturalmente ma capisce che non ha un'emergenza urgenza tale da doversi per forza recare presso il pronto soccorso, quindi sceglie di interfacciarsi con la casa di comunità che però, passando per questo step, questo muro, lasciatemi passare la parola, rischia così di avere un effetto boomerang e quindi preso dal panico non fa altro che ripresentarsi presso i pronto soccorsi, andando così ad aumentare e a vanificare l'utilità vera e propria delle case di comunità. Quindi in ogni caso sono da prevedere dei punti di ascolto H24, 7 giorni su 7, ma non di mero smistamento telefonico e basta. Allora, chiudendo definitivamente con 5 domande semplicissime che vorrei girare e utilizzare come strumento anche di primo dibattito, le domande che possiamo porci in modo costruttivo e partecipativo possono essere: a che punto siamo in Regione Lombardia? Naturalmente con le case di comunità. A che punto siamo nelle ASST? Se è da

migliorare il sistema, come risulta sentendo molti cittadini, come si può migliorare il sistema? E quale può essere la collaborazione degli enti preposti come Comune per questa finalità? Ultimo, è utile istituire un tavolo di confronto o una commissione mista per monitorare il sistema e proporre iniziative anche, ma non solo, di informazione capillare ai cittadini? Ecco, io avrei concluso, Presidente, e lasciando quindi la possibilità delle risposte al dibattito, riservandomi eventualmente di intervenire. Vi ringrazio.

Il Vicepresidente Marra: Grazie, consigliere Lanza. Chiedo agli ospiti chi vuole intervenire. Si prenoti pure, dottore. Perfetto.

Tremamondo Direttore Sociosanitario ASST Valle Olona: Buonasera a tutti, John Tremamondo, direttore sociosanitario ASST Valle Olona. Per rispondere subito al Consigliere, credo che il numero a cui si riferiva del call center fosse riferito alla continuità assistenziale, giusto? Si riferiva a quello? Alla continuità assistenziale. Bene, quindi magari dopo facciamo un passaggio sulla continuità assistenziale, parliamo della centrale unica. Io posso dire che, con una punta di orgoglio, su tutto il nostro territorio ha preso forma, come previsto dal DM 77, la nuova compagine sociosanitaria. La nuova compagine sociosanitaria- si sente? Mi devo avvicinare- la nuova compagine sociosanitaria vede, in estrema sintesi, la creazione dei nuovi distretti sociosanitari, i distretti sociosanitari con una nuova ramificazione e con delle nuove funzioni. Per quanto riguarda la ramificazione troviamo all'interno ospedali di comunità, case di comunità, centrale operativa territoriale, punto unico di accesso, unità di continuità assistenziale, tavolo della cronicità, fino ad arrivare alla centrale unica 116-117. Per quanto invece riguarda le funzionalità sono veramente molteplici, mi soffermo solo su quello che riguarda le case di comunità. A loro volta le case di comunità sono animate da due obiettivi principali, il primo è la medicina di prossimità, cosa vuol dire? Vuol dire delocalizzare tutte le prestazioni a bassa e media intensità con alta frequenza sul territorio proprio per aumentare l'offerta e per riuscire ad essere il più vicino possibile al cittadino; la seconda è la presa in carico del paziente cronico e del paziente fragile. Proprio al fine di non tediarvi abbiamo preparato poche sintetiche slide che andremo a leggere quasi del tutto integralmente. Quindi partirò con una visione generale della rete territoriale del distretto per entrare nel merito degli investimenti del PNRR, che stanno letteralmente ridisegnando disegnando l'assistenza di prossimità, quindi proprio un'organizzazione strutturale e funzionale delle case di comunità, come chiesto dal Consigliere. Guarderemo le macro aree specialistiche, come le abbiamo sviluppate e saranno sviluppate al loro interno e soprattutto il modello organizzativo orientato all'integrazione professionale e alla presa in carico e alla continuità assistenziale. Quindi il distretto rappresenta il luogo privilegiato di governo e coordinamento della rete dei servizi sociosanitari territoriali, è qui che si realizza concretamente l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, come? Attraverso le case di comunità assicuriamo una risposta coordinata, continuativa e appropriata ai bisogni della popolazione. Quindi come la configuriamo? La configuriamo come un sistema integrato e multilivello, con le aggregazioni funzionali territoriali, ospedali per acuti, consultori, case di comunità, centrale operativa territoriale, centrale unica 116-117, unità di continuità assistenziale, farmacia dei servizi, punto unico di accesso, servizi sociali e terzo settore, è l'interconnessione tra questi nodi a garantire la presa in carico efficace e di prossimità per il cittadino. Nel distretto di Busto Arsizio cosa c'è? Ci sono le nuove strutture che rappresentano un vero e proprio passaggio strategico. Abbiamo ben quattro case della continuità: una centrale operativa territoriale interdistrettuale e la centrale unica assistenziale dell'Insubria. Non sono semplicemente nuove sedi, ma un rafforzamento organizzativo che supera il singolo comune e assume una dimensione sovradistrettuale. Questa visione si traduce anche in un investimento molto concreto sul territorio, infatti parliamo di un investimento di circa 10 milioni di euro. Questi sono stati tutti destinati al potenziamento strutturale dell'assistenza territoriale, è stato un investimento che ha già prodotto, sta producendo risultati tangibili sul nostro territorio. In viale Stelvio la casa di comunità ormai è completata, in piazza Plebiscito il cantiere terminerà nel mese di marzo e successivamente la struttura sarà accreditata. A Fagnano Olona, che fa parte sempre del distretto di Busto Arsizio-Castellanza, i lavori del secondo piano si concluderanno entro fine marzo, mentre al primo piano sono già stati completati, infine a Castellanza il termine dei lavori è previsto per la fine di aprile. Quindi si tratta di interventi importanti che rafforzano in modo concreto la rete dei servizi territoriali e

