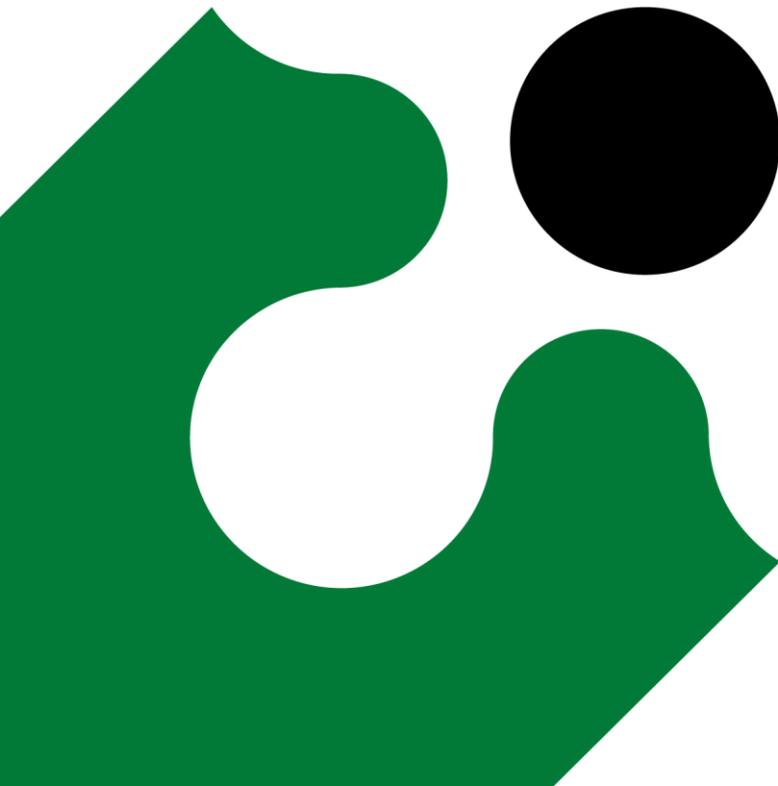


**Un nuovo modello organizzativo per l'area di Igiene e
Sanità Pubblica nella realtà della Città Metropolitana
di Milano**

Lorena Bergamini
Maira Bonini

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di struttura complessa**

2019-2021



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di struttura complessa

Codice corso: UNIMI-DSC 1901 AE/BE

GLI AUTORI

Lorena Bergamini, Direttore Unità Operativa Complessa ISP Milano Est, ATS Città Metropolitana di Milano, lbergamini@ats-milano.it

Maira Bonini, Direttore Unità Operativa Complessa ISP Milano Ovest, Direttore *ad interim* Unità Operativa Complessa ISP Milano, ATS Città Metropolitana di Milano, mbonini@ats-milano.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Federico Lega, Professore di Healthcare Management – Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute – Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

Un nuovo modello organizzativo per l'area di igiene e sanità pubblica nella realtà della Città
Metropolitana di Milano

INDICE

INDICE	4
INTRODUZIONE	5
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	8
METODOLOGIA ADOTTATA	8
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE ..	9
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE.....	18
RISULTATI ATTESI	19
CONCLUSIONI.....	20
CONTRIBUTO PERSONALE	21
RIFERIMENTI NORMATIVI/BIBLIOGRAFICI	21

INTRODUZIONE

L'attuale configurazione del Sistema Sanitario Regionale lombardo è il frutto delle modifiche introdotte dalla L.R. 23 dell'11 agosto 2015.

La conseguente riorganizzazione dell'assistenza sociosanitaria regionale ha comportato - rispetto al precedente assetto - una sostanziale netta suddivisione fra funzioni d'indirizzo, governance, negoziazione e monitoraggio delle complessità di sistema, attribuite alle Agenzie di Tutela della Salute" (acr. ATS) e funzioni di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, in capo alle "Aziende Socio Sanitarie Territoriali" (acr. ASST), composte da servizi territoriali e da strutture ospedaliere.

Essendosi concluso al termine dell'anno 2020 il periodo di sperimentazione della riforma, Regione Lombardia sta attualmente compiendo un percorso di revisione del sistema, anche alla luce delle osservazioni formulate da AGENAS.

ATS Città Metropolitana di Milano (ATS CMM), la più grande organizzazione sanitaria lombarda con un numero di dipendenti di circa 1.750 unità al momento della sua istituzione e 1.722 al 01.01.2021, come da determinazione n. 128 del 25.2.21, è costituita dalla fusione di quattro precedenti Aziende Sanitarie Locali (ASL Milano, ASL MI 1, ASL MI 2 e ASL Lodi) e comprende il territorio dell'area metropolitana milanese e della Provincia di Lodi, di ampie dimensioni geografiche (ca. 2.357 Km²), suddiviso in 193 Comuni per un totale di 3.472.461 abitanti (con una densità abitativa molto variabile, tra i 2000 nel territorio urbano e i 1.000 ab/Km² e un indice di vecchiaia complessivo del 160,3%).

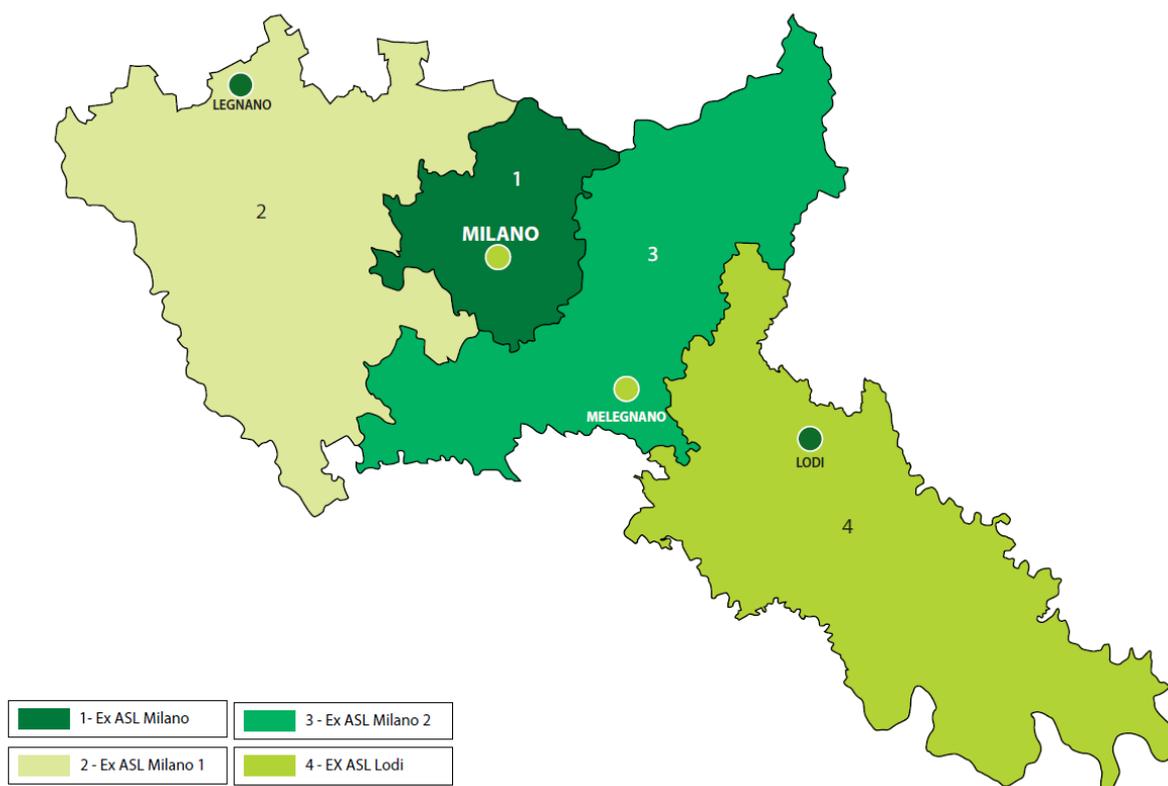


Figura 1: Cartina geografica ATS CMM con la suddivisione territoriale per ex ASL confluenti

