

Emergenza COVID-19 - Riflessioni e proposte del Dipartimento Salute PD Brescia

Raccogliamo in questo documento schematico

- valutazioni su quelle che riteniamo essere le **principali criticità** delle risposte date dal sistema sanitario locale e regionale all'emergenza epidemica,
- linee di **azione prioritarie per far fronte nell'immediato** alla drammatica situazione bresciana,
- linee di **azione per avviare il processo di riammissione al lavoro** e ripresa graduale di tutte le attività,
- **problemi che dovranno essere affrontati una volta raffreddato lo sviluppo epidemico.**

Proponiamo

- **Una serie di azioni da mettere in atto subito.**
- **L'attivazione di una Cabina di Regia Provinciale, per coordinare e guidare l'insieme delle azioni di prevenzione, contrasto e uscita dall'epidemia, sia sul fronte sanitario che economico e sociale, coinvolgendo rappresentanti delle diverse componenti: sanitarie (ATS, ASST, Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, Ordini Professionali), amministrative (Provincia e Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona), del mondo produttivo (datori di lavoro e sindacato), sociali (associazionismo e volontariato).**

In tale direzione, si mette a disposizione il presente documento quale base per un confronto e per la costruzione di un percorso comune verso un'**alleanza** tra forze sociali (professionali, sindacali, produttive, culturali, del volontariato) e politiche che, condividendo elementi di valutazione e linee di azione sui tempi brevissimi e brevi, possa contribuire fattivamente alla **ripresa**.

Il contesto

1 Appare evidente come il "contributo" della Lombardia alla diffusione dell'epidemia sia assolutamente sproporzionato rispetto alle altre regioni e appaiono evidenti alcune criticità; infatti la Lombardia:

1. contribuisce per più del 40% dei casi complessivi, il 58% dei deceduti ed il 69% dei guariti;
2. ha un tasso di ospedalizzazione doppio rispetto a quelli delle altre regioni, dove evidentemente il coinvolgimento del territorio è stato maggiore;
3. ha effettuato meno tamponi rispetto al Veneto (circa la metà) e a all'Emilia-Romagna e alla Toscana, evidentemente più attente alla ricerca delle potenziali fonti di contagio.

Nella gestione della crisi, in Lombardia si sono evidenziate criticità particolarmente gravi:

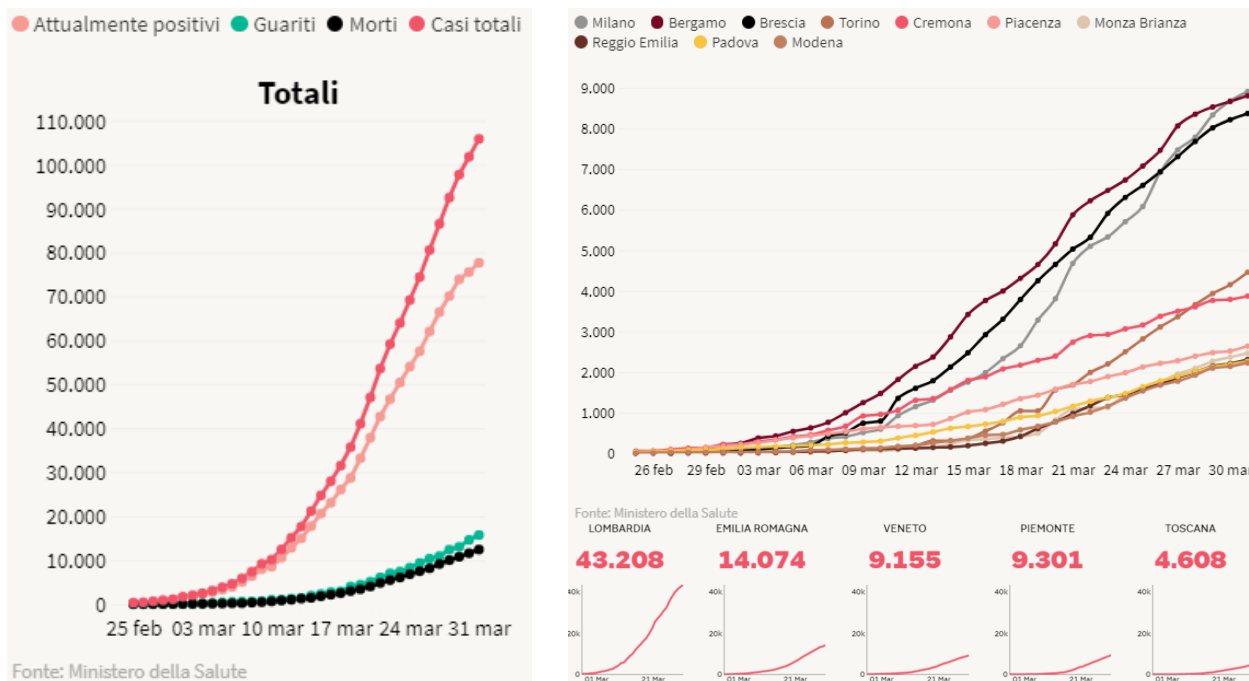
1. Mancanza di un piano epidemiologico a livello regionale, con protocolli condivisi e diffusamente noti;
2. Carenza di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e degli strumenti/ausili per la cura: ogni Azienda ha dovuto operare anche in autonomia e non è chiaro il ruolo svolto dalla centrale acquisti regionale;
3. Scarsa capacità di reazione del sistema informativo regionale nell'adeguarsi ai nuovi bisogni: ad esempio, si registrano numerose e gravi carenze nella circolazione delle informazioni; la gestione dei tamponi non è stata accompagnata dal necessario supporto informatico e procedurale; solo il prossimo 3 aprile sarà possibile avvalersi della ricetta elettronica;
4. L'impatto iniziale della gestione è ricaduto quasi esclusivamente sul pubblico e, solo successivamente, è stata coinvolta la componente privata.

Emblematico il caso a Brescia della mancata realizzazione di efficienti strutture intermedie temporanee o dell'Ospedale da Campo presso la Fiera, che ha privato gli Spedali Civili di un possibile polmone di decongestionamento: si sarebbe potuto partire già nella seconda/terza settimana di marzo, eppure il progetto è stato bloccato, contrariamente a quanto avvenuto a Milano e Bergamo.

In sintesi è mancata una strategia complessiva, supportata da adeguate competenze tecniche, in grado di mettere insieme, articolare e collegare gli approcci epidemiologico, preventivo e clinico nelle diverse fasi, come deve avvenire in particolare al sopraggiungere di una emergenza di sanità pubblica.

Nell'attuale sviluppo epidemico bresciano, non essendo più possibile individuare singoli focolai di infezione, né circoscriverli, né isolarli, è purtroppo necessario attivare temporanee modalità straordinarie, graduate e commisurate in relazione alla effettiva disponibilità di risorse umane-strumentali-terapeutiche, guidando e supportando l'attività dei diversi operatori, informando la popolazione, semplificando ogni attività evitabile, specie se amministrativo-burocratica.

Tabelle e grafici tratti dal sito "ilSole24ore" - <https://lab24.ilssole24ore.com/coronavirus/> che mostrano l'andamento dell'infezione (casi totali, per provincia e nelle principali cinque regioni e relativi dati di contesto regionale e circa i trattamenti adottati nei soggetti affetti).



Regione	Lombardia	Emilia Romagna	Veneto	Piemonte	Toscana
Abitanti	10.060.574	4.459.477	4.905.854	4.356.406	3.729.641
KM2	23.864	22.453	18.345	25.387	22.987
Densità	422	199	267	172	162
Tamponi	114.640	54.532	106.238	27.658	33.165
Casi/1.000 abitanti	4,3	3,2	1,9	2,1	1,2

REGIONE	TERAPIA INTENSIVA	RICOVERATI CON SINTOMI	ISOLAMENTO DOMICILIARE
Lombardia	1.330	11.815	11.861
Piemonte	452	2.985	4.218
Veneto	356	1.633	5.575
Emilia Romagna	351	3.779	6.636
Toscana	279	1.116	2.655