migliorano l'accessibilità alla cura per i cittadini. Andiamo proprio nello specifico, come chiedeva il Consigliere. La casa di comunità di Busto Arsizio, quella sita in viale Stelvio, è stata individuata quale hub interdistrettuale, è attiva e accreditata in quanto i lavori di riqualificazione sono terminati ordinati. A breve avremo anche l'accreditamento del punto prelievi e con il punto prelievi saranno presenti tutti e 13 i servizi che sono resi obbligatori e previsti dal Decreto Ministeriale 77. Quindi nella casa di comunità di viale Stelvio abbiamo attivo il personale H24, 7 giorni su 7. Per quanto invece riguarda la casa di comunità di Busto Arsizio piazzale Plebiscito, in cui abbiamo inserito la centrale operativa territoriale interdistrettuale, è attiva. Gli ultimi lavori termineranno la prossima settimana e in seguito saranno accreditati gli spazi che consentiranno il trasferimento di una serie di ambulatori specialistici e del consultorio familiare, che oggi è sito presso il presidio ospedaliero di Busto Arsizio, nel Padiglione Pozzi. Per quanto invece riguarda la casa di comunità di Fagnano Olona è attiva al primo piano dove sono già stati conclusi i lavori e perseguiranno, credo, entro fine marzo tutto il resto la fine dei lavori. Guardo l'architetto con l'ingegnere a fianco a me, così... Mentre per quanto riguarda la casa di comunità di Castellanza non è ancora stata attivata a seguito delle ingenti opere di riqualificazione, che comunque consentiranno il raggiungimento del target entro fine giugno. Quindi questo modello è capace di garantire una continuità assistenziale e una risposta integrata ai bisogni del territorio, si fonda su una dotazione di circa 60 professionisti tra le diverse figure sanitarie e personale amministrativo qualificato. Da questa slide si può vedere come siano già presenti tutte le figure professionali previste per il distretto di Busto Arsizio, proprio per la presa in carico e multidisciplinare. Prevediamo ulteriori ingressi coerentemente con l'apertura delle nuove attività. La casa di comunità, quindi, si organizza secondo le macro aree funzionali previste dal documento AGENAS. Si parte dall'area di accesso, che è il primo punto di riferimento per il cittadino, attraverso sportelli mono-polifunzionali la casa di comunità assicura un orientamento chiaro e qualificato sui servizi sanitari, sociosanitari e sociali, la gestione delle pratiche più frequenti, quindi dalla protesica, che va dagli alimenti speciali e presidi per diabetici, all'assistenza farmaceutica, ossigenoterapia, presidi per malattie rare, fino alle richieste di rimborso, come il trasporto per dialisi. Quindi qui gestiamo le pratiche più frequenti. Inoltre, il CUP, il centro unico di prenotazione, garantisce prenotazioni e accettazioni, le esenzioni del ticket, le commissioni patenti e le pratiche di invalidità completano il percorso amministrativo. Questa impostazione non è solo organizzativa, è un vero e proprio investimento sulla salute pubblica locale. Perché? Perché riduce la frammentazione, facilita l'accesso, limita gli accessi impropri in pronto soccorso e rafforza l'integrazione sociosanitaria. La macro area specialistica, quindi, rappresenta una vera scelta di sistema perché garantisce la presa in carico integrata, continuativa e orientata alla cronicità e alla fragilità. Il cittadino trova un sistema organizzato intorno ai propri bisogni, dalla diagnostica di base al punto prelievi, agli ambulatori specialistici. Gli ambulatori specialistici, ne cito alcuni che sono presenti all'interno della casa di comunità, che sono cardiologia, pneumologia, diabetologia, reumatologia, oculistica, dermatologia e medicina interna. Poi completiamo il tutto con elettrocardiogramma, spirometria, retinografia e telemedicina, proprio per consentire il monitoraggio continuo e un'appropriatezza clinica. Fisioterapia, dietetica e logopedia completano un modello realmente multidisciplinare in cui la prossimità diventa qualità di cura. Il medico di medicina generale entra in un'équipe strutturata con gli specialisti della ASST, infermieri di famiglia e assistente sociale sono tutti all'interno di quest'equipe. La prossimità deve diventare continuità assistenziale. Quindi il modello è orientato alla sanità di iniziativa. Cosa vuol dire? Intervenire prima che il problema si aggravi, prevenire il declino funzionale, accompagnare la persona nel tempo. L'integrazione concreta con il reclutamento proattivo, valutazioni multidimensionali, teleconsulto e utilizzo diretto della diagnostica in sede. La casa di comunità è un modello strutturato in cui collaborazione, prevenzione e responsabilità condivisa diventano elementi portanti dell'organizzazione, una vera e propria integrazione operativa quotidiana tra professionisti, ciò si traduce in un reclutamento proattivo dei pazienti cronici con educazione sanitaria, confronto, valutazioni multidimensionali. Questo modello è basato sulla collaborazione strutturata, responsabilità condivisa e governo dei risultati. Come lo realizziamo? Lo realizziamo attraverso la formazione congiunta su PDTA, potenziamento delle vaccinazioni, della diagnostica rapida, dello sviluppo della prevenzione, del confronto costante con la rete ospedale-territorio e con il monitoraggio sistematico delle performance di presa in carico. Accanto alla presa in carico multidisciplinare si integrano altri servizi, diciamo così, di valore aggiunto per il territorio, ne cito solo alcuni: dallo sportello DAMA alle cure all'estero, alle certificazioni medico-legali, fino alle

commissioni invalide. La diagnostica strumentale completa l'offerta a favore dei pazienti cronici e fragili, delocalizzando le prestazioni ad alta frequenza e bassa e media complessità si copre tutta la gamma delle patologie prevalenti grazie a ECG, spirometria, Holter ed ecografia. Oltre ai servizi obbligatori del DM 77, che vedete, sono tutti questi segnati in blu, saranno attivati dei servizi facoltativi, sempre sulla casa di comunità di Busto Arsizio, che vanno dalla salute mentale alle dipendenze, agli screening, alla vaccinazione e alle attività consultoriali. Quindi la Casa di Comunità di Busto Arsizio supera gli standard previsti. Strategica è invece la centrale unica 116-117, è il nodo per la gestione appropriata della domanda sanitaria non urgente su un bacino di circa un milione e mezzo di abitanti, attraverso la valutazione medica telefonica orienta verso il percorso corretto riducendo accessi impropri e rafforzando l'integrazione territoriale. Concludo, la casa di comunità di Busto Arsizio rappresenta il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina di iniziativa, da una sanità frammentata ad una sanità integrata, non è solo un cambiamento organizzativo, ma culturale. Quindi ASST Valle Olona dice a gran voce che siamo pronti a sostenerlo con responsabilità, competenza e visione. Grazie.

Il Vicepresidente Marra: Grazie, grazie direttore. Abbiamo poi la fortuna di avere il direttore generale Menazzini, quando vuole può chiedermi la parola. Grazie. C'è qualcun altro che vuole intervenire? Sì, le do la parola.

Bianchi Direttore Generale: Si sente adesso? Ok. Integrare solamente con due concetti quello che ha detto il direttore sociosanitario, perché poi condivido che la casa di comunità non debba essere solo un poliambulatorio, in realtà è vero che lì sono state delocalizzate delle prestazioni specialistiche anche per alleggerire l'ospedale, per andare più con una medicina di prossimità, quindi più vicina possibile al paziente. Sicuramente ci sono all'interno prestazioni specialistiche di diagnostica, prelievo, di screening, di prevenzione, c'è tutta la presa in carico del paziente con l'infermiere di famiglia. E per quanto riguarda il fatto che la problematica sono i tempi d'attesa, il pronto soccorso- che è vero, lo viviamo tutti i giorni- potenziare e far partire queste case di comunità, cioè applicare il DM 77, va proprio in quella direzione. Cioè, se noi nelle case di comunità mettiamo in atto una vera e propria presa in carico del paziente cronico e fragile, che rappresenta, come voi sapete, il 30% della popolazione, forse ormai sarà diventato anche il 40%, credo, e comunque il 70% dei frequent user continuano a venire nei nostri pronto soccorsi, il fatto di poterli prendere in carico, quindi di fare veramente una gestione della patologia, del follow-up in modo multidisciplinare, perché noi nelle case di comunità abbiamo attivato anche il teleconsulto con tutta la medicina di base in modo sincrono e asincrono, dovrebbe portarci a eliminare gli afflussi frequenti, a volte magari anche impropri, al pronto soccorso di questa tipologia di pazienti, che sono quelli che noi dobbiamo gestire sul territorio e andargli incontro il più possibile. Stessa cosa riguarda anche sull'abbattimento dei tempi d'attesa. Poter lavorare in modo multidisciplinare con la medicina di base, con gli specialisti, con la continuità assistenziale ci consente di lavorare anche sull'appropriatezza prescrittiva e quindi veramente verificare di poter dare le prestazioni utili, necessarie, congrue al paziente che si rivolge a noi. Quindi diciamo che ovviamente noi adesso abbiamo aperto sul distretto di Busto Arsizio 4 case di comunità, di cui 3 sono già quasi completamente aperte, quella di Castellanza finiamo i lavori ad aprile e quindi nel target del PNRR, nel DM77 ci stiamo, e dal mese di luglio dovremmo avere tutte e 4 le case di comunità che- rispondo anche all'altra domanda- sono tutte hub. Poi c'è l'hub interdistrettuale che è quella di Busto Arsizio, viale Stelvio, ed è quella dove anche abbiamo la continuità assistenziale, quindi come diceva il dottor Tremamondo, è 7 giorni su 7, H24 presidiata.

Il Vicepresidente Marra: Grazie, dottoressa. Chiedo se vuole intervenire qualcun altro. Prego.