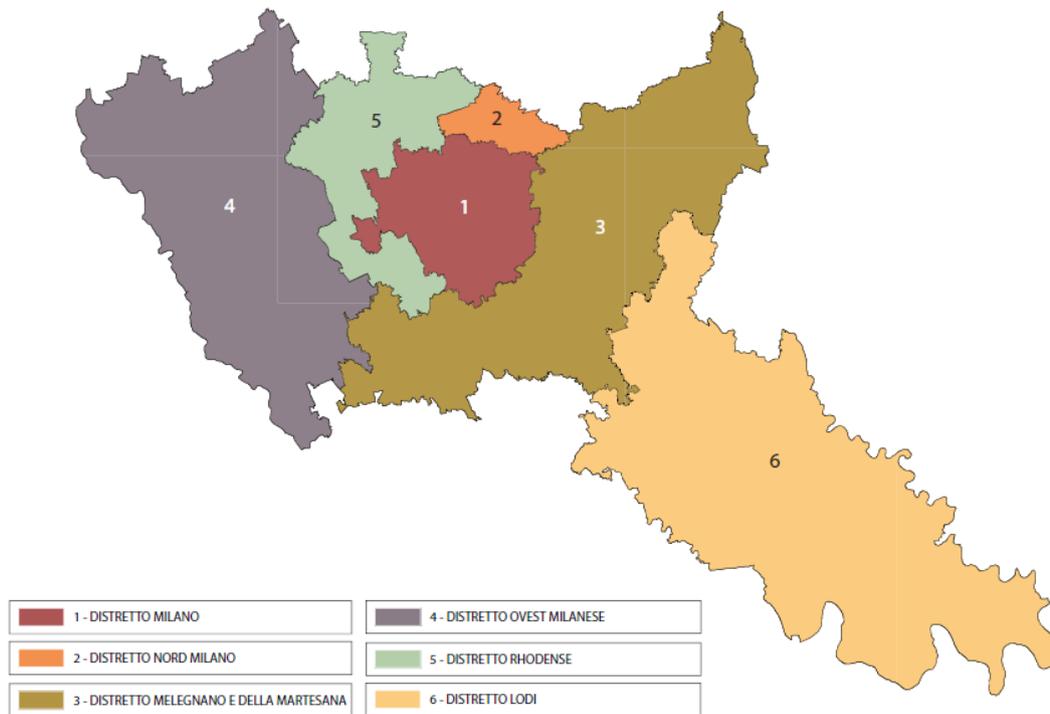


Figura 2: Cartina geografica ATS CMM con la suddivisione territoriale per distretti

Osservando la mappa del territorio di ATS CMM (Figg. 1 - 2) sono immediatamente evidenti l'area, sostanzialmente centrale, occupata dal solo Comune di Milano e il lungo territorio orientato verso sud-est, completamente diverso sia dal punto di vista demografico (aree fortemente urbanizzate della provincia di Milano coesistono con aree a densità abitativa medio bassa nel lodigiano) che dal punto di vista occupazionale: aree a forte concentrazione industriale contrapposte ad aree a vocazione prettamente artigianale e agroalimentare.

L'area territoriale Milano Est ricopre un bacino che comprende 114 Comuni su una superficie di territorio molto estesa (1378 Km² di cui 798 Km² solo per l'area di Lodi) e una popolazione totale di 866.809 abitanti, che comporta tempi per l'espletamento delle attività di vigilanza e per le attività amministrative ad esse connesse necessariamente più dilatati rispetto a realtà più urbanizzate e con una rete di trasporto pubblico capillare e frequente. L'area territoriale di Milano Ovest ricopre un bacino che comprende 78 Comuni su una superficie di territorio estesa (797 Km²) e una popolazione totale di 1.222.437 abitanti, che come per l'area Est comporta tempi molto più dilatati per gli spostamenti e quindi per l'attività di vigilanza, così come per le attività amministrative correlate, rispetto alla città di Milano. Quest'ultima è infatti notoriamente dotata di una fitta rete di mezzi di trasporto pubblici e vede concentrate in una superficie minore (181,8 Km²) una popolazione molto elevata (1.337.155 abitanti), alla quale si aggiunge il notevole flusso di lavoratori pendolari che giornalmente raggiungono il capoluogo lombardo dalla Provincia milanese, ma anche dalle altre Province lombarde oltre che dalle Regioni confinanti.

Di questa differenziazione territoriale ha tenuto conto il processo di unificazione e integrazione delle quattro aziende sanitarie confluite in ATS, definito nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2016 - 2018 di ATS CMM nella nuova strutturazione delle sue componenti, fra cui il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (D.I.P.S.) e le Unità Operative Complesse (U.O.C.) e Semplici (U.O.S.), ad esso afferenti.

L'area Igiene e Sanità Pubblica, come pure quelle di Igiene degli Alimenti e di Tutela della Salute negli Ambienti di Lavoro, è stata suddivisa in tre UOC territoriali, in linea di massima corrispondenti alle vecchie ASL confluenti, costituite da Milano città, l'area nord ovest della Città metropolitana di Milano e l'area sud est della stessa (Melegnano Martesana) unificata con la provincia di Lodi. L'unica eccezione si è verificata per i sei

Un nuovo modello organizzativo per l'area di igiene e sanità pubblica nella realtà della Città Metropolitana di Milano

comuni dell'area a Nord di Milano, in precedenza facenti parte della ex ASL Milano, che sono stati accorpati con il territorio della ex ASL MI 1, andando a costituire la macroarea territoriale Milano Ovest.

Le tre macroaree sono caratterizzate da una diversa presenza di Unità Produttive, come evidenziato in **tabella 1**

Macroarea territoriale	Residenti	PAT
Milano Città	1.337.155	124.864
Milano Ovest	1.222.437	77.425
Milano Est	866.809	50.092
Totale	3.426.401	252.381

PAT= Posizioni Assicurative Territoriali (Fonte INAIL): indicatore delle Unità produttive locali

Per quanto riguarda le attività che più tipicamente rappresentano l'ambito di intervento delle UOC ISP, la suddivisione per macroarea è riportata nella successiva **tabella 2**

	Milano Città	Milano Ovest	Milano Est
Servizi alla persona e ditte cosmetici			
Acconciatori	2693	1708	994
Estetisti - centri benessere - massaggi	1801	988	686
Tatuatori/Piercing	185	173	39
Cosmetici (ditte produzione e confezionamento)	20	128	160
Strutture ricettive			
Alberghi e altre Strutt. Ricettive (es. B&B)	976	697	266
Accoglienza migranti	50	56	84
Carceri	4	#	1
Strutture sportive			
Piscine	98	75	66
Impianti sportivi e palestre	242	414	80
Scuole e Unità d'offerta			
Scuole	628	721	674
Strutture Socio Assistenziali	710	672	403
Strutture Socio-Sanitarie	281	234	171
Strutture sanitarie			
Farmacie, Parafarmacie e Depositi Farmaci	530	458	136
Studi professionali	617	770	184
Odontoiatri, Poliambulatori, Ambulatori medicina sport	1200	1167	746
Strutture di Ricovero e Cura	48	14	15
Trasporto Sanitario (sedi)	32	43	42
Trasporto Sanitario (automezzi)	262	488	240
Altri controlli ambientali			
Acque di balneazione (punti di campionamento)	#	5	6
Stazioni di monitoraggio pollini e spore di interesse allergologico	1	3	#
Ambrosia (monitoraggio aree infestate)	#	136	#

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Per offrire una risposta consona alle aspettative della collettività, rispettando i criteri di appropriatezza delle prestazioni sanitarie specifiche della disciplina e in accordo con il percorso di revisione del Sistema Sanitario Lombardo, l'organizzazione attuale ha, nel breve periodo, la necessità di adattare il proprio modello di lavoro trasformando progressivamente la risposta al bisogno della popolazione.

