



## **La prevenzione e la promozione della salute in Lombardia: criticità e prospettive**

### **1° Seminario intersocietario di studio Università degli Studi di Milano, 27 ottobre 2017**

#### **Premessa**

Sul tema della prevenzione in Regione Lombardia e delle implicazioni derivanti dalla applicazione della LR 23/2015 di riordino del Servizio sociosanitario lombardo, le 4 Società scientifiche/Associazioni AsNAS, SITI, SNOP e UNPISI, a livello delle rispettive sezioni regionali, hanno, da tempo, avviato e compiuto un percorso interessante e proficuo di lavoro comune, che ha portato a condividere importanti proposte, tutte inerenti aspetti contenutistici del servizio lombardo di prevenzione, presentate, in modo formale, ai decisori regionali e, in diverse occasioni, agli organi politici del Consiglio regionale.

Nel 2017, dopo due anni di lavoro comune, a livello intersocietario si è ritenuto utile approfondire alcuni dei temi di importanza strategica della sanità pubblica di Regione Lombardia, allo scopo di formulare proposte di miglioramento e azioni innovative, aperte al dibattito tra tutti i professionisti della prevenzione, quali utili contributi da sottoporre all'azione dei decisori istituzionali e politici.

Per questa ragione si è concordato di dare vita, in una prima fase, ad un seminario intersocietario di studio, articolato in gruppi di lavoro, la partecipazione ai quali era ad invito.

Il seminario di studio, che si è organizzato attraverso 4 specifici gruppi di lavoro, si è posto lo scopo di elaborare proposte condivise intorno ad alcuni dei principali temi di interesse della sanità pubblica lombarda, sulla base delle quali sviluppare una piattaforma comune lavoro.

Gli argomenti selezionati per la discussione e l'approfondimento di questo 1° seminario, sono stati i seguenti:

1. Prevenzione e promozione della salute, individuale e collettiva anche in rapporto alla gestione della cronicità
2. Prevenzione delle malattie infettive: informazione, vaccinazioni antibiotico resistenza
3. Territorio e salute: il contributo della sanità pubblica alla qualità ambientale e degli ambienti di vita: sviluppo urbano, qualità delle acque e delle abitazioni e degli ambienti di vita
4. Formazione degli operatori pubblici di prevenzione: esigenze, comprensive degli aspetti relativi alla promozione e comunicazione.

Quello che segue è la sintesi dei lavori dei 4 Tavoli che sarà, successivamente, diffuso ai partecipanti al seminario e tra i soci delle diverse Società scientifiche e Associazioni promotrici del seminario, oltre che tra gli operatori della sanità pubblica lombarda. Sarà poi trasmessa alla III° Commissione del Consiglio regionale non appena riprenderà i lavori.

Per garantire adeguati livelli prestazionali di prevenzione, si rende necessario assicurare, **oltre al turn over, opportune valutazioni di fabbisogno specie in aree a particolare criticità** (aree sparse/montane) nonché un impegno, permanente ed organico, **di trasferimento di conoscenze e competenze alle "new entry"**.

Anche in questo senso è utile la collaborazione con l'Università, rafforzando, in particolare, le **funzioni organiche e strutturate di tirocinio sul campo**, curate dai Servizi di prevenzione delle ATS, da favorire anche con adeguate forme incentivanti, ed il coinvolgimento di personale esperto, adeguatamente formato, nelle attività di docenza universitaria in tutti gli ambiti professionali citati poco sopra.

Infine, occorre definire una disponibilità di risorse economiche tramite l'identificazione di funzioni non tariffabili.

A livello intersocietario si sta ora lavorando per la organizzazione, nel corso del 2018, di un 2° seminario che sicuramente andrà anche a trattare alcuni dei temi che non sono stati al centro della discussione in questa prima occasione. In particolare, ci riferiamo alle tematiche della salute e sicurezza nel lavoro che cambia, della sicurezza alimentare e salute nutrizionale, delle professioni e degli ordini professionali, anche alla luce del recente Decreto.

**Milano, 7 febbraio 2018**

## 1. Area tematica: Prevenzione e promozione della salute, individuale e collettiva anche in rapporto alla gestione della cronicità

Coordinatori: Claudio Garbelli, Mario Poloni

Partecipanti: Massimo Arvati, Raffaello Maffi, Corrado Celata, Lorella Cecconami, Grazia Orizio, Laura Rubagotti, Irene Savino, Veronica Velasco, Giuliana Del Nero.