Melazzini Direttore Generale Welfare Regione Lombardia: Allora, prima di tutto buonasera, ben trovati. Ma io mi permetto più che altro una riflessione, non entro nello specifico rispetto a quanto sia il direttore sociosanitario- a parte, diciamo, le richieste, le considerazioni, le riflessioni fatte da lei, ma soprattutto rispetto a quanto detto dal direttore sociosanitario- e a quanto completato dal direttore generale della ASST Valle Olona. Il problema fondamentale sul quale io voglio riflettere come direttore generale del welfare è la necessità e l'indispensabilità che la medicina territoriale, quindi la

medicina di prossimità, sia un punto cruciale in tempo reale proiettato verso il futuro, perché il governo, chiamiamola così, della domanda di salute inizia proprio dal territorio e le case di comunità, gli ospedali di comunità, non abbiamo citato o citato in maniera così il ruolo fondamentale delle centrali operative territoriali, delle COT, che ti permettono proprio questa interazione, questa sinergia e continuità e garanzia di presa in carico del paziente tra l'ospedale e il territorio sono fondamentali. Forse il Presidente nell'introduzione ha chiesto anche rispetto a quanto nella provincia di Varese sono presenti come case di comunità, sono previste 21, di cui 11 sono in Valle Olona, e qui citava prima il direttore sociosanitario, di cui 4 già proprio su Busto, di cui quella a Stelvio me la ricordo perché, essendo valtellinese, mi ricordo perfettamente che è attiva con tutti i servizi, e 10 della Sette Laghi, mentre per gli ospedali di comunità sono 5, di cui 3 della Sette Laghi e 2 della Valle Olona. Questi sono un po' i numeri rispetto a quanto si diceva. Ecco, però la cosa più importante è, siccome sono stati citati con ruolo e funzione di poliambulatori, non è questo il ruolo della casa di comunità, la casa di comunità è un servizio a disposizione del cittadino, del paziente e soprattutto la possibilità, come diceva anche la dottoressa Bianchi e lo citava lei prima anche rispetto alla numerosità degli accessi che noi abbiamo nei pronto soccorso, molti dei quali sono codici bianchi, adesso indipendentemente dal fatto che, ahimè, purtroppo sono i codici bianchi che prevedono il pagamento di un ticket, di conseguenza... e c'è il dovere da parte degli operatori del PS di prestare, di fornire la prestazione indipendentemente da quello che è il motivo per cui il paziente, la persona, si è rivolto in PS, eccetera, ecco, su questo però la riflessione è che noi dobbiamo chiederci quanto invece- con tutto rispetto della medicina che adesso viene chiamata la medicina generale- di conseguenza i medici di assistenza primaria e soprattutto anche i pediatri di libera scelta su quanto possono fare. Perché il ruolo e la figura del medico di medicina generale, un medico di assistenza primaria è strategica e fondamentale, fondamentale, il problema è cercare di capire e sensibilizzare, indipendentemente da quello- e non voglio entrare nel dettaglio- di quello che possono essere i rapporti convenzionali rispetto a quello che prevede il DM 77, di quello che prevede la checklist del PNRR, della presenza delle varie figure all'interno delle case di comunità, dobbiamo- e questo dico dobbiamo, è anche compito nostro, molto nell'interazione e nell'interlocuzione propositiva nei confronti dei medici di medicina generale- è proprio stimolare anche la presenza all'interno della casa di comunità dei medici di medicina generale, come pure i servizi che vengono fatti. Anche il ruolo, anche se non è previsto obbligatoriamente uno dei servizi all'interno della casa di comunità, ma dei consultori, mentre che sono mi sembra previsto con alcuni, diciamo, della vostra... cioè di due consultori, mi sembra, ecco, il ruolo fondamentale, quindi anche sul ruolo della sensibilizzazione, formazione, della prevenzione per la donna, per tutto quanto riguarda le altre prestazioni. E infine vi dico anche, noi guardiamo in questo momento il territorio vostro, il territorio magari della provincia di Varese, entro la fine di marzo abbiamo un impegno, cioè, noi inteso come sistema Paese, ma soprattutto come Regione Lombardia, di arrivare e di chiudere quello che è il target previsto delle nostre case di comunità, che sono 187. Io con me ho qui l'architetto Bracchi, che è responsabile della Direzione Generale Welfare per quanto riguarda tutta l'edilizia sanitaria ed è un'interlocuzione continua, quotidiana anche col Ministero della Salute e con l'Ufficio Missione per il PNRR di Palazzo Chigi, perché chiaramente si devono concretizzare questi investimenti. Per Regione Lombardia sono 1 miliardo e 900 milioni per quanto riguarda le case degli ospedali di comunità, oltre più di 200 milioni che sono stati messi di cofinanziamento da parte di Regione Lombardia. Quindi è un grosso lavoro, è un grosso investimento che deve essere fatto e il futuro della nostra sanità si gioca proprio sul territorio. Gli ospedali sono fondamentali, sono perfetti, ma la gestione e il governo, soprattutto come diceva la dottoressa Bianchi, il paziente cronico, il paziente comorbido, il paziente fragile, il paziente anziano deve stare il più possibile a casa, deve stare il più possibile vicino a casa, deve stare il più possibile supportato e assistito da tutti quei servizi che noi dobbiamo e abbiamo il dovere di mettere a disposizione. Ecco, io questo ci tenevo a dirlo perché è fondamentale. Uno pensa sempre alla medicina, all'innovazione, alla tecnologia, ai nuovi farmaci, alle nuove procedure, ma la gestione, il governo per evitare che il paziente possa, la persona possa diventare anche potenziale paziente ed estremamente complicato è agire proprio sul territorio, quindi con la prevenzione, con la medicina predittiva tutto ciò che è prevenzione e tutto ciò che è preso in carico del paziente, già io che lo definisco fragile in un contesto, la fragilità non è solo dal punto di vista sanitario, è anche dal punto di vista sociale.

Il Vicepresidente Marra: Grazie, grazie direttore. Sì, son d'accordo anche io personalmente a quello che ha detto, infatti sono un infermiere di assistenza domiciliare e i miei pazienti riconoscono questo servizio come un servizio utile, proprio perché il paziente se si sposta dal domicilio per raggiungere l'ospedale chiaramente va incontro anche a dei rischi e quindi l'assistenza a 360 gradi è la cosa che funziona perfettamente e di questo i nostri cittadini su Busto ci ringraziano quotidianamente. Vorrei chiedere al... Ah, c'è il consigliere Maggioni che mi ha chiesto la parola. Sì, non c'è nessun altro degli ospiti. Le do la parola, Consigliere, prego.

Il Commissario Maggioni: Ringrazio gli amministratori della ASST e i direttori generali regionali che sono intervenuti. Devo dire che condivido in gran parte proprio la filosofia e la politica di impostazione che è stata recentemente sottolineata perché, effettivamente, noi che abbiamo, come dire, lavorato negli anni precedenti come amministratori in un'interlocuzione con la ASST, in relazione soprattutto al tema del nuovo ospedale, abbiamo però preso atto e forse non attentamente approfondito quegli aspetti che già ASST ci proponeva, relativi al discorso della rete del Servizio Sanitario Nazionale che deve funzionare a rete e quindi diventa un valore il nuovo ospedale nel momento in cui diventano rete anche tutti i servizi territoriali, perché altrimenti non funzionerebbero. E questo è un concetto che noi avevamo già acquisito, in precedenza quando avevamo analizzato il documento funzionale, che era funzionale alla progettazione del nuovo ospedale. Lì si sottolineava grandemente il valore della rete. Noi come gruppo consiliare avevamo incontrato i precedenti amministratori per conoscere il punto di arrivo e di partenza, se volete, delle comunità, delle case di comunità e devo dire che da allora, sono passati 2 anni e mezzo, ad oggi il lavoro è andato avanti ed è andato avanti positivamente, quindi da questo punto di vista non ci sono per noi come gruppo consiliare problemi di sorta, crediamo che il lavoro debba continuare in una logica di rete. Facciamo qualche domanda molto precisa. Nei documenti che avevamo acquisito anche in termini ufficiali si sottolineava il fatto che la cronicità poteva riguardare circa il 30% della popolazione di riferimento del nostro ambito territoriale, lo si diceva in modo molto chiaro, addirittura si individuavano anche delle percentuali per quanto riguardava i tipi di cronicità. Quindi un 30% rispetto a 140.000 abitanti Busto-Gallarate ha significato un impegno molto, molto pesante, molto importante per quanto riguarda l'esigenza di prendersi in carico i cronici. Quindi la prima domanda è: quanti sono i cronici in realtà che noi siamo riusciti per adesso, migliorando effettivamente, migliorando il servizio, a prendersi in carico? Perché, come giustamente sottolineava la dottoressa Bianchi, la presa in carico da parte della comunità significa migliorare tutto il percorso di diagnosi, di cura e cose di questo tipo. Quindi vorrei capire quanti noi riusciamo a farne, perché è un punto fondamentale rispetto ai dati che noi abbiamo, che effettivamente sono abbastanza significativi, preoccupanti. Preoccupanti no, ma, voglio dire, penso che siamo nella logica regionale, un 30% di cronici rispetto alla popolazione e quindi sicuramente un grande lavoro da fare. La seconda domanda è il rapporto concreto che noi abbiamo con i medici di medicina generale, perché sicuramente leggendo il decreto ministeriale, quello del '22, si ha molto chiara l'idea che la casa di comunità perché è servizio territoriale non può non lavorare insieme con i medici di medicina generale e per cui il problema che si pone è in realtà, concretamente, al di là del fatto che noi abbiamo impostato tutto questo lavoro di rete, eccetera, ma poi sul nostro territorio quanti sono i medici di medicina generale che fanno riferimento costantemente? E addirittura, se mi permettete questa interpretazione, quasi quasi, diciamo così, gli ambulatori di medici di medicina generale dovrebbero essere delle comunità spoke, per così dire, no? Ecco, e quindi dovrebbero davvero essere in rete. E quindi qual è lo stato dell'arte per quanto riguarda... Poi anche con delle associazioni dei medici abbiamo notato queste difficoltà e quindi vorremmo concretamente lavorare per superarle, nella misura in cui è possibile a noi, ovviamente, perché sappiamo benissimo che la questione è anche di carattere istituzionale, di profilo... né da noi, né dal Servizio Sanitario, né dalla Regione Lombardia, in parte dipende dal profilo giuridico della professionalità dei medici, però direi che noi dovremmo lavorare per costruire una più stretta relazione tra i medici di medicina generale e la casa di comunità. Ultima domanda, poi non parlo più, è relativa all'ospedale di comunità, perché se noi assumiamo le indicazioni che ci vengono dal decreto del '22 dovremmo essere in qualche modo sede, sempre dal punto di vista puramente quantitativo, eh, poi sappiamo che le reti possono funzionare in modo diverso e quindi possono rispondere a delle esigenze che superano le problematiche quantitative, però dal punto di vista quantitativo noi potremmo essere sede di un ospedale di comunità e quindi da questo punto di vista noi abbiamo il disegno dell'ospedale di