L'obiettivo del progetto è quindi di riorganizzare l'area di Igiene e Sanità Pubblica ed in particolare le tre UOC ISP e la UOC Salute e Ambiente, al fine di garantire:

- una maggiore tempestività del processo decisionale, e quindi una maggiore efficienza, attraverso una semplificazione dei passaggi intermedi e quindi della catena di comando.
- Una maggiore omogeneità nell'applicazione di protocolli e procedure, parallelamente ad un approfondimento delle tematiche di competenza.
- L'acquisizione e il consolidamento di nuove competenze mantenendo comunque la necessaria connessione col territorio.

Tuttavia, come riportato più oltre nel documento, per ottenere risultati soddisfacenti rispetto alle aspettative è necessario un riallineamento delle risorse umane e tecnico-logistiche, oggi sottodimensionate, dalla scarsità numerica e dall'inadeguato turn-over degli operatori.

METODOLOGIA ADOTTATA

Per la stesura del progetto si è utilizzato il metodo del Ciclo Del Progetto (Projet Cycle Management-PCM), che permette di scandirne le diverse fasi definendone gli aspetti chiave:

1. Programmazione e Identificazione del progetto

Introduzione – analisi di contesto

Obiettivi strategici e specifici del progetto

Indicatori e fonti di verifica.

2. Formulazione e valutazione fattibilità:

descrizione del progetto, implementazione del processo, fasi e tempistiche

3. Analisi dei costi di implementazione o realizzazione

4. Implementazione – risultati attesi

5. Conclusioni e Criteri di valutazione

- Valutazione finale.
- Valutazione ex post.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

1) ORGANIZZAZIONE ATTUALE

L'organigramma di ATS CMM è stato approvato con D.G.R. XI/771 del 12/11/2018 e ha previsto la razionalizzazione del personale di ogni struttura ad essa afferente.

Nel contesto di ATS CMM, il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (di seguito DIPS), unico per l'intero territorio, svolge attività di prevenzione attraverso diversi strumenti: informazione, promozione, educazione alla salute e sicurezza, controllo, vigilanza. Gli ambiti di competenza sono molteplici e variegati: profilassi delle malattie infettive e parassitarie, prevenzione secondaria delle patologie degenerative con particolare riguardo per quelle tumorali, tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche in riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti chimici e fisici ambientali, tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro, tutela igienico-sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale, sicurezza negli ambienti di vita, promozione di stili di vita salubri. Gran parte delle attività è svolta su programmazione basata sugli obiettivi individuati nel piano regionale di prevenzione, sulle caratteristiche dello specifico contesto e secondo priorità definite in base all'entità dei rischi e alla loro diffusione nel territorio. Il Piano Controlli, il Piano Prevenzione e il Piano Promozione Salute definiscono annualmente la programmazione dei diversi Servizi afferenti al DIPS.

Il DIPS prevede tre aree di coordinamento tematiche, tra le quali quella di Igiene e Sanità Pubblica, composta da tre UOC Igiene e Sanità Pubblica territoriali e una UOC Salute e Ambiente. La funzione di coordinatore è ricoperta da uno dei responsabili delle UOC che afferiscono all'area di coordinamento. Il coordinatore di ogni area svolge funzioni di raccordo tra il Direttore del Dipartimento e le UOC delle rispettive aree per facilitare l'uniformità della programmazione attuativa, dei flussi informativi, delle procedure e delle attività.

Di seguito sono raffigurati il diagramma organizzativo del DIPS ed il focus sull'area di Igiene e Sanità Pubblica.

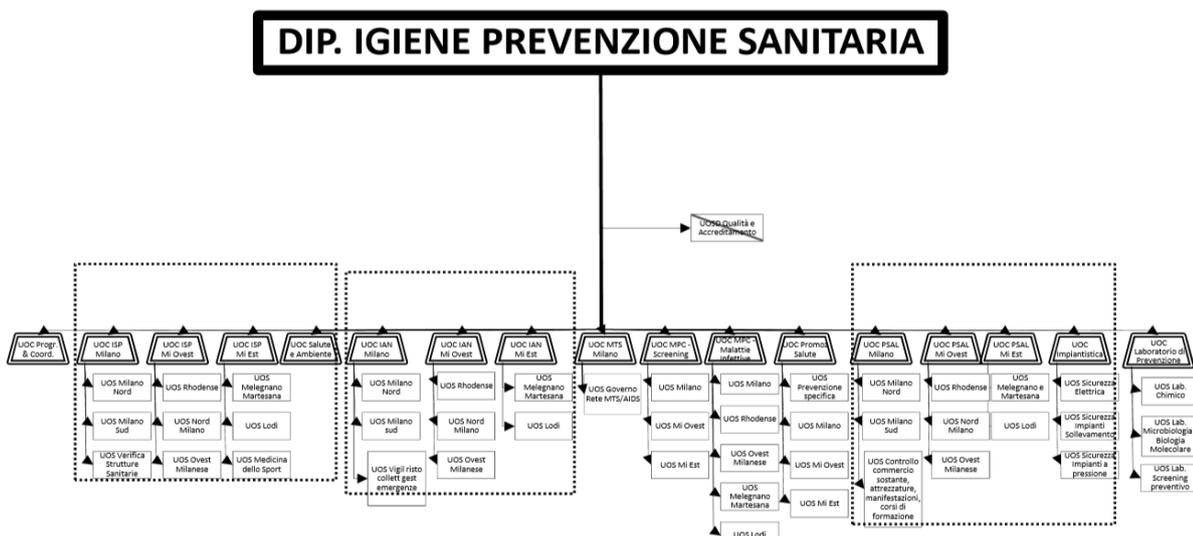


Figura 3: POAS ATS CMM 2016-2018

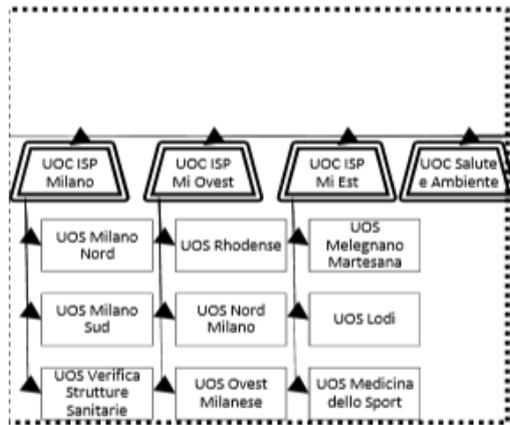


Figura 4: Estratto POAS 2016-2018: Schema delle articolazioni ISP territoriali e relazione funzionale con UOC Salute e Ambiente

La scelta di una gestione di carattere territoriale delle attività, in luogo di quella funzionale, è stata motivata dalla opportunità di mantenere un rapporto stretto con il territorio e con i relativi stakeholder, istituzionali e non, salvaguardando nel contempo una coerenza ed una omogeneità di insieme delle attività erogate. Il periodo dal 2017 ad oggi è stato quindi caratterizzato dall'istituzione di numerosi tavoli di lavoro per la stesura e la revisione di procedure finalizzate a garantire la coerenza operativa d'insieme ed il mantenimento della qualità della risposta anche in riferimento alle dinamiche emergenti nei bisogni della popolazione.

