

Ill.mo Signor Presidente della Giunta Regionale, Regione Lombardia
Ill.mo Signor Assessore Welfare, Regione Lombardia
Ill.mo Signor Presidente Commissione Regionale III, Regione Lombardia
Ill.mo Signor Direttore Generale Welfare, Regione Lombardia
Loro sedi,

Oggetto: Nota per la revisione dell'organizzazione della Prevenzione in Regione Lombardia redatta dal gruppo di lavoro intersocietario delle Società della prevenzione lombarde

L'epidemia di COVID 19 ha fatto emergere grandi criticità del servizio sanitario e sociosanitario lombardo per quanto riguarda la medicina di territorio e la prevenzione. Proprio su questi aspetti, della prevenzione e delle cure primarie, come Gruppo Intersocietario, abbiamo in passato elaborato e presentato analisi e documenti, intervenendo in diverse occasioni alle audizioni della Commissione III del Consiglio Regionale anche con proposte concrete.

Si è avvertita la carenza di coordinamento regionale per le attività di sanità pubblica e di tutela della salute collettiva, specie nella prima fase dell'epidemia, che ha determinato stress e criticità nel sistema.

Il nuovo modello del servizio sociosanitario Lombardo, di separazione, tra l'altro, tra Agenzie di Tutela per la Salute (ATS) e Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST), non ha certamente favorito una risposta rapida ed efficace alla pandemia che ha colpito, in modo particolarmente duro, il nostro territorio. La separazione, sancita con la Legge Regionale n. 23 del 2015 è sperimentale e soggetta a valutazione entro il prossimo agosto che è, quindi, utile occasione per una sua incisiva revisione. Proprio questo modello ha portato, infatti, a marginalizzare la medicina territoriale sia nelle funzioni di Igiene, Prevenzione e Sanità Pubblica, rimaste tra le competenze di ATS, ma in parte delegate alle ASST, sia in quelle di assistenza primaria, rappresentate dal complesso sistema dei Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale, le cui funzioni sono anch'esse ripartite, in modo non sempre chiaro, tra ATS e ASST.

Il territorio, in questi anni, ha sofferto le sottovalutazioni da parte del programmatore e di decisori e gestori sanitari locali, nonostante la stessa normativa regionale (art. 57 LR 33/2009, aggiornata anche dalla LR 6/2017) preveda che siano i Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria ad assicurare, in coerenza con i LEA e con il PRP, le funzioni di prevenzione sanitaria, compresi la *governance* e l'orientamento dell'offerta di prestazioni di prevenzione erogate dalle ASST.

È indispensabile che il prossimo Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) non preveda il blocco dei costi del personale ai sensi della legge 135/2012 e che, quindi, sia garantito il reintegro del personale sanitario presente nel 2010 (con un particolare investimento nelle figure dell'assistente sanitario e dell'infermiere) ed infine la stabilizzazione del personale sanitario assunto nella fase emergenziale previa verifica delle performance dimostrate.

Punti strategici

Premesso che il Consiglio Regionale ha deciso che il PSSR debba essere riscritto, che nei prossimi mesi andrà ridefinito il Piano Regionale della Prevenzione (PRP), e che il Comitato Tecnico Scientifico COVID-19, nei suoi Tavoli Tematici, ha il compito di formulare proposte di riorganizzazione del sistema, si elencano qui alcune proposte di massima, che auspichiamo di poter meglio articolare in momenti di audizione e confronto.

1. I Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS)

Queste strutture, nell'ultimo decennio (e soprattutto a partire dalla LR 23/2015) sono state depotenziate nell'organizzazione, nei livelli di autonomia, nelle quote di finanziamento, e nella

dotazione di risorse umane. Occorre, a livello regionale, una guida e un riferimento forte, culturale e di orientamento strategico, capace di indirizzare le azioni delle Direzioni Generali di ATS. Il graduale e progressivo depotenziamento della Prevenzione lombarda ha lasciato in condizione di fragilità il controllo delle malattie infettive, né ha aiutato, in questo, il modello di separazione delle funzioni di prevenzione tra ATS e ASST, in particolare per la profilassi vaccinale e la promozione della salute.

Se l'esercizio della *governance* non ha avuto riconoscimento da parte degli altri attori significa che il modello di separazione tra ATS e ASST è inefficace. È utile allora che tutte le funzioni di prevenzione, così come previste dai LEA, siano ricomposte, unitariamente, in capo ai Dipartimenti di Igiene e Prevenzione sanitaria (*più opportunamente da rinominare Dipartimenti di Prevenzione come nel resto d'Italia*).