comunità che è previsto, se non mi sbaglio, a Somma Lombardo e poi forse nel dibattito con il Comune di Gallarate, ma, voglio dire, lo diciamo perché puntiamo anche alla prospettiva. Il consigliere Lanza parlava della esigenza di superare criticità positivamente e anche di vedere qual è il futuro che ci aspetta, secondo me il tema anche dell'ospedale di comunità, almeno dal punto di vista quantitativo, è un problema che si pone. Poi vediamo ovviamente come funziona, perché il decreto ministeriale stesso ci dice cosa è obbligatorio fare e che cosa è indicativo per uno sviluppo successivo, per cui capiamo bene che le cose si costruiscono concretamente e in modo molto pragmatico, però è evidente che noi poniamo anche questo problema perché i dati sono abbastanza precisi. Noi abbiamo una realtà che da sola basterebbe a giustificare due comunità, due case comunità e anche un ospedale di comunità.

Il Vicepresidente Marra: Grazie, Consigliere. Chiedo agli ospiti se vogliono replicare. Le do la parola, prego.

Tremamondo Direttore Sociosanitario ASST Valle Olona: Si sente? Perfetto. Allora, ho, credo, una slide per far vedere, per quanto riguardava i medici di medicina generale, come li abbiamo configurati. Allora, i medici di medicina generale sono collegati funzionalmente alla casa di comunità e lavorano in stretta integrazione con i professionisti del territorio, è previsto un confronto costante con gli IFEC, gli infermieri di famiglia e comunità, nei processi di reclutamento proattivo dei pazienti, nell'educazione sanitaria e nel case management. È inoltre attiva una collaborazione strutturata con l'assistenza domiciliare integrata, con la continuità assistenziale e con l'UCA, l'unità di continuità assistenziale per la gestione condivisa dei pazienti più complessi, così come la partecipazione su richiesta all'équipe di valutazione multidimensionale. Inoltre, sono promossi dei momenti di discussione di casi specialistici, anche attraverso teleconsulto e l'utilizzo della diagnostica di base disponibile all'interno delle case di comunità. Particolare attenzione, diciamo così, l'abbiamo dedicata alla formazione congiunta, soprattutto sui PDTA. E rientrano, inoltre, le attività di vaccinazioni, diagnostica rapida e prevenzione primaria e secondaria, in coerenza con l'accordo integrativo vigente. Infine, abbiamo previsto dei momenti periodici di confronto con il Dipartimento delle Cure Primarie delle ASST proprio per monitorare i risultati a livello di distretto, case di comunità, aggregazione funzionale territoriale e per ogni singolo medico di medicina generale e pediatra di libera scelta. Quindi per quanto riguarda la nostra offerta ambulatoriale dedicata alla cronicità e ai percorsi integrati ospedali territori i medici di medicina generale operano con modalità organizzative differenziate ma integrate. Nel caso dei medici di medicina generale in cooperativa abbiamo previsti degli slot dedicati ai pazienti cronici con una prenotazione diretta da parte del centro servizi della cooperativa su alcune agende che abbiamo dedicate. Per quanto riguarda i medici di medicina generale in forma singola restano comunque garantiti tutti gli slot dedicati alla cronicità con la Centrale Operativa Territoriale Interdistrettuale, che è situata a Busto Arsizio e che svolge una funzione di centro servizi, assicurando il coordinamento delle prestazioni e dei percorsi. Poi per quanto riguarda invece la presa in carico dei pazienti cronici siamo a 1584 pazienti cronici presi in carico dal tavolo della cronicità. Abbiamo 4 medici che si dedicano solo ed esclusivamente alla presa in carico dei pazienti cronici. Perfetto, stiamo crescendo. Esatto.

Il Vicepresidente Marra: Se chiede la parola, altrimenti non la sentono. Grazie direttore. Do la parola al consigliere Tallarida, prego.

Il Commissario Tallarida: Grazie Presidente. No, io vorrei fare due domande. Intanto, una curiosità: quanti medici di medicina generale sono nel distretto? E dopo la seconda domanda: cosa lasciate nel vecchio sedime quando si va via? Grazie.

Il Vicepresidente Marra: Grazie Consigliere. Prego, un attimo le do la parola. Prego.

Tremamondo Direttore Sociosanitario ASST Valle Olona: Allora, dovrei avere anche qua una slide per farvi vedere. Ecco qua, si vede poco ma c'è. Allora, il numero dei medici di medicina generale sul territorio ha registrato negli ultimi anni una crescita, proprio a conferma dell'impegno nel

rafforzare l'assistenza territoriale. Siamo partiti nel 2024 che avevamo 72 medici di medicina generale, nel '25 eravamo a 75, nel '26 siamo a 78 e la media degli assistiti per ogni singolo medico di medicina generale ad oggi è di 1694 assistiti. Su Busto Arsizio, nello specifico la città di Busto Arsizio ha 43 medici di medicina generale. L'altra domanda era sul sedime, giusto? Abbiamo la slide. Ok, eccola qui.

Il Vicepresidente Marra: Prego, dottoressa Bianchi.

Bianchi Direttore Generale: Faccio il punto della situazione ad oggi. Allora, dunque, noi abbiamo fatto un lavoro con la società Principia, partecipata di Regione Lombardia, che forse avevamo già illustrato anche qua in Consiglio, che ha portato, diciamo, il Comune di Busto Arsizio a poter adesso proporre l'accordo di programma sui vecchi sedimi. Quindi ho visto che, tra l'altro, è arrivata proprio oggi la richiesta da parte del Comune dei nominativi da inserire nella segreteria tecnica dell'accordo di programma e quindi partono adesso i lavori, diciamo, per definire congiuntamente quello che pensiamo di lasciare, insomma, nel vecchio sedime sia come servizi socio-territoriali, per quanto riguarda noi, perché tutti i servizi sanitari in senso stretto andranno tutti nel nuovo ospedale, però i servizi territoriali possono rimanere qui e noi avevamo fatto questa proposta di occupare un padiglione dell'attuale ospedale, che si chiama Padiglione Bizzozzero, dove all'interno rimanevano i servizi. Adesso, cos'è che c'era dentro? Tipo la neuropsichiatria, centro psicosociale, una comunità riabilitativa media assistenza, le associazioni di volontariato, l'AVIS. Poi c'era una nostra proposta per anche destinare una parte del vecchio ospedale a un convitto per gli infermieri, anche perché diciamo che il Padiglione Bizzozzero ha un ingresso separato rispetto al resto dell'ospedale, quindi anche tutta la viabilità verso il Padiglione Bizzozzero, quindi per quanto riguarda i servizi territoriali, ma anche poi da lì verso il nuovo ospedale era anche parallela al resto della viabilità. Adesso parte l'accordo di programma, partirà la segreteria tecnica e quindi poi definiremo tutto il resto.