Con questa logica, è stata quindi prevista una articolazione territoriale con strutture complesse per ciascuna area dipartimentale, con una subarticolazione in strutture semplici. Nonostante la forte connotazione territoriale era prevista la salvaguardia di poter utilizzare le varie équipes in tutte le realtà, in modo da condividere maggiormente le esperienze di tutti i professionisti coinvolti. Il coordinatore delle Aree è responsabile dell'attuazione di questa sinergia per la tematica di competenza.

Allo stato attuale, le tre UOC ISP territoriali, suddivise a loro volta in UOS, hanno competenza su:

- vigilanza su strutture sanitarie autorizzate: poliambulatori, odontoiatrici, studi professionali, studi professionali di medicina dello sport (compresi relativi processi di certificazione e flussi informativi);
- vigilanza su trasporto sanitario: sedi e mezzi di trasporto;
- vigilanza e campionamento su acque superficiali per balneazione e sulle acque di piscina;
- vigilanza impianti sportivi e palestre;
- vigilanza servizi alla persona (tattoo, piercing, estetisti, parrucchieri, massaggi, centri benessere) e cosmetici (vigilanza su ditte di produzione e importazione e sul commercio);
- vigilanza scuole;
- vigilanza strutture ricettive: alberghi, B&B, ostelli;
- interventi di prevenzione della legionellosi;
- controllo infestanti animali e vegetali di interesse per la salute pubblica, aree incolte;
- interventi di prevenzione delle pollinosi e monitoraggio aerobiologico di pollini e spore di interesse allergologico;
- contributi specialistici su strumenti di controllo e sviluppo del territorio, finalizzati al benessere della popolazione; pareri in materia edilizia (quando dovuti);
- rischio indoor e outdoor negli ambienti di vita;
- rischio amianto e rischio chimico (REACH) negli ambienti di vita;
- controllo centri per accoglienza profughi, campi nomadi e baraccopoli;
- supporto alla gestione problematiche igieniche derivanti dal fenomeno dell'accumulo compulsivo;
- controllo documentale SCIA di competenza ISP;

Un nuovo modello organizzativo per l'area di igiene e sanità pubblica nella realtà della Città Metropolitana di Milano

- collaborazione con Dipartimento Farmaceutico per autorizzazione e vigilanza farmacie, parafarmacie, depositi farmaceutici;
- collaborazione con Dipartimento Programmazione, Accreditamento, Acquisto e Controllo delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie;
- vigilanza carceri in collaborazione con Servizi dipartimentali e non;
- partecipazione CCV e CPV in collaborazione con altre UOC del DIPS;
- polizia Mortuaria.

Bisogna evidenziare che l'attuazione del POAS nel 2017 ha comportato la perdita delle funzioni connesse alla sorveglianza delle malattie infettive, in quanto è stata istituita una UOC specificamente dedicata.

Di seguito in **tabella 3** è riepilogata la dotazione di personale alla data di attuazione del POAS 2016-2018, tuttora vigente, la situazione al 01/01/2021 e la previsione al 31/12/2021, qualora non venisse assunta nessuna nuova figura a sostituzione delle cessazioni per pensionamento e mobilità del 2021. Nel corso dei cinque anni è evidente la cospicua perdita di personale dirigente, soprattutto medico, specie nella UOC di Milano dove si è verificata una perdita del 75% dei dirigenti.

Personale assegnato alle UOC Igiene e Sanità Pubblica ATS Città Metropolitana Milano									
	01/07/2017			01/01/2021			PREVISIONI AL 31/12/2021		
Macro profili	Milano	Milano Ovest	Milano Est	Milano	Milano Ovest	Milano Est	Milano	Milano Ovest	Milano Est
Dirigenti medici	7	6	7	3	4	5	2	3	4
Dirigenti biologi	0	1	0	0	1	0	0	1	0
Altri dirigenti	1	0	1	0	0	1	0	0	1
Totale dirigenti	8	7	8	3	5	6	2	4	5
Collaboratori professionali sanitari - tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	20	22	20	17	20	18	15	17	18
Collaboratori professionali sanitari - assistenti sanitari	2	0	0	3	0	1	4	0	1
Collaboratori professionali sanitari - infermieri	0	0	2	0	0	2	0	0	2
Altri collaboratori professionali sanitari (tecnici laboratorio)	0	0	0	0	2	0	0	2	0
Totale collaboratori sanitari	22*	22**	22	20*	22**	23	19	19	21
Personale tecnico	15	6	3	10	5	2	10	5	2
Personale amministrativo	10*	11*	11	11*	13*	9	10	12	9
Totale	55	46	44	44	45	38	41	40	37

*: di cui 1 part-time 1; **: di cui 2 part-time

Con l'organico al 01/01/2021, il rapporto dirigente/abitanti è pari a uno ogni 248.033, mentre il rapporto tecnico abitanti è di uno ogni 63.136 e quello personale amministrativo di uno ogni 105.226 abitanti. Qualora non venissero sostituite le figure di cui è già previsto il pensionamento o il passaggio ad altra ATS entro la fine dell'anno, il rapporto dirigente/abitanti sarebbe di uno ogni 315.678, mentre il rapporto tecnico/abitanti 69.449 e quello personale amministrativo/abitanti di 112.015.

CRITICITA'

L'attuale organizzazione dell'Area di Igiene e Sanità Pubblica ha evidenziato una serie di criticità, tra le quali le più rilevanti sono risultate:

- la lunghezza ed eccessiva articolazione della "catena di comando": la presenza di tre Direttori UOC ISP determina infatti necessariamente il ricorso a diversi passaggi di confronto e di condivisione preliminari a quelli decisionali, sia all'interno di ciascuna UOC che tra le tre UOC. Il processo decisionale risulta quindi molto articolato e lungo. Ciò si traduce in un eccessivo protrarsi dei tempi, che possono quindi risultare non adeguati rispetto alle tempestività viceversa richieste.

- Il persistere di disomogeneità nell'applicazione di procedure e protocolli tra le diverse UOC ISP: l'organizzazione in articolazioni territoriali, in luogo di quelle funzionali, ha garantito la presenza capillare sul territorio, agevolando il rapporto con i cittadini e gli stakeholder, ma spesso a discapito di una visione approfondita ed univoca dei molteplici temi di competenza delle UOC ISP, che come illustrato in precedenza sono spesso di natura molto diversa tra loro e che richiedono di fatto competenze poliedriche.

- Le carenze sempre più cospicue negli organici ed il mancato turnover del personale: ciò è da intendersi sia in termini quantitativi, sia in termini di mancato trasferimento delle conoscenze per mancata sovrapposizione fra personale uscente ed entrante. Questi fattori nel corso degli anni hanno condizionato severamente il processo di acquisizione e consolidamento di nuove competenze (es. REACH, Medicina dello Sport, strutture sanitarie). Non è inoltre da dimenticare l'invecchiamento degli operatori dei Servizi in generale; fatto questo che condiziona anche la possibilità di utilizzo delle nuove tecnologie informatiche, che sempre più rivestono un ruolo fondamentale nelle organizzazioni di lavoro, processo ulteriormente accelerato e amplificato dall'evento pandemico che ha reso necessaria l'applicazione del telelavoro.

-In questo contesto di criticità si sono poi inseriti alcuni eventi eccezionali. Ricordiamo nel 2018 l'epidemia di legionellosi a Bresso e molto più recentemente nel 2020 e 2021, gli eventi correlati alla pandemia da virus SARS Cov-2, di eccezionale impatto e gravità per il mondo intero, che hanno determinato un forte rallentamento del succitato processo pianificato dall'Agenzia. Tutti i Servizi del DIPS infatti sono stati chiamati a fronteggiare nuove esigenze legate al contenimento del contagio negli ambienti di vita e di lavoro, modificando gli obiettivi e riducendo pesantemente le attività specifiche programmate, sia routinarie che di carattere innovativo. Di fatto, una quota cospicua del personale delle UOC ISP ha dovuto riconvertire le proprie competenze nelle attività di supporto alla UOC Malattie Infettive (es. contact tracing, monitoraggio contatti stretti), limitando le proprie attività a quelle definite inderogabili e sospendendo quindi tutte le altre.