### PREMESSA

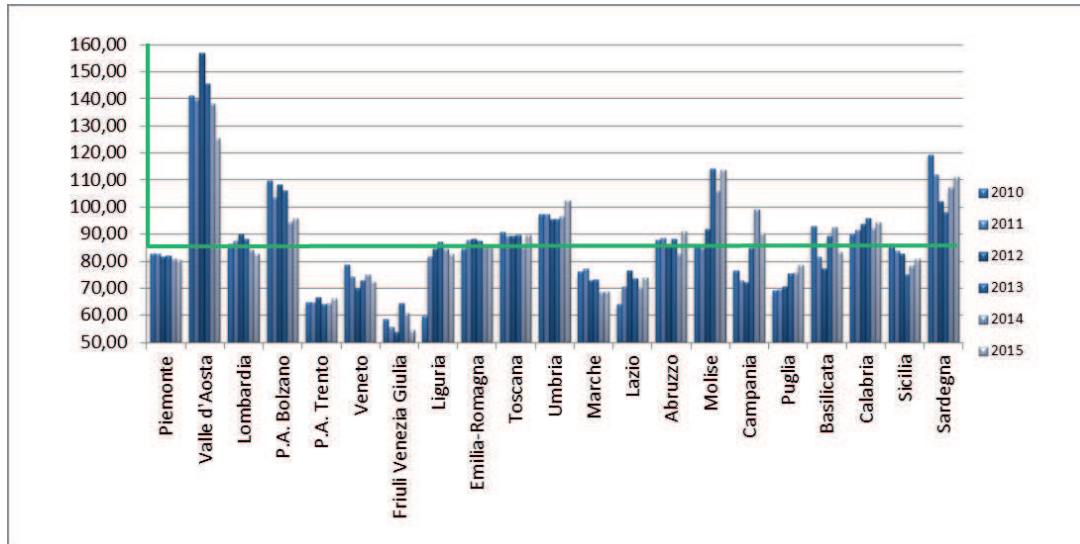
Per una visione d'insieme delle politiche di prevenzione in Regione Lombardia, il loro sviluppo ed i relativi risultati, interessante è ricorrere ai dati derivanti dal monitoraggio dei LEA, anno 2015, a cura ufficio VI°, Ministero della Salute.

In questo senso si è scelto di ricorrere all'esame di due indicatori, "il costo procapite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro" e la "proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello". Il primo tende a fornire una rappresentazione sintetica delle risorse dedicate dalla Regione alle attività di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Il secondo descrive le attività dei programmi organizzati di screening e l'adesione da parte della popolazione eleggibile.

Emerge un quadro sostanzialmente positivo, che tuttavia meriterebbe maggiore attenzione anche in termini di destinazione delle risorse.

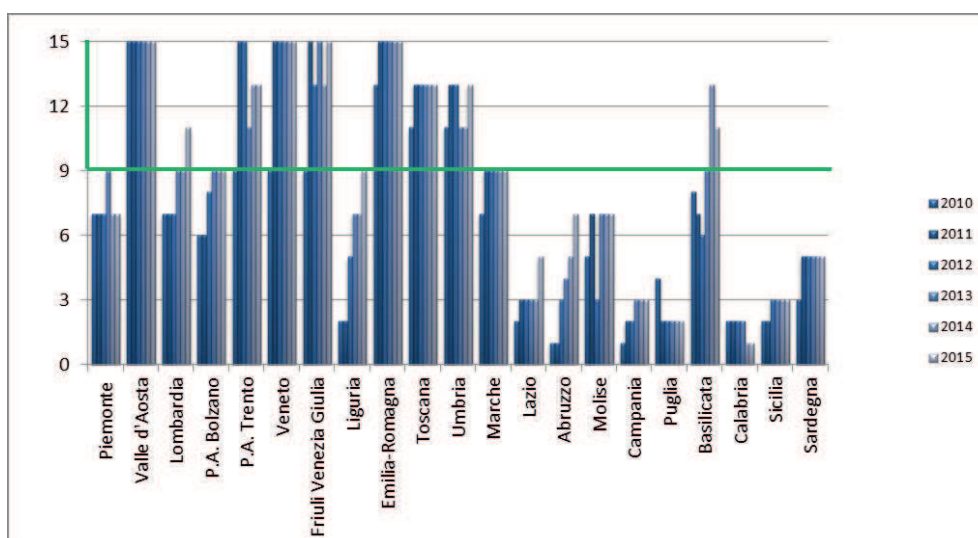
#### 1. Costo procapite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (in euro).