Il Vicepresidente Marra: Grazie, grazie, dottoressa. Ci sono altre domande? Altrimenti lascerei la parola al consigliere Lanza. Prego, Consigliere.

Il Commissario Lanza: Sì, grazie ancora, Presidente. Io, vabbè, ho ascoltato con molta attenzione. Vi ringrazio per le risposte puntuali e soprattutto per i dati che ci ha fornito, dottor Tremamondo. Purtroppo, e mi scuso per quello che sto per dire, nel senso che potrebbe essere frainteso, ma non voglio questo e l'ho anche premesso all'inizio, lo faccio sempre nell'ottica veramente propositiva e costruttiva, nel senso che sono pienamente d'accordo con quello che diceva il professor Melazzini, cioè, è fuori discussione che sia uno strumento più che utile la casa di comunità, è il futuro e sarà sempre di più questo il sistema che verrà utilizzato per permettere una medicina più puntuale, più efficace, più tutto, però quello che volevo dirvi è che io mi occupo di politica, ci occupiamo di politica, pertanto la politica è dare risposte a delle problematiche che riscontriamo anche per via di segnalazioni o vivendo anche semplicemente in certi contesti e ad oggi ad oggi purtroppo devo rilevare che nonostante i presupposti, insomma, le prerogative evidenziate siano encomiabili, nel senso che non nascondo che mi piacerebbe vederle subito tutte queste cose, subito già pronte, quando viene messo un modello sul mercato, diciamo così, nel sistema deve essere già operativo a pieno regime, però sappiamo che ci sono tantissime dinamiche che poi influiscono e che quindi tendono a rendere difficile questo, però ad oggi mi è parso di capire che sostanzialmente, che è poi quello che riscontra la maggior parte della cittadinanza, che la funzionalità delle case di comunità è parziale, sostanzialmente. Anche nella nostra, quella che abbiamo qua a Busto Arsizio, cioè, si occupa di quello che è una parte di quello che mi avete detto importantissima, che incide anche sulla popolazione nazionale dei fragili, dell'assistenza degli anziani, presa in carico dei pazienti fragili, eccetera, ma purtroppo non essendoci più la cosiddetta guardia medica il cittadino deve relazionarsi con questo strumento che deve poter far fronte, come dicevo, anche agli accessi che possono essere quelli del codice bianco, cioè deve poter far fronte a una casistica ulteriore rispetto a questa che è concordabile. Ed entro nel tema che inizialmente avevo accennato, sempre vivendo, insomma, e avendo riscontrato segnalazioni di questo tipo della maggior parte della cittadinanza, ognuno si è trovato di fronte a questo, definiamolo così per intenderci in maniera brusca, muro di fronte a un'autostrada perfetta, che

è quella che si prefigge di essere la casa di comunità, che è questo passaggio obbligato del call center, della prenotazione e quant'altro. Quindi la guardia medica non c'è più o almeno questa è la percezione, la possibilità di poter accedere per cose tra virgolette lievi, non acute, non che necessitano l'accesso al pronto soccorso è reso vano proprio per questo. Dovrebbe esserci una modalità, ecco la finalità costruttiva che speravo ed è il motivo per il quale ringrazio voi di essere qui ma avrei ulteriormente preferito che la politica, che come noi si occupa di rispondere a queste esigenze dei cittadini, sentisse anche dalle vostre analisi quello che voi giustamente cercate di fare su indirizzi che vengono dati giustamente dalla politica, che deve capire a sua volta prima di tutto laddove c'è un errore, un problema, meglio, e intervenire immediatamente dando il feedback positivo o di indirizzo necessario. Una domanda che avevo fatto sempre alla fine della relazione e alla quale non ho ricevuto risposta e ve la ripropongo in un'altra forma, vi avevo chiesto se secondo voi fosse utile istituire questo tavolo di confronto composto ad esempio da- permanente, magari possiamo farlo- composto da vari portatori di interesse, compresi i rappresentanti di associazioni, pazienti, medici di medicina generale, specialisti e magari farlo anche sul territorio hub, che potrebbe essere questo di Busto Arsizio, che poi coordina il resto della provincia. Quindi questa è una domanda a cui mi piacerebbe sentire qual è la vostra opinione su questo tema. Per il resto veramente vorrei che voi intendeste le mie parole, le nostre, come anche gruppo, di un interessamento costruttivo finalizzato ad avere veramente sul territorio il massimo dell'efficienza, dell'efficacia di questa struttura nel minor tempo possibile. Spero di essere stato chiaro. Grazie.

Il Vicepresidente Marra: Grazie, consigliere Lanza. Do la parola al Sindaco, si è prenotato. Prego.

Il Sindaco Antonelli: Sei stato chiarissimo, come sempre, e altrettanto chiaro sono io quando dico che no, quest'ultima tua proposta io personalmente non la vedo assolutamente, creerebbe solo ulteriore confusione e ulteriori dibattiti inutili e perdite di tempo inutili, come abbiamo visto ogni qualvolta si fa qualcosa di nuovo. Io mi fido di loro, come ho sempre detto, mi fido di Regione Lombardia. Sono professionisti che già si occupano e hanno tanta esperienza nel settore, se allarghiamo, cosa che peraltro io avevo fatto - parlo ormai di 10 anni fa- quando Maroni, mi ha annunciato questa nascita di questo nuovo ospedale, avevamo convocato tutti i professionisti delle strutture di Gallarate e di Busto, tutti i primari, tutti i dottori che volevano fare, solo perché io volevo sentire da loro che operavano sul campo se era necessaria o no la costruzione di un nuovo ospedale e chiaramente c'è stato un plebiscito per il sì. Tutto lì io avevo fatto. Poi altre cose che avevamo fatto avete visto come sono andate a finire. Intervengono quelli che non vogliono che tagli un albero, intervengono quelli che dicono che ci vogliono più posti letto, perché abbiamo bisogno che sia una città l'ospedale, poi sentiamo loro che sono i professionisti del settore e ci dicono no, anzi, è il contrario. Ormai, come ha detto prima anche il dottor Melazzini, si cerca di dare la cura a casa più che... Quindi ecco perché io personalmente, adesso non so, sentiamo loro, ma sono assolutamente contrario e ci porterebbe a un altro allungamento dei tempi che in questo momento non ci vuole proprio. Anche perché obiettivamente un po' di anni ci abbiamo messo e l'unica critica che io mi sento di dire a Regione Lombardia e al mio amico Attilio Fontana, c'è stata poi di mezzo anche una crisi dovuta al Covid non indifferente che ha bloccato anche tutto, però voglio dire, ecco, è l'unica critica che ho mosso. Ecco perché ritengo che sia inutile allargare la platea, soprattutto a persone che poi non sono professionisti del settore e quindi parlerebbero a vanvera secondo me, come hanno già fatto. Li lascerei lavorare, cercherei di sfruttare nel miglior tempo possibile il loro lavoro. Ma questa è una mia opinione.

Il Vicepresidente Marra: Grazie Sindaco. Grazie anche per aver ricordato il nostro Roberto Maroni, per questa e per tante altre cose che ha fatto. Do la parola al dottor... Ah, un attimo solo, faccio replicare il consigliere Maggioni. Prego.

Il Commissario Maggioni: No, non è una replica, è che io penso che la riunione di questa sera sia stata utile. No, non sto replicando al Sindaco, sto dicendo che la riunione di questa sera è stata utile perché ha introdotto non soltanto delle, diciamo così, delle prospettive di lavoro che già sono in atto, ma anche può consentirci di misurare quello che ancora dobbiamo fare. E questo è il punto. Per cui

l'auspicio che può diventare e che secondo me deve diventare la proposta è che ci sia comunque un confronto periodico tramite questa commissione con gli amministratori della ASST perché questo ci consente di capire tutta una serie di problematiche, da quella dei cronici, quella dei fragili e così via, perché evidentemente è la politica quella che conta. Quindi anche se non andiamo a costituire un organismo specifico dobbiamo far lavorare le commissioni come normalmente dovrebbero lavorare. Quindi semmai il punto è che dovrebbe già essere un'iniziativa della, diciamo così, dell'amministrazione comunale in quanto tale di periodicamente, diciamo tra 4 mesi, 5 mesi, nel momento in cui maturano delle situazioni, che ci si veda, perché in questo modo ci si capisce e si danno delle indicazioni. Il consigliere Orazio Tallarida aveva tutto un problema, magari fuori luogo perché si dice non è questo il punto, però in realtà, Orazio, è un problema, consigliere Tallarida, è un problema che effettivamente interessa a tutti, per cui è chiaro che noi avremo bisogno, a tempo debito, nel momento in cui le cose maturano, che l'amministrazione faccia queste riunioni. Ovviamente io sono dal punto di vista del mio partito e del mio gruppo consiliare sono all'opposizione, non posso dire adesso e domani si fa la commissione, potrei fare un'interpellanza per chiedere la stessa cosa, per dire, però se c'è una sensibilità di questo tipo, se ci fosse una sensibilità di questo tipo noi riunioni utili le potremmo fare. Basta farle insomma, ecco!