2. OBIETTIVO PROGETTUALE (implementazione del processo, fasi e tempistiche)

Come sopra esposto, l'attuale organizzazione dell'area di Igiene e Sanità Pubblica ha evidenziato una serie di criticità che devono necessariamente trovare una risoluzione con la progettazione e l'implementazione di un nuovo modello organizzativo.

Un nuovo modello organizzativo per l'area di igiene e sanità pubblica nella realtà della Città Metropolitana di Milano

L'obiettivo del progetto è quindi di riorganizzare l'area di Igiene e Sanità Pubblica ed in particolare le tre UOC ISP ed eventualmente la UOC Salute e Ambiente, al fine di garantire:

- una maggiore tempestività del processo decisionale, e quindi una maggiore efficienza, attraverso una semplificazione dei passaggi intermedi e quindi della catena di comando.
- Una maggiore omogeneità nell'applicazione di protocolli e procedure, parallelamente ad un approfondimento delle tematiche di competenza.
- L'acquisizione e il consolidamento di nuove competenze;
- La presenza capillare sul territorio, che è molto vasto e richiede tempi di percorrenza impegnativi sia da parte dell'utenza che degli operatori.
- La rapida ridefinizione delle priorità di intervento e di riorganizzazione delle attività e delle competenze per dare una risposta tempestiva ad un bisogno emergenziale, garantendo nel contempo la possibilità di mantenere nel tempo, anche nel rientro alla normalità, le competenze acquisite durante l'emergenza, per garantire sia una rapida attivazione in caso di recrudescenza dell'emergenza o dell'insorgenza di nuove emergenze, che un livello qualitativo degli interventi omogeneo e sempre adeguato al bisogno e al mutare degli scenari.

Allo scopo, sono state prese in considerazione e messe a confronto diverse ipotesi organizzative:

- **Ipotesi A:** mantenimento di tre UOC con compiti diversi (una di governo e due funzionali):

UOC di governo con le seguenti competenze:

- programmazione, controllo di gestione, monitoraggio e rendicontazione delle attività;
- definizione di procedure;
- formazione e aggiornamento professionale;
- attività di comunicazione esterna, rapporti con enti, istituzioni e parti sociali;
- relazione con le Università per tirocini e tutoraggio;
- interfaccia con il DIPS.

UOC funzionali nelle quali suddividere le competenze ISP sopraelencate. Le UOC sono organizzate in UOS a valenza distrettuale nelle quali sono presenti gli operatori delle diverse linee funzionali.

Tale ipotesi non è stata ritenuta perseguibile per una serie di motivi. Un primo motivo è legato alla tipologia di formazione degli operatori ISP. Formazione che infatti non è "monotematica", ma "politematica": gli operatori sono spesso competenti su più tematiche, ma questa "politematicità" non è ugualmente distribuita tra gli operatori delle attuali tre UOC ISP. La conseguenza è che la suddivisione degli operatori tra le UOC comporterebbe inevitabilmente la perdita di alcune competenze, aggravando quindi alcuni dei punti di criticità già evidenziati dal modello organizzativo attuale. Il secondo motivo è che si creerebbero quindi delle inevitabili tensioni tra gli operatori, aspetto questo non irrilevante e da tenere in considerazione ai fini del mantenimento di un buon clima organizzativo e di un adeguato livello di performance.

La catena di comando rimarrebbe comunque eccessivamente lunga e i direttori delle tre UOC territoriali rivestirebbero un ruolo meramente subalterno nella catena di trasmissione, sovrapponendo le proprie responsabilità a quelle già ricoperte dai Responsabili UOS.

Non verrebbero pertanto risolte delle importanti criticità del modello attuale, ma se ne creerebbero di ulteriori.

- Ipotesi B: creazione di tre UOC tematiche

Tale ipotesi non è stata ritenuta perseguibile in quanto comporterebbe le stesse problematiche sopra esposte per l'ipotesi A relativamente alla distribuzione delle competenze fra gli operatori delle UOS territoriali, che avrebbero una doppia dipendenza: funzionale (tecnico scientifica) dal Direttore UOC e gerarchica/gestionale da parte dei Responsabili UOS. Inoltre verrebbe a mancare la figura del coordinamento di area. Anche qualora fosse ricoperta da una delle tre UOC a rotazione, non si vedono rilevanti aspetti migliorativi rispetto al modello attuale, se non probabilmente l'omogeneizzazione delle procedure e dei comportamenti.

- Ipotesi C: creazione di una UOC unica con UOS territoriali e individuazione di ruoli trasversali di alta specializzazione, ricoperti da dirigenti medici, dirigenti sanitari non medici, dirigenti tecnici, o da personale del comparto (Tecnici della Prevenzione o Assistenti Sanitari con incarichi di funzione). La UOC unica potrebbe eventualmente comprendere anche l'attuale UOC Salute e Ambiente, che diventerebbe pertanto una UOS tematica, con valenza sull'intero ambito territoriale.

Punti di forza:

- semplificazione della catena di comando, con maggiore tempestività del processo decisionale e quindi maggiore efficienza;
- Garanzia di uniformità nella definizione delle procedure operative, nella loro applicazione così come in generale nell'adozione dei conseguenti comportamenti.
- Acquisizione e consolidamento di un grado di competenza avanzato sulle tematiche trattate.
- Mantenimento della presenza capillare sul territorio tramite le UOS territoriali, con tempi di percorrenza ragionevoli sia per l'utenza che per gli operatori.
- Aggiornamento costante, anche per garantire la rapida ridefinizione delle priorità di intervento, della riorganizzazione delle attività e delle competenze e dell'attivazione in caso di necessità di risposta tempestiva ad un bisogno emergenziale.

Punti di debolezza:

- la UOC unica avrebbe dimensioni molto estese con un elevatissimo numero di abitanti, ma anche di strutture ed attività tipicamente oggetto di controllo e/o di intervento da parte delle UOC ISP. Ciò potrebbe determinare l'insorgere contemporaneo di rilevanti problematiche di sanità pubblica, con conseguenti difficoltà gestionali qualora il Direttore di UOC non fosse adeguatamente supportato da figure in staff e da UOS con un adeguato numero di personale rappresentativo di ogni qualifica professionale necessaria, oltre che da una adeguata dotazione informatica per comunicare a distanza in modo efficace ed anche collegialmente con i collaboratori (es. dotazione di pc e telefoni cellulari abilitati per videoconferenze).
- Possibili resistenze da parte degli operatori a riconoscere il ruolo delle figure individuate a ricoprire i ruoli trasversali di alta specializzazione. Tale criticità potrebbe essere superata attraverso un percorso di crescita professionale che prevede lavori di gruppo con mandati e deadline ben precisi, coordinati da queste figure trasversali, che in questo modo verrebbero naturalmente accettati dagli altri collaboratori.

Un nuovo modello organizzativo per l'area di igiene e sanità pubblica nella realtà della Città Metropolitana di Milano

A conclusione del processo di valutazione delle tre ipotesi, si è optato per l'ipotesi C, ritenendola maggiormente adeguata a risolvere le criticità presentate dall'attuale modello organizzativo, a fronte di un minor numero e rilevanza punti di debolezza, peraltro più probabilmente facilmente risolvibili.