***Le linee di azione prioritarie per far fronte nell'immediato
alla drammatica situazione del contesto bresciano***

- 1 -

Gli operatori socio-sanitari sono stati drammaticamente esposti al contagio, non solo gli ospedalieri ma anche quelli territoriali: Medici delle Cure Primarie (MMG, PLS, MCA); Operatori della Prevenzione, delle RSA e RSD, delle Cure Domiciliari, dei Consulenti, della Salute Mentale; Odontoiatri; Farmacisti.

Azione prioritaria urgente: TUTELARE GLI OPERATORI SOCIO-SANITARI, EVITANDO ASSOLUTAMENTE CHE SI CONTAGINO E SI AMMALINO, ANCHE PER SALVAGUARDARE LA CONTINUITÀ DELLE CURE ED EVITARE CHE DIVENTINO VEICOLO D'INFEZIONE.

Nella fase epidemica attuale del contesto bresciano l'ATS deve dettare, e supportare con indicazioni precise e con i dispositivi logistico-strumentali opportuni, le conseguenti azioni necessarie:

- governare la fornitura a tutti i servizi, ospedalieri, residenziali e domiciliari, gli opportuni DPI (non tanto le mascherine chirurgiche, che non sono un DPI) e in quantità oggettivamente adeguata rispetto al rispettivo volume prevedibile di attività;
- fornire linee di indirizzo operative e cliniche affinché sia favorita l'operatività elettivamente tramite contatti telefonici strutturati in modo che gli assistiti siano monitorati ed effettivamente presi in carico, (e si sentano presi in carico);
- disporre a che le attività ambulatoriali inevitabili si svolgano solo con operatori opportunamente protetti con DPI e con modalità che impediscano vicinanza tra gli assistiti.

- 2 -

Il governo regionale lombardo si è attivato in una logica ospedalocentrica, puntando solo ad ampliare i posti di terapia intensiva, lasciando a sé stessi tutti gli altri servizi, senza un disegno complessivo e senza dare obiettivi, indicazioni, supporti: ciò ha favorito l'immediata saturazione degli ospedali.

Azione prioritaria urgente: DEFINIRE, PUBBLICARE E IMPLEMENTARE IL PIANO, LOCALE E REGIONALE, DI GOVERNO DI TUTTE LE AZIONI PER L'EMERGENZA COVID-19, SUPPORTATO DA COMPETENZE PROFESSIONALI PRECISE, CHE PREVEDA E UNISCA GLI ASPETTI PREVENTIVI, DI MONITORAGGIO-ASSISTENZA-CURA TERRITORIALE, DI ACCESSO GRADUATO AI LIVELLI DI CURA PIÙ COMPLESSI, DI RIMODULAZIONE E SVILUPPO STRAORDINARIO DELLA RETE OSPEDALIERA.

Nella fase epidemica attuale l'ATS, a livello locale, e l'Assessorato Welfare, a livello regionale, devono attivare il piano, avvalendosi di esperti esplicitamente citati (anche attingendo alle tante qualificate professionalità lombarde esterne) che preveda il governo:

- degli interventi propriamente preventivi e del sistema informativo di monitoraggio-gestione dell'epidemia,
- delle Cure Primarie,
- della Rete delle Residenze per Anziani e Disabili,
- della Rete delle Strutture Intermedie,
- della Rete Ospedaliera.

- 3 -

La completa emarginazione delle Amministrazioni Comunali dal sistema socio-sanitario lombardo ha determinato lo scollamento tra reti sanitaria e sociale: la accorate denunce e richieste di aiuto dei nostri Sindaci lo hanno confermato drammaticamente.

⇒ **Azione prioritaria urgente: COINVOLGERE LE AMMINISTRAZIONI COMUNALI NELLE DECISIONI STRATEGICHE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO.**

Modalità: attraverso le assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona.