Il Vicepresidente Marra: Ridò la parola al Sindaco.

Il Sindaco Antonelli: Sono assolutamente d'accordo in quello che hai detto, cioè io avevo capito e penso però che il consigliere Lanza volesse dire di allargare la platea, come ho capito io. Chiaramente queste commissioni sono utilissime e lo ringrazio che ha chiesto, appunto, ha convocato questa commissione, sono utilissime e se non disturbiamo troppo ne faremo anche altre ben volentieri. Io avevo capito che volesse allargare la platea di commissioni permanenti diverse, al di fuori anche dalla sala consiliare. Ecco, questo avevo capito io. Ben vengano queste commissioni, assolutamente. Tenete presente una cosa, noi come amministrazione chiaramente siamo sempre a contatto con loro, non è che abbiamo bisogno di questa commissione per sapere com'è lo stato delle cose, assolutamente. Noi, siccome stiamo lavorando da anni ormai per tante vicende, su questo vi posso dire che noi siamo perennemente in contatto con tutto il lavoro che stiamo facendo, sia la parte politica che la parte dirigenziale tecnica.

Il Vicepresidente Marra: Grazie, Sindaco. Do la parola al consigliere Farioli. Prego.

Il Commissario Farioli: Grazie. Io naturalmente non replico a nessuno, però ci tenevo a fare questo intervento, anche se la precisazione del Sindaco secondo me ha già stemperato alcuni equivoci. Io ritengo che il consigliere Lanza, il collega, abbia avuto un'iniziativa importantissima e che le riunioni come questa sera e quindi al di là del ringraziamento di rito io desidero ringraziare dal direttore generale Melazzini, la dottoressa Bianchi, al dottor Tremamondo, tutti quanti per averci dedicato l'attenzione dovuta e lo dico con una convinzione profonda che finora noi in questi anni- io dico purtroppo- non siamo stati in grado come politici, cioè come classe dirigente, per esempio sul tema dell'ospedale, Sindaco, di essere capaci per tutto il periodo di difendere quell'idea di base che era l'idea che oggi stiamo dicendo, cioè il fatto che quell'ospedale fosse un'eccellenza e un dovuto, abbiamo perso un sacco di tempo, per la verità non tanto Busto Arsizio quanto altre realtà limitrofe e alcuni agenti esterni alla politica attiva, anche perché probabilmente non abbiamo saputo come politici giocare quel ruolo che lui auspica, cioè quello di intermediazione vera tra il giudizio della gente comune che necessariamente è sempre un giudizio portato alla negatività, cioè al bicchiere sempre più che mezzo vuoto piuttosto che mezzo pieno, e invece il compito meritorio di chi lavora tutto il giorno, 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana, sul raggiungere obiettivi ambiziosi che ricordava il dottor Melazzini e ricordava la dottoressa Bianchi e ancor di più il dottor Tremamonti. Il nodo è che tutto quello che abbiamo sentito oggi, e mi conforta, risponde a quelli che sono dal punto di vista di filosofia di approccio, di filosofia di indirizzo, di linee guida, rispondono alle volontà politiche, per esempio, in cui mi riconosco io, cioè il fatto di fare in modo che quel grande ospedale d'eccellenza sarà un grande ospedale d'eccellenza se nascerà all'interno di una rete di offerta ospedaliera, ma soprattutto pre e post ospedaliera. Cioè, ci sarà una rete in cui andranno non i cronici,

ma gli acuti di un certo percorso e se verranno attratti coloro i quali necessiteranno davvero di questo problema di acuzie d'eccellenza. Il problema è, e voi lo sapete meglio di me, che tra l'ottativo che noi auspichiamo, le linee guida che voi avete giustamente e correttamente narrato e la realtà per come viene vissuta, ahimè, spesso dal cittadino che non ha tutti gli elementi che dovremmo avere noi, che noi abbiamo l'obbligo di avere in consapevolezza, c'è uno iato che è un oceano, ecco perché quello che voglio dire è questo, per esempio, presa in carico della fragilità e dei cronici, ciascuno di noi, io per primo, o personalmente o attraverso parenti, eccetera, ha a che fare con parte di questi 30% di cronici, la verità è che il continuum quotidiano porta a far sì che questi soggetti o i loro amici o i loro parenti arrivino a farsi curare prevalentemente attraverso un incontro della loro vita biografica con l'ospedale e non con la rete che dovrebbe prendere carico, ecco perché io noto e sottolineo con positività il fatto che da oggi a 2 anni fa ci sia il triplo delle prese in carico, ma è evidente che c'è qualcosa nella società, nel modo di fare, nella continuità del conservatorismo delle competenze, ma soprattutto delle abitudini, l'abitudinarismo, che porta a cozzare rispetto al lavoro encomiabile che noi politicamente condividiamo come linee guida e che avete letto. Allora quello che mi chiedo è: quali sono le criticità maggiori a livello prevalentemente del nostro distretto, ma anche dovunque, per esempio, per fare in modo- non nascondiamocelo- che il medico di medicina generale, che è un elemento essenziale del discorso della casa di comunità e del percorso della presa in carico, sia veramente, al di là dell'essere formalmente integrato, parte di questo percorso, perché nella concretezza il più delle volte questo passaggio viene bypassato e quindi rimane ancora un'incerta ambiguità tra l'ospedale che svolge un po' un ruolo surrettizio e sussidiario anche nei confronti del territorio e viceversa. Scusate, io non volevo creare dubbi, ma volevo difendere l'importanza politica del politico che si assume la responsabilità di essere più consapevole, che non può essere semplicemente come cittadino che populisticamente dice "tutto va male, madama la marchesa", ma non può accontentarsi neanche di andare semplicemente a raccontare "tutto va bene, madama la marchesa", perché diversamente perderebbe credibilità e la farebbe perdere anche di coloro i quali noi abbiamo massima fiducia, stanno lavorando con dignità, lavoro e determinazione.

Il Vicepresidente Marra: Grazie, consigliere Farioli. Do la parola al consigliere Cascio. Prego.

Il Commissario Cascio: Grazie. Non è una risposta al mio amico Sindaco, perché sennò... però per quanto mi riguarda do la risposta a me e sono d'accordo con l'intervento che ha fatto prima il collega Lanza, cioè, io sono sempre convinto che nel nostro mestiere di politici i tecnici sono il supporto operativo delle volontà politiche, i tecnici da soli non penso che possano elaborare, fare, dire, ma gli obiettivi li pone la politica, anche perché poi la politica è chiamata, come ben diceva il collega Lanza, a rispondere ai cittadini e a rispondere nella risposta essenziale del servizio, perché è lodevolissimo ed è bellissimo la rappresentazione in slide ma non posso al cittadino che ha una patologia cronica fargli vedere le slide. Ne prendo atto come politico e dico che attraverso questi obiettivi, se realizzati, poi possiamo dare una risposta. Quindi la politica ha il primato su questi lavori. Per questo è importante la richiesta che diceva, a mio parere, il collega Maggioni di una commissione fissa che faccia da tramite tra noi e i tecnici continuamente, perché noi poi siamo chiamati a dare risposte operative, ripeto, al cittadino. Una di queste risposte operative, stemperiamo il clima e dico "lo chiedo per un amico", così lo chiediamo per qualcun altro, io penso che lo spirito e la ratio del DM 77 sia quella davvero della integrazione e dell'operatività della medicina territoriale, oggi il cittadino, virgolette, paziente, che collegamento ha nel territorio? Il suo medico di base. Per cui pensavo che nel DM e nell'operatività degli obiettivi questa cosa fosse prioritaria e ci fosse una piattaforma, una rete, come diceva il collega prima Maggioni, prioritaria su questo collegamento, perché è attraverso il medico di base che io, servizio sanitario, posso ricevere quelle notizie, eccetera, perché se lasciamo il paziente da solo, magari anziano, magari fragile, eccetera, torniamo da capo, perché prima del DM io conoscevo il mio ospedale di riferimento in cui sono entrato da giovane, bello e baldanzoso, oggi ne esco malato cronico e quindi ho fatto una serie di esami, di visite specialistiche presso l'ospedale e mai e poi mai mi sognerei di andare da solo a un altro ente. Quindi cosa c'è in atto da parte della ASST Valle Olona per riuscire a prendere e rispondere ai bisogni di queste patologie croniche? Perché altrimenti tutta la ratio della 77, che è lodevolissima, rischia di franare. Un'altra cosa, l'ultima, sull'ospedale nuovo: io sono proprio d'accordo, non condivido le, come si chiamano, le opposizioni all'ospedale nuovo, non