Dettaglio Ipotesi C

Incarichi trasversali

L'ipotesi C, sopra introdotta, è di fatto un modello a matrice, che prevede affidamento di incarichi di funzione (Project Manager – Process Owner – Team Builder) trasversali sia al personale dirigente (Responsabili UOS e/o Dirigenti professionali), che al personale del comparto, sui principali macroargomenti di competenza della UOC ISP. Tali incarichi, per essere efficaci, devono essere riconosciuti a livello formale e contrattuale, oltre che supervisionati dal Direttore UOC.

Di seguito si riporta l'elenco delle tematiche individuate per i vari incarichi di funzione, alcuni dei quali prevedono anche funzioni di raccordo con altre UOC del DIPS oltre che di altri Dipartimenti (es. Dipartimento Programmazione, Accreditamento, Acquisto e Controllo delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, di seguito denominato PAAPSS):

- strutture sanitarie e trasporto sanitario (incarico, inquadrabile come UOS tematica, che prevede anche funzioni di raccordo con il Dipartimento PAAPSS).
- Edilizia e strumenti di sviluppo del territorio (incarico che prevede anche funzioni di raccordo con UOC Salute e Ambiente).
- Balneazione, piscine, palestre e impianti sportive.
- Servizi alla persona.
- Strutture ricettive.
- Scuole e strutture sociali (incarico che prevede anche funzioni di raccordo con UOC Promozione della Salute e con UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociali del Dipartimento PAAPSS).
- Controlli ambientali malattie infettive (es. legionellosi e arbovirosi).
- Monitoraggio aerobiologico e interventi di prevenzione delle pollinosi.
- Amianto (incarico che prevede anche funzioni di raccordo con UOC Salute e Ambiente, UOC Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro e UOC Laboratorio).
- REACH e cosmetici (incarico che prevede anche funzioni di raccordo con il titolare dell'incarico sul tema "Servizi alla persona").
- Polizia Mortuaria.

UOS

In questo modello il ruolo dei Responsabili di UOS territoriale dovrebbe essere quello di garantire:

- l'applicazione delle procedure con modalità omogenee (supportati dai titolari di incarico di funzione trasversale) pur nel rispetto delle peculiarità del territorio di competenza.
- L'interfaccia costante con gli stakeholder territoriali.
- Capillarità e tempestività di intervento.

L'attuale UOS Medicina dello Sport, presente nell'attuale UOC ISP Mi Est, verrebbe soppressa e le attuali funzioni di erogazione di prestazioni, retaggio obsoleto del modello organizzativo precedente all'attuazione delle modifiche introdotte dalla L.R. 23 dell'11 agosto 2015, transitate nella corrispettiva ASST. Tali modifiche, ricordiamo, prevedono una sostanziale netta suddivisione fra funzioni d'indirizzo, governance, negoziazione e monitoraggio delle complessità di sistema, attribuite alle ATS e le funzioni di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, in capo alle ASST, composte da servizi territoriali e da strutture ospedaliere.

Le due UOS di Milano Città (UOS Milano Nord e Milano Sud) verrebbero fuse in una sola UOS, a garanzia di maggiore uniformità di comportamenti nei confronti dell'unico Comune interlocutore. Le UOS territoriali delle due aree Est ed Ovest verrebbero mantenute visto l'elevato numero di Comuni afferenti ed anche per mantenere la sovrapposizione con gli attuali ambiti territoriali delle ASST. Qualora, a seguito del processo di revisione della L.R. 23 dell'11 agosto 2015, al momento in corso, venissero definiti diversi ambiti territoriali delle ASST, sarà possibile rivedere anche gli ambiti delle corrispettive UOS. La UOS Verifiche Strutture Sanitarie, unica UOS tematica attualmente afferente alla UOC ISP Milano, rimarrebbe visto l'elevato numero di strutture sanitarie private autorizzate e di studi professionali insistenti sul territorio di ATS; ovviamente avrebbe valenza su tutto il territorio della UOC, a garanzia della più volte citata necessità di uniformità.

La dotazione di personale dovrà ovviamente essere congrua, in modo da avere la capacità di rispondere al bisogno di salute del territorio, di facilitare il contatto del cittadino con il Servizio e di garantire quindi una adeguata presa in carico territoriale. Presa in carico che si ottiene anche attraverso un'adeguato numero di operatori nelle varie sedi territoriali, in modo da ridurre i tempi di spostamento sia degli operatori che dei cittadini ed essere anche più facilmente raggiungibili da questi ultimi.

Si ritiene quindi adeguato un numero di quattro dirigenti per la UOS di Milano città (risultato della fusione delle due attuali UOS) e di due dirigenti per ognuna delle restanti UOS territoriali e tematiche, nonché il ripristino del personale Tecnico della Prevenzione e Amministrativo almeno pari a quello presente al momento di attuazione del POAS nel 2017. I costi di tale operazione sono analizzati nel successivo capitolo "Analisi dei costi di implementazione o realizzazione".

Staff della Direzione di UOC

Sono inoltre da prevedere figure in staff alla Direzione di UOC, per alcune tematiche di gestione diretta:

- programmazione e monitoraggio delle attività, obiettivi e budget, controllo del sistema informativo gestionale;
- qualità;
- formazione;
- comunicazione;
- trasparenza e anticorruzione;

Tali figure potrebbero essere individuate eventualmente anche come "quota parte" di operatori già titolari di incarico di funzione trasversale o di operatori dedicati ai controlli, in modo da valorizzare capacità ed attitudini. Tuttavia almeno un dirigente con preparazione sanitaria in staff alla Direzione di UOC è ritenuto necessario. Di seguito (**figura 5**) è raffigurato il diagramma organizzativo della nuova area di Igiene e Sanità Pubblica.

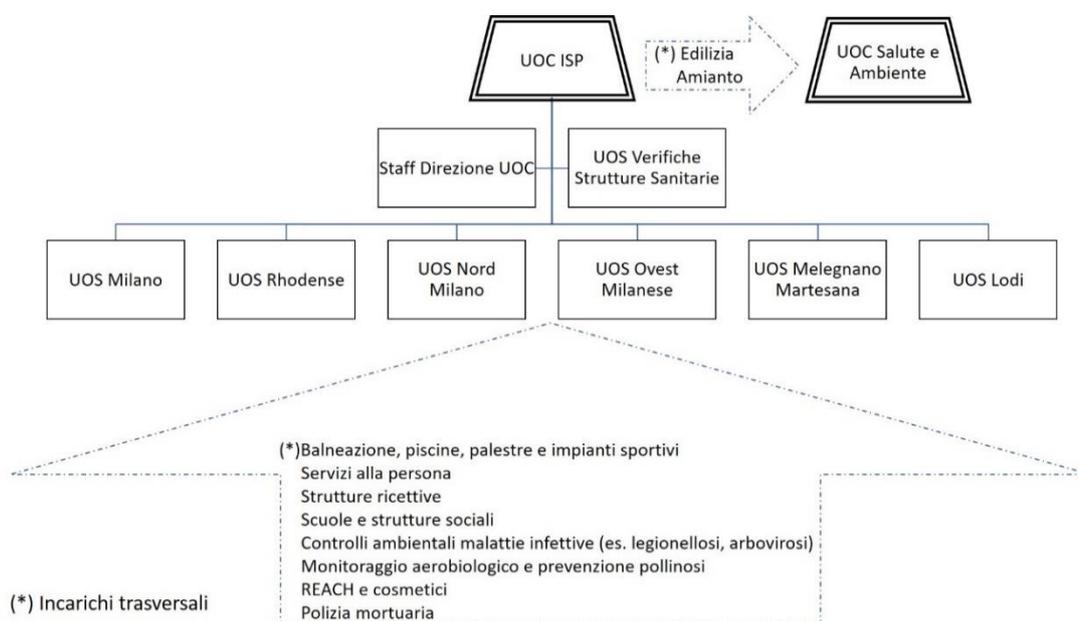


Figura 5: Proposta organizzativa della nuova area di Igiene e Sanità Pubblica

Un nuovo modello organizzativo per l'area di igiene e sanità pubblica nella realtà della Città Metropolitana di Milano

Uno "sguardo al futuro": il ruolo della UOC ISP nei prossimi tre anni

L'attuazione del POAS nel 2017 ha comportato non solo la perdita delle funzioni connesse alla sorveglianza delle malattie infettive, ma di fatto anche quelle legate agli interventi di promozione della salute e alla realizzazione di campagne di prevenzione mirate, che in alcune delle ASL confluite nella ATS erano in capo alla UOC ISP.