- 4 -

L'effettuazione dei tamponi e l'imposizione delle misure di isolamento in Lombardia hanno avuto una applicazione assolutamente disomogenea e sottodimensionata.

⇒ **Azione prioritaria urgente:** **ADOTTARE CRITERI VALIDATI E UNIVOCI PER TAMPONI, ESAMI SIEROLOGICI, QUARANTENA, RIAMMISSIONI, ESTENDENDONE IL RICORSO IN TUTTI I CASI NECESSARI.**

Modalità: Tempestiva attivazione da parte dell'ATS, con potere impositivo su ASST e altri eventuali erogatori sanitari.

- 5 -

Mentre in altre regioni vicine, come il Veneto e l'Emilia Romagna, le azioni di individuazione precoce e isolamento dei focolai epidemici hanno permesso di rallentare significativamente lo sviluppo epidemico, in Lombardia tali attività hanno avuto risultati ben più drammatici: il frazionamento tra ATS e ASST delle funzioni di prevenzione, e ancor più degli operatori (peraltro in progressiva riduzione e dequalificazione), ha portato ad interventi sottodimensionati, tardivi, burocratizzati, e, soprattutto, frammentati.

Azione prioritaria urgente: **ATTIVARE IMMEDIATAMENTE PER OGNI ATS UN UNICO GRUPPO DI LAVORO IGIENISTICO, COMPOSTO DA TUTTI GLI OPERATORI DELLA PREVENZIONE DI ATS E DELLE ASST, GOVERNATO DA UNA SOLA CATENA DI COMANDO CHIARAMENTE DEFINITA ESPLICITA E RESPONSABILIZZATA.**

Tale gruppo di lavoro deve gestire da subito:

- Il **sistema informativo per il controllo dell'evoluzione locale dell'epidemia**, rilevando e pubblicando quotidianamente dati grezzi e indicatori dedotti di:
 - o casi COVID-19 correlati: confermati, probabili (in attesa di conferma diagnostica), sospetti (segnalati e assistiti dai Medici di Famiglia), contatti (conviventi dei ricoverati e dei casi sospetti individuati dai Medici di Famiglia), deceduti, guariti;
 - o operatori socio-sanitari e della protezione civile (compresi i volontari): affetti da COVID-19, positivi, in quarantena (e il relativo servizio di afferenza), ricoverati, deceduti;
 - o soggetti COVID-19 correlati assistiti: a casa dai Medici di Famiglia, in Strutture Residenziali, in Strutture Intermedie, in Ospedale, in Terapia Intensiva;
 - o la distribuzione di tutti i precedenti indicatori per comune, per servizio e per Medico di Famiglia(Si sottolinea la necessità del **pieno utilizzo della piattaforma informatica per la denuncia delle malattie infettive MAINF (e solo di questa) valorizzando a pieno le segnalazioni dei sospetti COVID da parte dei Medici di Famiglia, quale elemento informativo rilevante nel monitoraggio dell'evoluzione dell'epidemia).**
- Il **raccordo con le Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona e/o le singole Amministrazioni Comunali** per quanto riguarda la comunicazione bidirezionale sull'evoluzione locale dell'epidemia, l'informazione alla popolazione, il coinvolgimento e la cooperazione per la gestione di problemi logistici (es. distribuzione DPI o materiali informativi), l'emanazione di ordinanze (es. chiusure, polizia mortuaria).
- Il **piano di distribuzione dei DPI a:**
 - o Operatori ospedalieri,
 - o Operatori delle strutture residenziali e intermedie,
 - o Medici di Medicina Generale,
 - o Pediatri di Famiglia,
 - o Medici di Continuità Assistenziale,
 - o Operatori degli altri servizi territoriali.
- Il **piano di effettuazione dei tamponi rino-faringei**, da contestualizzare allo sviluppo epidemico e della effettiva disponibilità-capacità di esecuzione, tenendo conto anche della **prioritaria esigenza di riammettere al lavoro i soggetti già infettati o posti in quarantena e della necessità di dare risposte tempestive:**
 - o operatori (non solo ospedalieri ma anche territoriali e delle strutture residenziali),
 - o ricoverati,
 - o contatti dei soggetti individuati dai Medici di Famiglia come sospetti COVID-19,
 - o soggetti individuati dai Medici di Famiglia come sospetti COVID-19.
- Il **disegno e la semplificazione degli strumenti di isolamento in quarantena.**