tanto per un albero in più o in meno, ma quanto un punto forte di opposizione è, dicono, la diminuzione dei posti letto rispetto ai nosocomi già presenti, io sono convinto che un ospedale nuovo invece debba lavorare davvero al contrario, perché gli ospedali dovrebbero lavorare sulle acuzie e quindi il letto dell'ospedale è prezioso per rispondere alle emergenze. Ma se così, così come è vero e ci credo, ma noi prima dell'ospedale nuovo dovevamo mettere in piedi un ospedale, virgolette, di continuità assistenziale. Cioè, noi oggi assistiamo che per aver bisogno del posto letto già nei nosocomi presenti mandiamo a casa la gente con i punti ancora dicendogli di venire dopo 2 giorni a toglierli, con dei cateteri, eccetera eccetera, e oggi rimediamo con l'assistenza domiciliare. Ma capite che questo tipo di lavoro qui va fatto probabilmente ma molto, molto prima, altrimenti il politico che risposta dà ai cittadini? E allora nei progetti, nelle attuazioni di questo DM dovrebbe esserci più, a mio parere modestissimo, più presente questo allacciamento. E l'altra cosa, che non so se fa parte, ma la butto lì, sempre per un amico, la piattaforma unica regionale del fascicolo sanitario, io ho persone, tra l'altro sono io, siccome io sono in ospedale di Legnano, sono finito all'ospedale di Legnano, se io vado a Busto e chiedo al professionista Busto, perché poi nelle visite programmate, eccetera, ti rimandano a Busto per avere la possibilità di anticipare il più possibile, non riesce a entrare nel sistema dell'ospedale di Legnano, quindi devo portargli il cartaceo, eccetera, ma è possibile che ancora nella nostra regione, io dico a livello nazionale anche, perché potrei andare a Canicattì e dovrei essere lì in quel momento, potrei avere un'emergenza e lì il medico dovrebbe essere in grado di conoscere immediatamente la mia storia, diamine! E invece qui vedo che c'è ancora un po' di difficoltà. Ecco, se riuscite a spiegarmi che sforzo c'è all'interno della vostra attuazione di questo DM 77 per rispondere a questi 3 punti. Grazie.

Il Vicepresidente Marra: Grazie, consigliere Cascio. Dal punto di vista, esempio, dei servizi di assistenza infermieristica che diceva sul territorio c'è già adesso il discorso delle dimissioni protette per creare proprio un ponte tra l'ospedale e il territorio per continuare la gestione del paziente, per le medicazioni piuttosto che le terapie da seguire. Lascerei adesso la parola a Bianchi, alla dottoressa Bianchi. Prego.

Bianchi Direttore Generale: Io posso dire quello che stiamo facendo noi con i medici medicina generale, quello che cerchiamo di fare noi con i medici di medicina generale, non è semplice, ma non me la sento neanche di accusarli troppo, nel senso che comunque hanno ormai 2500 assistiti, di cui appunto il 30-40% hanno un bisogno quotidiano e quindi effettivamente hanno un carico che non è semplice da sostenere. Allora, noi stiamo lavorando tantissimo sui PAI, quindi i Piani Assistenza Individuali, integrati con la medicina generale, che è quello, diciamo, l'obiettivo primario per poter prendere in carico poi il paziente cronico e fragile e tutti i giorni aumentiamo questo numero di PAI. E' molto più semplice, farlo con i medici in cooperativa, perché comunque sono molto più organizzati, mentre invece i medici che ancora sono in forma singola sono più difficili da raggiungere. Noi siamo anche sede del corso di laurea e quindi stiamo già lavorando anche con i ragazzi che poi diventeranno medici in medicina generale. Offriamo, oggi è partita la piattaforma della telemedicina, però noi già con loro abbiamo attivato dei percorsi di presa in carico mirata sul paziente, con dei percorsi fast track, diciamo, su alcune patologie e quindi se il medico di medicina generale, che ovviamente conosce il proprio paziente, sa se è un paziente scompensato cardiologico oppure con problemi polmonari, noi abbiamo un fast track diretto con gli ambulatori dei nostri specialisti all'interno dell'ospedale. Quindi abbiamo cercato di facilitare questa cosa, che anche va incontro un po' al discorso dei codici bianchi, nel senso che è difficile che uno quando si rivolge al pronto soccorso sa già se è un codice bianco o verde, però col medico di medicina generale può attivare direttamente una prestazione, diciamo, direttamente con il nostro specialista. Questo "direttamente" nel senso che poi può essere accompagnato, diciamo, in macchina in ospedale oppure tramite il teleconsulto, sempre per la presa in carico mirata, quindi il medico di medicina generale può chiedere in modo sincrono o asincrono, nel senso, compilando un format che noi abbiamo messo a disposizione, un consulto con lo specialista su determinati quesiti diagnostici che ha rispetto al cittadino che si trova di fronte. Quindi se il cittadino va dal medico di medicina generale con un disturbo particolare e lui non ha una risposta ovviamente specialistica, perché non può essere toto sapiente, può attivare il teleconsulto con il nostro specialista, sia in ospedale che nelle case di comunità. Terza cosa che stiamo facendo sono corsi di

formazione e questi li facciamo anche quelli alla sera con i nostri specialisti che si sono messi a disposizione e comunque la medicina interna, reumatologi, cardiologi e pneumologi principalmente, poi, John, aggiungi tu le altre discipline, e facciamo dei corsi a tutti i medici di medicina generale che si vogliono mettere in contatto con noi, lo facciamo sia in presenza che da remoto, e sono corsi che pian piano vediamo che la partecipazione aumenta. Quindi comunque un interesse, diciamo, crescente da parte loro di approfondire determinate tematiche più specialistiche c'è. Quindi noi cerchiamo di avere un contatto quotidiano, noi lavoriamo con loro anche sull'appropriatezza prescrittiva, quindi quando ci arrivano delle prescrizioni che riteniamo che possano essere indirizzate in un altro modo il nostro specialista, non tutti, eh, perché ovviamente non è che parliamo di 700 medici che lo... però, diciamo, alcuni chiamano direttamente il medico di medicina generale e con il medico di medicina generale che risponde, che ha interesse riusciamo ad avere un'interlocuzione veramente quotidiana.

Il Vicepresidente Marra: Grazie, grazie dottoressa. Darei la parola al consigliere Cascio, visto che si è prenotato, e poi il consigliere Lanza per chiudere. Prego.

Il Commissario Cascio: Solo un secondo. Quindi l'attività di formazione, questi specialisti, l'attività di comunicazione da parte del medico di base alla ATS è sulla base volontaria al momento, non c'è strutturizzato? Cioè, se nessuno rispondesse, non avesse voglia, non avesse tempo, eccetera, altre aspettative, cosa facciamo? Se i medici di base non collaborano, che sono arrabbiatissimi per due milioni di ragioni, cosa facciamo?

Il Vicepresidente Marra: Prego, se vuole. No, rischiacci. Prego.