Quanto sopra necessita di essere recuperato proprio per arricchire di contenuti gli interventi di promozione della salute offerti dalla ATS alla popolazione, valorizzando nel contempo le specifiche competenze della UOC ISP e dei suoi operatori. Il processo potrebbe essere facilitato dal naturale rapporto istituzionale che la UOC ha con i Sindaci, vista l'organizzazione territoriale e la pluralità di tematiche di sanità pubblica di competenza, che necessitano di fatto di una costante interlocuzione con tale figura istituzionale, garante della salute pubblica.

Si ritiene quindi prioritario integrare il nuovo modello organizzativo prevedendo una maggiore interrelazione con la UOC Promozione della Salute, al fine di realizzare interventi sulle tematiche oggetto di ordinario controllo da parte della UOC ISP. Rientrano in questa casistica, ad esempio i rischi legati a:

- balneazione nelle acque superficiali;
- frequentazione di piscine;
- realizzazione di tatuaggi e piercing;
- utilizzo di cosmetici;
- esposizione a pollini e spore allergenici

Aspetti di promozione della salute possono essere anche inseriti nei pareri sugli strumenti di sviluppo del territorio. Ad es. fornendo indicazioni sul verde pubblico (in modo da evitare specie allergeniche o comunque pericolose per la salute) o indicazioni in merito a interventi per diminuire gli incidenti da traffico autoveicolare (tramite l'analisi delle schede di morte e la valutazione delle cause ivi riportate), o sulla tematica dell'inquinamento indoor, finalizzata anche al raggiungimento del benessere abitativo.

Volendo valorizzare ulteriormente le specifiche competenze degli operatori ISP in alcune attività oggetto di controllo, sarebbero infine da ripristinare o comunque implementare progetti in collaborazione col Laboratorio di Prevenzione, per la realizzazione di campagne di controllo tematiche. Rientrano in questa casistica ad es. l'analisi dei pigmenti per tatuaggi, l'analisi dei cosmetici per la ricerca di contaminanti microbiologici o chimici, anche in riferimento al REACH, la ricerca di micofiti sulle superfici calpestabili delle piscine ed in generale sulle superfici delle palestre e degli impianti sportivi; la ricerca ambientale del virus SARS-Cov2 negli ambienti di vita collettiva o comunque ad alta frequentazione; la qualità dell'aria nelle scuole e molti altri.

FASI E TEMPISTICHE

L'attuazione del nuovo modello organizzativo non può prescindere dalla modifica del POAS attuale.

Le fasi di attuazione del progetto e le relative tempistiche che possono essere ipotizzate sono le seguenti:

- preliminare condivisione del progetto con i collaboratori ed integrazione con eventuali contributi: un mese dalla stesura del progetto.
- Presentazione del progetto alla Direzione strategica di ATS: un mese dal termine della precedente fase di condivisione con i collaboratori.
- Stesura della proposta di modifica del POAS, condivisione con le Rappresentanze Sindacali ed il Consiglio dei Sanitari; successivo invio in Regione per l'approvazione: un mese dopo l'approvazione da parte della Direzione strategica.
- Approvazione della proposta di modifica del POAS da parte di Regione.
- Attuazione della modifica del POAS con messa a bando delle nuove UOS: due mesi dal riscontro di Regione.

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Dall'analisi riportata in precedenza, appare evidente che la possibilità di realizzazione del progetto di riorganizzazione, che oltre a garantire il mantenimento dei livelli operativi adeguati alla richiesta del territorio consenta lo "sguardo al futuro", non può prescindere da un'altrettanto adeguata dotazione di organico, sedi, strumentazioni e mezzi di trasporto.

In quest'analisi ci si sofferma sul punto relativo al personale, in quanto gli aspetti relativi agli altri capitoli di spesa rientrano nell'ordinaria gestione delle risorse di supporto, in capo alle competenti strutture ATS e non si prevedono modifiche per quanto riguarda le sedi operative.

Come si è evidenziato nella tabella 3, negli anni considerati dall'analisi di contesto, le tre UOC territoriali Igiene e Sanità Pubblica hanno subito una progressiva perdita di personale sia dirigente che del comparto, afferente ai diversi profili, dovuta a pensionamenti o trasferimenti, solo in parte compensata da nuove acquisizioni.

Numericamente, sommando i tre territori, dal 2017, considerando la proiezione al dicembre 2021, la perdita più rilevante si è riscontrata nel personale dirigente, nei tecnici della prevenzione e negli operatori tecnici (questi ultimi occupati prevalentemente nelle attività di disinfezione/disinfestazione e, come supporto tecnici della prevenzione, nei campionamenti ambientali delle acque di balneazione e dei pollini di interesse allergologico), mentre più contenuta è stata la diminuzione nelle professioni sanitarie e nel personale amministrativo.

Attualmente ATS sostiene per il personale, relativo alle figure in oggetto (media dei diversi livelli per profilo) i seguenti costi annui, comprensivi di oneri e Irap:

- Dirigente UOC: € 153.866,00
- Dirigente UOS: € 118.512,00
- Dirigente Professional: € 81.256,00
- Tecnico della Prevenzione Cat D: € 39.150,00
- Assistente Amministrativo Cat C: € 35.763,00

1. Relativamente ai costi per la dirigenza, il progetto di riorganizzazione prevede, rispetto alla situazione attuale:

- il passaggio da 3 ad 1 UOC, con un risparmio rispetto alla spesa attuale di 2 figure di direttore apicale, equivalenti a € 307.732,00;
- la diminuzione da 9 a 7 UOS (6 territoriali e 1 UOS centrale tematica: Vigilanza Strutture Sanitarie), con un risparmio rispetto alla spesa attuale di 2 figure di responsabile UOS, equivalenti a € 237.024,00.

La riduzione dei costi derivata dalle modifiche sopra descritte consentirebbe di coprire in parte il finanziamento per l'acquisizione del personale dirigente necessario a portare l'organico a due figure per ogni UOS e a quattro sulla UOS di Milano - dotazione minima per garantire la copertura costante delle strutture - e di un dirigente in staff alla direzione UOC, per un totale di 17 dirigenti, di cui 7 con incarico di struttura semplice.

Considerando che il costo annuale attualmente sostenuto da ATS per la dirigenza delle tre UOC è pari a **€1.772.000**, di cui:

- € 461.598 per i dirigenti UOC
- € 1066.608 per i Responsabili UOS

Un nuovo modello organizzativo per l'area di igiene e sanità pubblica nella realtà della Città Metropolitana di Milano

- € 243.768 per i dirigenti professional

il costo previsto per la copertura della dotazione minima progettuale sarebbe:

- € 153.866 per il Direttore UOC
- € 829.584 per i Responsabili UOS
- € 812.560 per i dirigenti professional

per un costo totale di € **1.796.010**, con un aumento di poche migliaia di Euro rispetto all'esborso attuale.