- 6 -

Il governo regionale lombardo, considerando marginale l'apporto dei Medici delle Cure Primarie, li ha abbandonati in prima linea, senza indicazioni procedurali e cliniche, senza DPI, senza opportuni strumenti di lavoro (saturimetri ad uso domiciliare, prescrizione farmaci online,...), senza il coordinamento e supporto del Dipartimento Cure Primarie ridotto a "ufficio stipendi". A fronte di ciò, ogni Medico di Famiglia del bresciano continua ad assistere a casa decine di malati con sintomatologia compatibile con COVID-19, benché questi non rientrino nel computo dei malati né si attivi l'isolamento obbligatorio dei famigliari.

Azione prioritaria urgente: AFFIDARE AL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE DI OGNI ATS, SUPPORTATO DA COMPETENZE PROFESSIONALI PRECISE, IL GOVERNO DELL'INSIEME DEI SERVIZI SANITARI DI BASE SECONDO OBIETTIVI DI SANITÀ PUBBLICA E NON IN UNA LOGICA CERTIFICATIVO-AMMINISTRATIVA.

Comuni – informazione Essendo ogni Medico delle Cure Primarie, così come ogni Farmacista una singola entità giuridica ed operativa, è ancor più necessario che venga svolta un'azione di coordinamento, indirizzo e supporto per far sì che ciascuno operi come agente periferico del Servizio Sanitario, tanto più nella fase epidemica attuale del contesto bresciano; il Dipartimento Cure Primarie pertanto deve:

- **Coordinare, supportare e presidiare l'attività dei Medici di Famiglia e di Continuità Assistenziale** nella loro attività di:
 - o identificazione, tramite triage telefonico, dei sospetti COVID
 - o segnalazione, isolamento, istruzione, certificazione di malattia di tali soggetti e conviventi;
 - o presa in carico di tali soggetti mediante monitoraggio almeno quotidiano, conduzione clinica, prescrizione farmacologica, individuazione segni di allarme per invio al 112 (anche mediante sistemi di telemedicina).
- **Provvedere a che i presidi necessari all'assistenza presso le abitazioni** (saturimetri, farmaci specifici, ossigeno domiciliare, ...) **siano forniti o resi disponibili** (se necessario tramite la protezione civile o volontariato).
- Verificare che siano **correttamente forniti i DPI necessari** per le attività ambulatoriali o domiciliari non evitabili.
- **Snellire drasticamente le procedure amministrative.**
- Rendere effettivamente operativa e semplificata la **dematerializzazione delle ricette.**
- Rendere operativo il **Fasciolo Sanitario Elettronico** del cittadino.
- **Raccordare l'attività dei Medici di Famiglia e di Continuità Assistenziale con il 112 e l'ospedale e, sul fronte territoriale, con Farmacisti territoriali, Cure Domiciliari e Palliative, Consultori, Rete per la Salute Mentale;**
- Monitorare, ed eventualmente intervenire per "casi particolari" ed "eventi anomali-atipici"
- **Raccordarsi con le Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona e/o le Amministrazioni Comunali** per uniformare l'informazione alla popolazione sulle modalità di fruizione dei servizi dell'Assistenza Primaria.

- 7 -

Nelle Residenze bresciane per Anziani e per Disabili, abbandonate a sé stesse in carenza di DPI e di indicazioni operative o supporti, sono esplosi terribili focolai epidemici che hanno coinvolto operatori ed ospiti, portando spesso a morte un numero elevatissimo di persone e mettendo in crisi la stessa operatività delle strutture stesse.