Bianchi Direttore Generale: Allora, io ripeto, l'ultimo corso quanti hanno partecipato? 75 medici di medicina generale hanno partecipato ed era con il cardiologo, perché noi mettiamo a disposizione anche corsi di ecografia. Poi se c'è il medico di base che non ha nessun interesse ad approfondire, a fare i PAI per il proprio cittadino, non è che noi possiamo fare una cosa obbligatoria! Lavoriamo in quel senso sulla formazione e anche sulla comunicazione. Ed è anche una questione secondo me educativa-culturale, cioè, nel senso che anche questo fa parte del percorso. Sicuramente, non so, adesso magari è anche brutto dirlo, io penso che le nuove generazioni che hanno anche più dimestichezza con tutta la parte telematica, digitale, riusciamo ad agganciarli meglio. Chi proprio non vuole e vuole stare chiuso nel suo studio e fare solo le ricette... cioè, beh, non so, direttore, cosa possiamo fare.

Il Vicepresidente Marra: Prego.

Melazzini Direttore Generale Welfare Regione Lombardia: Grazie. La tematica sui medici di medicina generale, eccetera, è una tematica molto particolare perché potrei entrare che se non si fa una riforma strutturata sulla medicina territoriale, quindi rispetto a quello che può o non potrà essere una tipologia di rapporto col medico di medicina generale in un'ottica, chiamiamola così, vuoi di dipendenza, quindi strutturato, piuttosto che libero professionista, piuttosto però con dei vincoli molto particolari. Ci sono dei medici di medicina generale che sono degli ottimi medici di medicina generale e io sono convinto che, come diceva la dottoressa Bianchi, laddove ci sono queste aggregazioni funzionali territoriali tutto funziona molto bene, indipendentemente dal carico di lavoro che hanno, di cui- e questo cercheremo proprio in un'ottica di semplificazione-sburocratizzare, perché la maggior parte del tempo molto spesso è dedicata ad attività di tipo burocratiche e di conseguenza un carico di lavoro importante che non dedicano al paziente, alla persona, quindi all'attività clinica. Quanto noi stiamo facendo con un sistema di gestione digitale del territorio dal punto di vista dell'infrastruttura digitale per permettere l'interoperabilità con i vari sistemi, con i vari software che hanno i medici di medicina generale questo andrà molto a semplificare. Però un'altra cosa che mi domando, ma senza voler in nessun modo innescare, stiamo facendo riferimento al DM 77 del 2022, poi il PNRR, eccetera, siccome il Sindaco ha citato e quindi non posso farne a meno perché ero con lui in Giunta, quindi ci ho lavorato tanti anni con il Presidente Maroni, ma io vi ricordo che la valorizzazione del territorio l'abbiamo iniziata quando abbiamo scritto la Legge 23, nell'agosto del 2015, almeno è stata

approvata nell'agosto del 2015, in cui siamo andati a declinare proprio il ruolo fondamentale del territorio, quindi con il ruolo che doveva essere di programmazione e controllo dell'Agenzia di Tutela della Salute e ruolo delle Aziende Sociosanitarie Territoriali, proprio scrivendo territoriali perché di questa dicotomia, cioè il polo ospedaliero e il polo territoriale, proprio per valorizzare quanto fondamentale e importante è il ruolo di chi è sul territorio, fra cui il medico di medicina generale. Quindi io sono convinto che questi corsi di formazione che sono fondamentali e quanto è fondamentale che, secondo il mio modestissimo parere, ma anche rispetto al ruolo cercherò di portarlo avanti, la presenza all'interno delle case di comunità del medico di medicina, di assistenza primaria, come viene chiamato adesso, è perché c'è l'interazione con lo specialista, che non è lì a fare poliambulatorio perché deve scaricare l'ospedale, eccetera, e tutto, ma è proprio per dare questa sinergia, questo momento di confronto, indipendentemente dalla tecnologia che possiamo fare con la telemedicina, quindi il teleconsulto in maniera diretta, eccetera. Quindi il primo livello di visita e di consulto farlo in televisita direttamente con il medico di medicina generale, direttamente con l'ospedaliero oppure se in casa di comunità direttamente con lo specialista proprio de visu, eccetera. Ecco, questo secondo me è fondamentale. È un modello organizzativo che chiaramente deve essere messo a terra, però bisogna essere più realisti del re. Noi abbiamo un problema di risorse umane perché parliamo, eh, però abbiamo un problema sugli infermieri, un po' meno sui medici adesso, anche se stiamo cercando, però abbiamo un problema degli infermieri e quello che diceva prima- io non mi sono permesso- rispetto a quello che potrà essere la valorizzazione anche di strutture che andranno riorganizzate, avere la possibilità di avere una foresteria da offrire io dico anche prezzi calmierati è fondamentale, perché vivere oggi al nord con le retribuzioni dei nostri infermieri, che sono fondamentali, ma anche di altre figure, dei profili sanitari, eccetera, magari con famiglia, con figli, eccetera, è abbastanza complicato. Quindi su questo ci si sta lavorando, bisogna lavorare anche sul welfare aziendale, su tutta una serie di atti che vengono messi in atto. Per quanto riguarda poi le varie prenotazioni, eccetera, adesso, proprio ieri, sono partiti anche con il CUP unico regionale, che è uno strumento come tutti i cambiamenti sono sempre un po' malvisti o, più che malvisti, danno piccoli problemi, però l'impatto che avrà dal punto di vista dell'efficientamento funzionale del sistema per il cittadino per la prenotazione e per chi deve gestire le prenotazioni sarà veramente estremamente positivo.

Il Vicepresidente Marra: Grazie, grazie direttore. Do la parola al consigliere Lanza per chiudere. Prego Consigliere.

Il Commissario Lanza: Sì, davvero, per chiudere, Presidente. È doveroso un ringraziamento a tutti per l'interessantissima riunione di questa sera, dibattito assolutamente interessante. Potremmo dire che una parte della parte divulgativa, insomma, che mi ero prefisso, che avevo detto all'inizio l'abbiamo fatta questa sera, direi che, come base iniziale, è andata bene, auspicando di rivedervi più spesso. Ma vorrei spingermi oltre, abusando della vostra preparazione e gentilezza, chiedendovi uno sforzo in più, un impegno questa sera magari a valutare almeno seriamente o comunque a modificare il regolamento che prevede oggi l'accesso mediante l'appuntamento call center. Ecco, questo vorrei, se fosse possibile, questa sera. Comunque vi ringrazio per la serata e per il lavoro che svolgete, perché la sanità pubblica è davvero la cosa più importante di tutte. Grazie.

Il Vicepresidente Marra: Grazie Consigliere. Do la parola al dottor Tremamondo, prego.

Tremamondo Direttore Sociosanitario ASST Valle Olona: Giusto per concludere, il call center credo ci sia stato una defezione di intesa, nel senso che il call center funziona e serve solo ed esclusivamente per la continuità assistenziale. La continuità assistenziale garantisce l'assistenza medica nelle ore notturne, nei giorni festivi e prefestivi, quando i medici di medicina generale non sono in servizio. Quindi l'accesso come avviene? Avviene principalmente tramite il contatto telefonico con la sede territoriale oppure attraverso il numero unico europeo che è 116-117. Questo consente di ricevere indicazioni e attivare l'intervento del medico della continuità assistenziale. Cosa vuol dire questo? Che la centrale operativa può decidere di fare una televisita oppure può decidere di mandare a casa del paziente un medico della continuità assistenziale oppure gli dice "guarda, la

continuità assistenziale per il tuo problema si trova in piazza Plebiscito oppure a Cassano Magnago, lo diretto dove praticamente ritiene più opportuno. Quindi il call center non è per l'accesso alla casa di comunità, è la continuità assistenziale, funziona in questa maniera. Poi abbiamo dato indicazioni specifiche a tutte le nostre continuità assistenziali, che chiunque arrivi devono far entrare tutti, poi trovano la soluzione. Però, ripeto, è fondamentale, Consigliere, la prego, il call center non è per l'accesso alla casa di comunità, è la continuità assistenziale. Ci sono stati dei problemi, glielo dico, ho letto anche l'articolo su un evento c'è stato che sono andati alla casa di comunità dove c'era la continuità assistenziale e il medico all'interno aveva detto di chiamare il numero verde. Solo quello, è solo per l'accesso alla continuità assistenziale. Grazie.

Il Vicepresidente Marra: Grazie direttore. Sono le ore 20:14, ringrazio tutti gli ospiti che sono intervenuti e dichiaro chiusa la commissione. Grazie.

La seduta è chiusa alle 20:14