Sarebbe inoltre necessario condurre una valutazione ed una verifica circa lo stato di istituzione, organizzazione e attribuzione di competenze e responsabilità dei DIPS nelle diverse ATS, rispetto a quanto stabilito dal DLgs 229/99 e dalla stessa LR 6/2017 di revisione del sistema della prevenzione lombardo.

Sotto il profilo dell'assetto organizzativo, va anche considerata la criticità rappresentata dall'istituzione dei DIPS articolati nelle 8 ATS, alcune delle quali sono sicuramente di eccessiva estensione geografica, che richiede perciò un ripensamento in termini di riassetto territoriale; ciò tenendo anche conto del contemporaneo depauperamento delle risorse assegnate alle UO territoriali che ha sguarnito i territori e ha reso difficile le azioni di controllo.

2. Le risorse

Da anni l'UO Regionale Governo della Prevenzione non restituisce con trasparenza il quadro di distribuzione delle risorse umane all'interno dei DIPS delle ATS. Con ciò viene a mancare una valutazione della corrispondenza tra "domanda" di prevenzione e "offerta" di prestazioni, impedendo altresì interventi perequativi, laddove necessari. È tuttavia condivisa una generale riduzione delle risorse professionali, anche a fronte di un turn over non garantito in misura appropriata, che si stima possa assestarsi, nel corso degli ultimi 10 anni, in un calo di circa il 30% del personale.

Nel corso della stessa emergenza pandemica si è registrata nelle nostre ATS una carente integrazione di risorse sanitarie, mediche e delle professioni sanitarie della prevenzione.

Occorre che le risorse investite per le attività correnti di prevenzione raggiungano la corretta assegnazione di risorse in modo da fronteggiare possibili futuri eventi straordinari (in Regione ci attestiamo poco oltre il 4%), cui aggiungere le assunzioni da fare utilizzando gli introiti di sanzioni e controlli (D.Lgs. 81/2008 e D.Lgs. 194/2008) (anche completando, a parziale ristoro delle risorse perdute dai Servizi negli ultimi anni, le assunzioni già previste con i fondi derivanti dalle sanzioni ex D.Lgs 758/94 relativi alle annualità 2017, 2018 e 2019). Allo scopo di ripristinare in tempi il più possibile brevi i livelli quantitativi delle risorse professionali impegnate nei DIPS, è anche utile prevedere forme di consolidamento del personale precario.

Occorre, inoltre, prevedere un potenziamento di tutti i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione per affrontare i carichi aggiuntivi collegati all'epidemia, per i quali si prevede, per il solo *contact tracing*, 1 addetto ogni 10.000 abitanti (circa 1.000 per tutta la Lombardia), oltre alle necessità aggiuntive nei diversi servizi (si pensi solo alle campagne vaccinali dell'infanzia e degli anziani, o alla necessità di sostegno al sistema di prevenzione di impresa nella ripresa dell'attività).

Vi è anche la necessità, in una prospettiva di breve-medio periodo e comunque con una formalizzazione all'interno del prossimo PSSR, che siano determinati gli standard di personale e i mix professionali che devono caratterizzare l'organico presente nei servizi di prevenzione (ivi compresi i Laboratori Pubblici di Prevenzione) e che sia conseguentemente pianificato l'adeguamento degli organici per tutte le figure professionali.

Occorre, infine, costruire un sistema informativo per la comunicazione delle attività, dei risultati ottenuti e delle criticità, anche indirizzato a favorire la conoscenza del territorio e dei suoi bisogni di prevenzione, lo scambio di informazioni, il coordinamento tra le varie ATS e gli altri Enti di controllo

(anche in grado di supplire, per quanto riguarda la prevenzione nei luoghi di lavoro, alle carenze del mai realizzato Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione).

Insieme ad una sempre forte attenzione ai processi di aggiornamento professionale, vanno dedicati sforzi alla formazione universitaria delle professioni sanitarie, prevedendo per gli studenti di tutti i corsi di laurea e delle Scuole di Specializzazione un incremento delle borse di studio e dei tirocini obbligatori presso i Servizi del Dipartimento, sviluppando apprendimenti non solo teorici, ma anche concreti, sia su aree di competenza professionale e specialistica sia riguardo agli approcci alle gestioni emergenziali.