2. Costi comparto:

Anche per questi profili professionali è necessario ripristinare le dotazioni in essere nel 2017, in particolare per quanto riguarda la figura di tecnico della prevenzione, asse portante delle attività di vigilanza dell'Igiene e Sanità Pubblica.

Stante l'evoluzione prevista per le suddette attività, che prevederanno sempre meno erogazione diretta di prestazioni al pubblico, ad oggi rappresentate sostanzialmente da disinfezione/disinfestazione e interventi di polizia mortuaria eseguiti da operatori tecnici, sarebbe opportuno convertire il fabbisogno interamente nel profilo di tecnico della prevenzione, con l'acquisizione complessiva di 19 operatori, per un **costo complessivo annuale di € 743.850**.

Per quanto riguarda il personale amministrativo, l'attuale organico, seppure di poco inferiore numericamente rispetto al 2017, si può considerare sostanzialmente adeguato alle esigenze delle UOS territoriali; l'unità perduta nel quinquennio considerato potrebbe pertanto essere impiegata nelle attività centrali in staff alla direzione UOC; **il costo calcolato è di € 35.763,00 annui**.

3. Costi di struttura

Pur mantenendo presidiato il territorio, un ulteriore risparmio nei costi si potrebbe ottenere con un progetto di riorganizzazione delle sedi territoriali prevedendo al massimo due sole sedi per ognuna delle UOS territoriali in luogo delle tre attualmente presenti in alcuni territori.

RISULTATI ATTESI

Sulla base della risoluzione delle criticità che il nuovo modello si prefigge di risolvere, si possono ipotizzare i seguenti risultati, con i relativi indicatori di raggiungimento:

- miglioramento dei tempi risposta alle richieste aziendali e del territorio: miglioramento degli standard di qualità e degli indicatori di tempestività previsti dalle procedure aziendali; diminuzione dei reclami.
- Omogeneità dei comportamenti: diminuzione dei reclami, sia da parte dell'utenza interna che esterna.
- Miglioramento delle performance (sia a seguito dell'acquisizione di un grado di competenza avanzato, dell'aggiornamento costante sulle tematiche di competenza, che del mantenimento di una presenza capillare sul territorio): miglioramento degli indicatori di performance regionali ed attivazione di nuove linee funzionali o perfezionamento di quelle esistenti.
- Rapidità di attivazione in caso di recrudescenza delle emergenze o di nuove emergenze: miglioramento degli standard di qualità legati alla fase emergenziale.

CONCLUSIONI

L'analisi del contesto territoriale in cui è inserita ATS CMM e della sua attuale organizzazione, in particolare quella dell'Area di Igiene e Sanità Pubblica, hanno evidenziato una serie di peculiarità e criticità, con la conseguente necessità di una riorganizzazione di questa Area, per meglio rispondere al bisogno della popolazione relativamente alle specifiche prestazioni sanitarie erogate.

Principalmente risulta necessario garantire:

- una maggiore tempestività del processo decisionale, e quindi una maggiore efficienza, attraverso una semplificazione dei passaggi intermedi e quindi della catena di comando.
- Una maggiore omogeneità nell'applicazione di protocolli e procedure, parallelamente ad un approfondimento delle tematiche di competenza.
- L'acquisizione e il consolidamento di nuove competenze, mantenendo comunque la necessaria connessione col territorio.
- La rapida ridefinizione delle priorità di intervento e di riorganizzazione delle attività e delle competenze in caso di necessità di una risposta tempestiva ad un eventuale bisogno emergenziale. Quanto sopra garantendo sia la possibilità di mantenere nel tempo, anche nel rientro alla normalità, le competenze acquisite durante l'emergenza, per una rapida attivazione in caso di recrudescenza dell'emergenza o dell'insorgenza di nuove emergenze, sia un livello qualitativo degli interventi omogeneo e sempre adeguato al bisogno e al mutare degli scenari.

La valutazione di diverse ipotesi organizzative e dei relativi punti di forza e debolezza ha portato a concludere che la soluzione più consona alla risoluzione delle criticità, e quindi al soddisfacimento delle necessità sopra evidenziate, prevede la creazione di una UOC unica con UOS territoriali e la parallela individuazione di ruoli trasversali di alta specializzazione, a garanzia quindi di:

- maggiore efficienza;
- maggiore uniformità dei comportamenti e dell'applicazione delle procedure;
- grado di competenza avanzato sulle tematiche trattate, anche di nuova acquisizione;
- presenza capillare sul territorio;
- costante aggiornamento, anche in risposta ad un eventuale bisogno emergenziale;

Sulla base della risoluzione delle criticità che il nuovo modello si prefigge di risolvere, si possono ipotizzare i seguenti risultati, con i relativi indicatori di raggiungimento:

- miglioramento dei tempi risposta alle richieste aziendali e del territorio: miglioramento degli standard di qualità e degli indicatori di tempestività previsti dalle procedure aziendali; diminuzione dei reclami.
- Omogeneità dei comportamenti: diminuzione dei reclami, sia da parte dell'utenza interna che esterna;
- Miglioramento delle performance: miglioramento degli indicatori di performance regionali ed attivazione di nuove linee funzionali o perfezionamento di quelle esistenti.
- Rapidità di attivazione in caso di recrudescenza delle emergenze o di nuove emergenze: miglioramento degli standard di qualità legati alla fase emergenziale.

Il raggiungimento dei succitati obiettivi e l'ottenimento dei conseguenti risultati non può prescindere dal riallineamento delle risorse umane a quelli che erano i livelli del 2017, anno in cui è stato attuato il POAS 2016-2018.

CONTRIBUTO PERSONALE

Il disegno dell'intero progetto, la sua articolazione nei vari capitoli ed i relativi contenuti sono stati condivisi tra le due autrici attraverso momenti di confronto realizzati principalmente con incontri via web e telefonici, oltre che via email.

Entrambe le autrici hanno dato il proprio contributo personale a tutti i capitoli del Project Work, suddividendosene la scrittura in prima battuta ed integrando reciprocamente l'un l'altra le varie parti redatte. Di seguito è riepilogata tale suddivisione:

- Introduzione: Bergamini;
- Obiettivi strategici e specifici del progetto: Bergamini;
- Metodologia adottata: Bergamini;
- Descrizione del progetto, implementazione del processo, fasi e tempistiche: Bonini;
- Analisi dei costi di implementazione o realizzazione Bergamini;
- Risultati attesi: Bonini;
- Conclusioni: Bonini;
- Contributo personale: Bonini;
- Riferimenti normativi/bibliografici: Bergamini – Bonini.

Le due autrici collaborano costantemente nella stesura di procedure e nel monitoraggio e rendicontazione di attività comuni, garantendo sinergie all'interno del DIPS.

RIFERIMENTI NORMATIVI/BIBLIOGRAFICI

1. Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23 - Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, N. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).
2. POAS ATS Città Metropolitana di Milano.
3. DGR XI/771 del 12.11.2018 - Approvazione delle modifiche al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico dell'Agenzia per la Tutela della Salute (ATS) della Città Metropolitana di Milano approvato con dgr n. x/6401 del 27.03.2017, ai sensi e per gli effetti del dell'art. 17, c. 4 della Legge regionale n. 33 del 30.12.2009 e s.m.i. - (a seguito di parere della commissione consiliare).
4. AGENAS Protocollo n. 2020/0007526 del 16/12/2020 (Allegato) "La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015) - Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio".
5. DGR 4811 del 31.5.2021 – Determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell'assetto del sistema socio sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, N. 23 - (Atto da trasmettere al Consiglio Regionale).
6. www.cittametropolitana.mi.it
7. Progetto Mattone Internazionale – Manuale di PROGETTAZIONE EUROPEA nel Sociosanitario - I METODI DELLA PROGETTAZIONE E LE FASI PROGETTUALI.

