



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

Prevenzione e Riforma del Sistema Sanitario Lombardo: prime note SNOP

Dopo il documento dei 10 punti con il quale abbiamo incontrato la III Commissione e alcuni Consiglieri regionali cercando di fare valere prima della stesura finale della SSL, alcuni principi essenziali, oggi nel momento della definizione dei rapporti tra ATS e ASST abbiamo deciso di rifare il punto sui temi principali che riguardano la prevenzione, sui problemi relativi alle funzioni e all'organizzazione delle strutture del DPM nel futuro ma molto vicino nuovo SSR. La fase di transizione, probabilmente tutto il 2016, a nostro avviso dovrà pragmaticamente non “stravolgere” le attività ben consolidate di provata efficacia, usando ad esempio lo strumento della convenzione tra ATS e ASST. Regione Lombardia sta già “mettendo” mano a ipotesi di valorizzazione delle funzioni (prestazioni, interventi) che potrebbe facilitare tale scelta. Questo documento quindi si rivolge agli operatori della prevenzione e ai decisori istituzionali e politici, oltre che alle forze sociali per potenziare l'attenzione sul sistema ed i servizi di prevenzione, facendo riferimento a quanto previsto nel Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 e nel Piano Regionale Prevenzione.

Azzonamento

Le nuove ATS e ASST sono alla fine quelle al meno peggio come avevamo sostenuto anche nella audizione in Commissione III. Molto complessa la gestione della ATS metropolitana con le 4 ASL afferenti di vastità e complessità elevata. Per quanto riguarda le ASST afferenti al territorio della città di Milano poi i 3 ambiti individuati (Niguarda, SS. Carlo e Paolo, tutto il resto) sono fortemente sbilanciati per popolazione e geografia; inoltre, i 3 ambiti non considerano l'attuale e il futuro assetto del decentramento cittadino e metropolitano (*vedi anche nota 1*)

Problemi Gestionali/Organizzativi

1) Nelle ATS la struttura delle **Direzioni dei Dipartimenti di Igiene e prevenzione sanitaria (nuova denominazione che non riconosce l'importanza delle professionalità non sanitarie (Ingegneri, chimici, etc)** deve essere rafforzata con funzioni di programmazione, controllo attività, epidemiologia, sistema informativo, sistema qualità, comunicazione e formazione/aggiornamento del personale. Occorre ribadire fortemente le funzioni di governance (*art. 6 d-e-f*) che oggi vengono effettuate proprio per la complessità gestionale e geografica di molti territori .

2) **Nelle ATS vanno salvaguardate le Unità Territoriali dei Servizi** come articolazioni territoriali (*senza dogmi ma logicamente in prospettiva allinearle con i “Distretti” delle ATS – meglio sarebbe stato definirli ambiti territoriali per non creare confusione con le funzioni di Distretti*) ma anche contemporaneamente **lanciare una campagna di investimento in personale professionalmente diversificato oggi carente .**

nota 1) in alcuni casi , ad esempio nella futura ASL metropolitana la distribuzione disomogenea degli attuali servizi territoriali, attribuiti alle quattro ASST (funzioni amministrative e sportelli distrettuali, consultori, servizi per le dipendenze), avendosi ASST prive di strutture che sono invece presenti in altre; così come si prefigurano azzonamenti per competenza territoriale dei poli ospedalieri, che malgrado gli indirizzi strategici, sembrano ancora il baricentro della sanità lombarda. La distribuzione degli attuali servizi territoriali non segue una logica di conservazione della rete territoriale ma è conseguente e subordinata ad una visione ancora ospedalocentrica; di fatto di prefigura, ad esempio, un trasferimento di risorse umane stimabile fra il 30 e il 40% dalle attuali ASL (future ATS) alle ASST (dove è facile prevedere che le esigenze degli Ospedali prevarrebbero su quelle del “territorio”).

3) Va giocata nei macro territori la questione del **Servizio salute e ambiente** dove dobbiamo insistere per **Servizi definiti** (strutture complesse almeno in alcune ATS di grandi dimensioni con articolazioni territoriali per alcune funzioni, ad es radioprotezione) con personale adeguato per numero e professionalità **e non solamente come oggi funzioni all'interno di altri Servizi**, data anche la complessità, l'attualità dei temi e l'attenzione della opinione pubblica e degli operatori economici, spesso anche a causa di informazione scorretta e di strumentalizzazioni per fini "poco nobili".