Azione prioritaria urgente: DOTARE OGNI STRUTTURA RESIDENZIALE DEI DPI NECESSARI A PROTEGGERE GLI OPERATORI E I SUPPORTI NECESSARI A CONSENTIRE IL NORMALE FUNZIONAMENTO DELLE STRUTTURE STESSE, SOPRATTUTTO QUELLE PIÙ COLPITE DALL'EPIDEMIA.

Nella fase epidemica attuale del contesto bresciano l'ATS deve:

- Mantenere **aggiornato quotidianamente il quadro dello sviluppo epidemico di tutte le strutture** (operatori e ospiti; sintomatici, positivi, ospedalizzati, guariti, deceduti; criticità gestionali della struttura);
- **Fornire tempestivamente tutti i DPI** necessari, nel caso in cui la struttura non sia in grado di reperirli;
- **Fornire indicazioni operative** di riferimento e supporto, se richiesto;
- **Supportare il reperimento di risorse umane integrative** dove necessario per garantire almeno il funzionamento minimo delle strutture;
- Attivare la possibilità di consulti specialistici telefonici;
- Garantire **che non siano trasferiti nelle strutture soggetti convalescenti o guariti ma ancora infetti;**
- **Raccordarsi con le Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona e/o le Amministrazioni Comunali** per uniformare l'informazione alla popolazione e per concordare le eventuali azioni di supporto alle strutture residenziali.

Le linee di azione per avviare il processo di riammissione al lavoro dei guariti e ripresa graduale di tutte le attività

- 1 -

In Lombardia sono state attivate solo marginalmente strutture intermedie per curare i soggetti COVID che non richiedono assistenza ospedaliera ma che non possono rimanere a domicilio per motivi familiari-socio-ambientali: ciò da un lato ha favorito lo spostamento verso il 112 e gli ospedali, contribuendo a saturarne la capacità recettiva, dall'altro ha comportato il lasciare a domicilio situazioni critiche.

Azione prioritaria urgente: ATTIVARE STRUTTURE INTERMEDIE PER OSPITARE E ASSISTERE TEMPORANAMENTE PERSONE CON SINTOMATOLOGIA CHE NON RICHIEDE L'OSPEDALIZZAZIONE MA CHE NON POSSONO RIMANERE A DOMICILIO

Nella fase epidemica attuale del contesto bresciano, è necessario, e lo sarà anche a seguito dell'auspicabile raffreddamento dell'epidemia, attivare Strutture Intermedie:

- mediante un'azione promozionale, di supporto e coordinamento di ATS,
- avvalendosi di eventuali operatori socio-sanitario delle strutture pubbliche e private accreditate, di strutture e operatori alberghieri e del terzo settore e di operatori volontari,
- per **accogliere, per periodi brevi**
 - o **malati di nuova insorgenza o in dimissione che non necessitano di cure ospedaliere** ma non possono essere assistiti a casa per motivi familiari-socio-ambientali,
 - o **guariti-convalescenti ancora infettivi,**
 - o **situazioni socio-sanitarie particolari** (disagio psichico, violenza domestica, minori con genitori ospedalizzati,),
 - o **malati che necessitano di terapie e/o di ossigeno-terapia** che non possono essere fornite a domicilio,
 - o malati che **con compromissione dell'autosufficienza o con necessità riabilitative,**
- garantendo
 - o l'assistenza medico-infermieristica in forme opportunamente contestualizzate e razionalizzate,
 - o la fornitura degli opportuni DPI.

- 2 -

L'intera rete ospedaliera bresciana si è rapidamente e totalmente orientata verso la gestione dei casi COVID, con un blocco totale dell'attività in elezione.