3. La programmazione del sistema della prevenzione e delle sue azioni

Entrati nella fase di riavvio delle attività, si auspicano, da parte di Regione, indirizzi programmatori chiari e forti per tutte le linee di attività della prevenzione sanitaria, che recuperino anche forme di coinvolgimento diretto nel processo programmatico regionale dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria delle ATS. In particolare, la prevenzione, anche attraverso il sistema dei controlli, dovrebbe porsi a sostegno dell'intero sistema delle imprese e delle attività in genere, accompagnando il sistema di prevenzione di impresa e le diverse strutture ad avviare e mantenere in sicurezza i diversi sistemi, anche con azioni di affiancamento, consulto, informazione e formazione a favore dei diversi soggetti, così come previste anche nei numerosi protocolli tecnici che disciplinano le riaperture.

Per favorire il processo di sburocratizzazione e di semplificazione amministrativa e per ridurre le incombenze amministrative improprie a carico del personale addetto, devono essere potenziati e adeguati i sistemi informativi della prevenzione, assicurando la dotazione di sistemi gestionali efficienti, effettivamente integrati tra di loro, utili ai fini della programmazione delle attività territoriali e della verifica dei provvedimenti adottati.

In questa prospettiva è necessario riformulare i piani aziendali per la gestione delle emergenze sanitarie, alla luce dell'esperienza della recente epidemia prevedendo i diversi scenari ipotizzabili e lo stretto raccordo con Prefetture e Comuni, oltre che con gli altri Enti; nello stesso senso va a breve revisionato il Piano pandemico Regionale, a cui devono seguire i Piani pandemici locali di ATS.

4. Il modello territoriale

In questi 5 anni, la rete territoriale delle ASST non ha trovato una concreta attuazione ed è rimasta marginale rispetto al sistema organizzativo rappresentato dal Polo Ospedaliero. I Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST), laddove istituiti, non hanno fatto altro che assorbire le funzioni e il personale degli ex distretti sociosanitari, senza saper concretamente sviluppare alcuna linea strategica di prospettiva. I pochi Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) realizzati si sono qualificati, per lo più, quali strutture di erogazione di prestazioni a bassa intensità di assistenza.

Occorre potenziare la medicina territoriale (facilitazione/obbligo di strutture associative dei MMG, rafforzamento del ruolo nella gestione della cronicità e nella gestione dei pazienti post-ricovero e a domicilio, assunzione di infermieri e assistenti sanitari, potenziamento della telemedicina, assistenza domiciliare integrata).

Devono essere rivisti i criteri di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie puntando, tra l'altro, ad una internalizzazione delle figure professionali, in controtendenza all'affidamento esterno; il personale dedicato alla assistenza delle persone fragili costituisce risorsa fondamentale e non transitoria e deve essere necessariamente strutturato e formato.

Per assicurare il governo delle cure primarie e il management dei percorsi di diagnosi cura e assistenza dei cittadini, all'interno di percorsi di continuità assistenziale e di integrazione sociosanitaria con il sociale, sarebbe da prevedere una partecipazione attiva dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Accanto ai Comitati Aziendali previsti a livello di ATS, ambito di confronto e negoziazione con le rappresentanze sindacali dei medici, sarebbe opportuno strutturare anche in Lombardia le forme organizzative della medicina generale (AFT, UCCP), prevedendo un livello di partecipazione dei coordinatori alla definizione di percorsi di diagnosi cura e assistenza a livello locale, al loro monitoraggio e valutazione degli esiti.

In questo percorso vanno attivati i PreEST e le degenze di comunità (POT, ospedali di comunità ecc.), luoghi entro cui rendere concreti la presa in carico, l'integrazione sociosanitaria e sociale e la continuità ospedale-territorio, processi in cui gli MMG possano esprimere il loro ruolo essenziale nel rapporto con il cittadino.

Andrebbe ridisegnata, infine, anche l'organizzazione e la funzione del Distretto ATS. Se ha senso che esista quale luogo di *governance* territoriale del sistema sanitario e sociosanitario e di integrazione con il sociale, gli deve essere riconosciuto ruolo e autorevolezza con una riconosciuta azione di raccordo rispetto a PreSST e POT, ma anche riguardo all'insieme delle strutture sociosanitarie pubbliche e private accreditate e al sistema delle cure primarie. A questo livello deve trovare spazio il coinvolgimento diretto dei MMG, anche attraverso le loro forme organizzative di medicina generale.

Milano, 23 giugno 2020

ASNAS – Associazione Nazionale Assistenti Sanitari

I delegati

Maria Grazia Alloisio

Patrizia Bettinelli

Società Italiana di Igiene - Sezione Lombardia

I delegati

Claudio Garbelli

Antonio Gattinoni

SNOP – Società Nazionale Operatori della Prevenzione

I delegati

Eugenio Ariano

Bruno Pesenti

UNPISI – Unione Nazionale Personale Ispettivo Sanitario Italiano

I delegati

Antonio Carnelli

Mario Poloni