Quindi vanno definite meglio le attività di radioprotezione, epidemiologia e tossicologia ambientale, potenziando i Laboratori di sanità pubblica (*vedi oltre punto 9*) gestione delle problematiche legate alla questione amianto (*magari affermando senza ipocrisie che la priorità assoluta è l'autorizzazione di nuove discariche!*), bonifiche, urbanistica, VIA/VAS/VIS (*vedi anche materiali del Seminario del 2 ottobre che sono sul sito della ASL di Bergamo*)

4) Va finalmente fatto nelle ATS **un investimento sulla questione comunicazione** da non lasciare solamente alla buona volontà di singoli ma con un riconoscimento di importanza strategica (per la prevenzione e per la trasparenza), del miglioramento dei siti, dell'utilizzo dei social-media, della valorizzazione di attività progetti, risultati.

5) Se sembrano assodate **le attività dirette di controllo e vigilanza per SIAN, PSAL, SISP, Servizio Salute e Ambiente** (nei casi di Milano e Bergamo dove c'è) deve essere ulteriormente potenziata la **vigilanza "intelligente" mirata** attraverso il metodo - non ancora del tutto consolidato - della graduazione del rischio (abbiamo i sistemi informativi necessari), indirizzata più su questioni di sostanza e senza accanimenti su questioni di forma, una vigilanza programmata in modo condiviso con forze sociali.

Di fondamentale importanza mantenere un maggiore coordinamento delle attività di promozione e vigilanza tra i vari servizi, da inserire nelle rispettive PSP (procedure specifiche di processo), ad esempio tra il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica e quello Salute Ambiente per quanto riguarda gli studi dentistici, i centri di estetica e solarium, ecc.

Così come riteniamo importante consolidare il coordinamento su altri temi quali sicurezza degli Alimenti con i Servizi Veterinari, etc.

Attenzione, nel testo della legge, per le funzioni delle Unità Ospedaliere di Medicina del Lavoro si usa impropriamente il termine controlli anche sulla sorveglianza sanitaria; sicuramente è una svista ma pericolosa.

Nel caso degli PSAL, la pianificazione regionale (Piano Regionale Prevenzione) e territoriale, il confronto nei "Laboratori di approfondimento", l'utilizzo di sistemi SW comuni regionali (IMPRES@; MAPI, GEMA, MAINF, notifiche on line....) rende più semplice alcuni percorsi e programmi. Anche se molto lavoro sarà da fare per uniformare/omogeneizzare i sistemi informativi anche in tutti gli altri Servizi, procedure e istruzioni operative, modulistica, ma soprattutto gli indirizzi generali delle attività, il modo di svolgere le funzioni proprie dei Servizi. Tutto ciò, però, anche se faticoso, non potrà che portare benefici all'utenza e al lavoro degli operatori facendo emergere buone prassi e arricchendone le attività.

Va ridiscussa la questione se all'interno delle **ATS** continuare o disincentivare le **verifiche periodiche** in materia di ascensori, impianti di sollevamento apparecchi a pressione, impianti elettrici. La seconda strada permetterebbe di dirottare importanti e specifiche professionalità verso le attività di prevenzione e controllo mirato, programmate secondo la graduazione dei rischi.

6) Non sono sufficientemente chiarite le attività di governance in coordinamento con ASST per le attività rivolte alla persona; appaiono ad esempio problematiche le questioni:

Vaccinazioni (*tema molto critico e attuale per la diminuzione di quelle pediatriche e antinfluenzali con tutte le note conseguenze*); si tratta di un intervento di Sanità pubblica, e non solo una prestazione alla persona, con obiettivi di immunizzazione compresi nei Lea. Inoltre le vaccinazioni richiedono un controllo stretto di tutta la filiera: formazione, approvvigionamento vaccini, pianificazione degli ambulatori, invito, somministrazione, verifica, sollecito, gestione sistema informativo per la rendicontazione, controllo delle coperture. Sosteniamo quindi la tesi che al momento sembra prevalere in Regione che tutto il “processo vaccinazioni” venga attribuito alle ATS.