Azioni prioritarie urgenti:

- **PIANIFICARE LA PROGRESSIVA RIAPERTURA DI TUTTE LE ATTIVITÀ CLINICHE OSPEDALIERE, CON UN DISEGNO CHE COINVOLGA L'INTERA RETE E CHE VALORIZZI LE SPECIFICITÀ DI CIASCUNA STRUTTURA.**
- **ATTRAVERSO L'APPORTO DEI MEDICI E DEGLI OPERATORI INDIVIDUARE E ATTIVARE LA RETE DELLE STRUTTURE DEDICATE AI MALATI COVID PER BASSA, MEDIA E ALTA INTENSITÀ DI CURA.**
- **DECENTRARE LA CONSULENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE NEI PRESIDI TERRITORIALI, IN MODO DA CONTENERE L'AFFLUSSO DI PERSONE NEI CONTESTI OSPEDALIERI.**

- 3 -

La chiusura del sistema produttivo comporterà gravi difficoltà economiche alle imprese e alle famiglie. La chiusura delle attività deve essere pertanto proporzionata alle diverse fasi dello sviluppo epidemico, con la previsione di riaprire gradualmente le attività appena possibile, ma garantendo condizioni di sicurezza.

Azione prioritaria urgente: RIAPRIRE GRADUALMENTE LE ATTIVITÀ PRODUTTIVE (che rientrino nell'elenco di cui all'allegato 3 del DPCM 10.2.2020) APPENA POSSIBILE GARANTENDO CONDIZIONI DI SICUREZZA E RIAMMETTENDO NEL SISTEMA PRODUTTIVO SOLO SOGGETTI CONTROLLATI IN MODO DA EVITARE NUOVI CONTAGI.

Già nella fase epidemica attuale del contesto bresciano,

- Le aziende che intendono riprendere l'attività devono **predisporre un piano per la sicurezza** orientato a garantire il contrasto della diffusione COVID coinvolgendo i medici competenti;
- Il **Tavolo istituito in Prefettura** con datori di lavoro, sindacati e Università di Brescia sia allargato ai rappresentanti di ATS e preveda **deroghe solo nei casi** in cui realmente parte significativa dell'attività produttiva sia legata a filiere principali consentite dai decreti vigenti;
- Il servizio di igiene e sanità pubblica dell'ATS deve definire, con modalità univoche per tutto il territorio, i criteri di riferimento per l'esecuzione e la valutazione delle indagini laboratoristiche di verifica della non contagiosità e dell'acquisizione di immunità nei lavoratori;

- Venga ridisegnato il sistema dei trasporti pubblici e della circolazione delle persone.

I problemi che dovranno essere affrontati una volta raffreddato lo sviluppo epidemico

- 1 -

L'emergenza ha messo a rischio di scempenso il nostro Servizio Sanitario progressivamente indebolito da un decennio di taglio di operatori, materiali, strumenti, strutture, risorse. Tutti si sono resi conto di quanto sia importante averlo.

VA RAPIDAMENTE E SOSTANZIALMENTE RIFINANZIATO IL SSN, ALLO SCOPO DI RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI DI TUTELA DI SALUTE PUBBLICA E INDIVIDUALE.

- 2 -

Le regioni italiane si sono mosse "a schema libero", anche disattendendo le indicazioni degli organismi scientifici, con frequenti improvvisi cambi di orientamento, talvolta generando inutili ma dannosi "procurati allarmi", per poi chiedere indicazioni all'Istituto Superiore Sanità e risorse al Ministero: ambiguità tra volontà di mantenere il governo locale e scaricare le responsabilità al nazionale.

L'ATTUALE FRAMMENTAZIONE DEL SSN IN DIVERSI SERVIZI SANITARI REGIONALI VA RICOMPOSTA IN UN'OTTICA DI GOVERNO UNITARIO, EFFICIENTE E SOLIDALE, CAPACE DI GARANTIRE SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE ADEGUATI LIVELLI DI ASSISTENZA E LA CAPACITA' DI AFFRONTARE EMERGENZE NAZIONALI.

- 3 -

La riforma sociosanitaria lombarda ha frammentato le funzioni e le risorse tra ATS e le ASST: ciò comporta che l'ATS risulti sprovvista delle condizioni organizzative, delle competenze tecniche e delle risorse necessarie alla governance della salute pubblica e che le ASST non abbiano l'autonomia per operare in una visione di sanità pubblica.

- **VA COMPLETAMENTE SUPERATA LA DIVISIONE DI FUNZIONI E RISORSE TRA ATS E ASST RIVEDENDO RADICALMENTE L'ASSETTO ORGANIZZATIVO-ISTITUZIONALE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO LOMBARDO.**
- **VA RIVISITATA LA SEPARAZIONE DELLA VALCAMONICA DALLA RETE SOCIO-SANITARIA BRESCIANA.**

- 4 -

In Lombardia, durante l'emergenza COVID, il sistema di prevenzione ha mostrato le falle più evidenti. LA CAPACITÀ DI FARE PREVENZIONE DELL'INTERO SISTEMA REGIONALE E LOCALE VA REINDIRIZZATA ASSEGNANDO SPECIFICI OBIETTIVI DI SALUTE CHE DEVONO ESSERE PERSEGUITI SUPERANDO LA LOGICA CERTIFICATIVA CHE HA CARATTERIZZATO LE ATS IN QUESTI ANNI E IN OCCASIONE DELL'EMERGENZA.

- 5 -

La medicina di famiglia, in prima linea nel contatto capillare con gli assistiti, non è stata opportunamente preparata né tempestivamente supportata, così come gli altri servizi territoriali: consultori, Servizi per la Salute Mentale, RSA e RSD, Cure Domiciliari, Farmacie.

VA RIPENSATO, SUPPORTATO E GOVERNATO IL RUOLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA QUALE PRIMO AGENTE DEL SSN, CAPILLARMENTE PRESENTE, ACCOMPAGNATORE DEL PERCORSO DI SALUTE INDIVIDUALE NELLA RETE DEI SERVIZI, CON CAPACITÀ DI AFFRONTARE ANCHE LE EMERGENZE E, IN UNA LOGICA DI GOVERNO CLINICO, RILEVATORE DELLE CONDIZIONI DI SALUTE DELL'INSIEME DEGLI ASSISTITI IN CARICO.

- 6 -

Lo scarso sviluppo delle strutture intermedie in Lombardia da un lato facilitò l'ospedalizzazione di persone che non necessitano di cure di alta intensità e, dall'altro, rende problematica, superata la fase acuta, la dimissione di persone poliproblematiche.

VA DISEGNATA UNA RETE UNITARIA OSPEDALIERA E DELLE STRUTTURE INTERMEDIE DESTINATE A PERSONE CHE NON NECESSITANO DELL'OSPEDALIZZAZIONE MA CHE NON POSSONO RIMANERE A DOMICILIO.

- 7 -

Solo la componente pubblica del Servizio Sanitario ha affrontato la gestione dell'emergenza mentre il privato è stato coinvolto in un secondo tempo e, ovviamente, solo per le cure ospedaliere.

VA RIDEFINITO IL RUOLO DELLA COMPONENTE PRIVATA NEL SSN, IMPORTANTE MA SUSSIDIARIA, IL CUI RUOLO DEVE ESSERE OPPORTUNAMENTE VALORIZZATO E INSCRITTO DA UNA PROGRAMMAZIONE PUBBLICA, SUPERANDO L'APPARENTE PARITÀ PUBBLICO-PRIVATO ATTUATA IN LOMBARDIA E RICONOSCENDO ALLA COMPONENTE PUBBLICA ADEGUATE RISORSE PER SVOLGERE LE FUNZIONI DI SANITÀ PUBBLICA.

- 8 -

Il sistema informativo del servizio sociosanitario lombardo si è dimostrato inadeguato a garantire la circolazione delle informazioni tra servizi, operatori e cittadini; l'avvio della ricetta elettronica solo dal 3 aprile, mentre è già operativa da tempo in quasi tutte le regioni italiane, ne è la controprova.

VA SVILUPPATO UN VERO SISTEMA INFORMATIVO DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO APERTO, FUNZIONALMENTE COMPLETO, STRUTTURALMENTE INTEGRATO E REALMENTE INTEROPERABILE, MODIFICANDO RADICALMENTE LA GESTIONE LACUNOSA E FALLIMENTARE SIN QUI ADOTTATA.