Occorre assolutamente **garantire alle ATS strumenti efficaci**, quali ad esempio le regole di sistema con le relative attribuzione degli obiettivi (già messe in discussione dal Governo centrale) per :

- programmazione delle attività: ordini e acquisti, collocazione sul territorio dei centri vaccinali, inviti e solleciti, gestione del sistema informativo (anagrafi vaccinali, reazioni avverse...), ,
- indirizzi tecnico-scientifici (procedure operative e standard regionali),
- controllo coperture e consumi, reazioni avverse,
- formazione del personale dei centri vaccinali
- esecuzione delle vaccinazioni
- indagini su malattie infettive facilitate dalla uniformità del software unico regionale MAINF
- interventi di profilassi post eventi

MTS (malattie sessualmente trasmesse)

Tema di salute pubblica importante da mantenere alle ATS per le funzioni di prevenzione, sorveglianza di gruppi e popolazioni a rischio, counselling, proprio per non renderlo tema individuale isolato per percorsi e pagamenti di ticket. Ovviamente alle ASST devono essere mantenute le terapie di patologie quali AIDS....

Screening

L'attuale sistema di rapporti tra ASL e Aziende Ospedaliere e in futuro ATS e ASST non sembra avere criticità particolari se non per l'omogeneizzazione dei sistemi informativi gestionali screening che sono molto diversi tra le varie ASL e che richiederanno adeguate risorse sia economiche che di tempo per l'attuazione.

Prevenzione delle cronicità.

Progetto “Cardio50”, screening cardiologico rivolto ai cinquantenni, un progetto che potrebbe contribuire all'inserimento nei LEA del primo screening non oncologico, etc.

Promozione della Salute

Tema estremamente valorizzato nelle sue declinazioni (scuole, aziende, Comuni...) nel Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 e nei Piani Regionali Prevenzione e ovviamente in quello Lombardo.

Il passaggio tra ASL e ATS non presenta particolari problemi se viene rispettata la divisione tra “promozione della salute di comunità” e “promozione della salute dell’individuo”. Va presidiata nelle nuove ATS la definizione delle articolazioni territoriali e le omogeneizzazione di procedure, iniziative

7) Semplificazione e sburocratizzazione: facilitare la “vita” a cittadini e imprese

- ulteriore soppressione di pratiche prive di dimostrata efficacia
- accessibilità “facilitate” ai servizi, attraverso “interfacce” digitali amichevoli;
- inter-operabilità efficiente dei sistemi informativi;
- front office strutturati per l’assistenza e l’informazione.

8) Professioni sanitarie: dare risposte concrete

- “Task shifting”: processo razionale di trasferimento di competenze dalla professione medica alle altre professioni sanitarie adeguatamente formate;
- “Task shifting”: utilizzo più efficiente delle risorse disponibili e strumento per valorizzare competenze professionali appropriate.
- Riconoscimento di ruoli e responsabilità professionali, con attribuzione di incarichi di dirigente a questi professionisti della prevenzione
- Ma anche potenziare alcune figure carenti in Lombardia: ingegneri, chimici, biologi, psicologi, mediatori culturali, statistici, etc. ma anche garantire meglio il turn-over delle figure sanitarie e tecniche .

9) Potenziamento e razionalizzazione della rete dei Laboratori di Prevenzione per garantire analisi su matrici umane e ambientali per la ATS (attualmente “sulla carta” tre macroaree DGR IX/4441 Seduta del 28/11/2012) importante ovviamente “rilanciare” **anche il sistema ARPA**, come punto di riferimento pubblico. Occorre quindi valutare il rafforzamento dei Laboratori di Prevenzione per riprendere e supportare la capacità del sistema pubblico di intervento di analisi di igiene industriale e ambientale; si pensi alla questione REACH, aree dismesse, bonifiche amianto, controllo dell’impatto che l’inquinamento di vaste aree può avere su lavoratori e cittadini dalla analisi dell’inquinamento indoor alla grandi aree (urbanizzate o meno): ad esempio Santa Giulia, Città della Salute e Area Falck , Caffaro, EXPO, ecc.

Anche analisi di screening (ad esempio l’esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci) dovrebbero essere eseguiti sempre da strutture qualificate per garantirne la assoluta affidabilità (alcuni Laboratori di prevenzione già lo eseguono).

10) Un allarme: il rischio di privatizzazione anche nella prevenzione

Dobbiamo cogliere tempestivamente i segnali (e mettere in atto adeguate contromisure) che si inizi a pensare anche nella prevenzione a possibili “privatizzazioni” dei “*bocconi più pregiati*” (ad es. screening, vaccinazioni e promozione della salute) lasciando al pubblico praticamente solo la vigilanza, questo rappresenterebbe la cancellazione di quanto di positivo vi è oggi nella sanità pubblica, i cui risultati sono in tutte le statistiche.

Apriamo un mercato che ne aumenterà solo i costi diminuendone qualità e universalità.

16 novembre 2015

per Gruppo Regionale SNOP Lombardia dr.ssa Laura Bodini