La Regione Lombardia, per gli anni 2014 e 2015, si colloca poco sotto la media delle Regioni italiane, su valori di 84,06€ nel 2014 e di 82,55€ nel 2015, contro una media di 85,00€.



**2. Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (score).**

Regione Lombardia si colloca ad uno score di rispettivamente di 9 e 11, per gli anni 2014 e 2015, al di sopra del valore standard di 9.



Relativamente **alla griglia completa dei LEA**, il trend 2012 – 2015 vede la Lombardia collocata al 5° posto, con un graduale miglioramento nel tempo, dopo le Regioni Toscana, Emilia, Piemonte e Veneto. Il punteggio raggiunto nel 2015 è pari a 196, rispetto ad punteggio medio di 195 calcolato tra le Regioni non in Piano di Rientro nel medesimo anno.

Regione	2012	2013	2014	2015
Toscana	193	214	217	212
Emilia R.	210	204	204	205
Piemonte	186	201	200	205
Veneto	193	190	189	202
Lombardia	184	187	193	196
Liguria	176	187	194	194
Marche	165	191	192	190
Umbria	171	179	190	189
Abruzzo	145	152	163	182
Lazio	167	152	168	176
Basilicata	169	146	177	170
Molise	146	140	159	156
Puglia	140	134	162	155
Sicilia	157	165	170	153
Calabria	133	136	137	147
Campania	117	136	139	106
Regioni non in PdR (punteggio medio)	183	187	195	195
Regioni in PdR (punteggio medio)	149	152	162	160

Ovviamente rimane centrale l'impegno di mantenere una **stretta correlazione tra risorse effettivamente destinate alla prevenzione e efficienza da un lato e appropriatezza dall'altro.**

Anche in questa prospettiva si riconosce la centralità delle funzioni degli **osservatori epidemiologici** di ATS, indispensabile strumento per relazionare dati epidemiologici con la programmazione e per sviluppare valutazioni di performance della prevenzione/promozione.

## RISORSE

La questione delle **risorse destinate alla prevenzione** continua a rimanere al centro della nostra attenzione. Se è considerato positivamente l'aver esplicitato nel testo della legge regionale n. 33 del 2009, così come modificata dalla legge regionale n. 6 del 2017, su forte spinta delle società scientifiche e associazioni professionali della sanità pubblica lombarda, il riferimento alla quota del 5% del fondo sanitario regionale da destinare alla prevenzione, da integrare inoltre con quote parte degli introiti derivanti da specifiche attività (sanzioni e controlli sul REACH e Alimenti), l'effettivo soddisfacimento di questo requisito non è ancora un obiettivo raggiunto.

Gli ultimi dati regionali quantificano in una quota di prossima al 5% l'ammontare della quota di fondo sanitario destinato alla prevenzione collettiva, ricomprendendo in questa voce non solo la prevenzione umana ma anche la prevenzione veterinaria e le attività di medicina legale. Tuttavia, in realtà, i dati ricavati dalle rendicontazioni fornite dalle ATS a Regione Lombardia, per il 1° livello di assistenza, riferiti all'anno 2016, presentano variazioni percentuali significative tra le ATS, talvolta poco comprensibili, e valori di spesa pro-capite compresi in un range compreso tra gli 39,40€ dell'ATS di Bergamo e gli 87,54€ dell'ATS Val Padana.

<b>Spesa sanitaria ATS Lombardia 2016</b>								
Macrovoce economiche	ATS Bergamo	ATS Brescia	ATS Brianza	ATS Insubria	ATS Milano	ATS Montagna	ATS Pavia	ATS Val Padana
<b>Assistenza sanitaria collettiva ambienti vita e lavoro</b>	43.620	64.584	51.936	57.396	157.986	22.173	26.558	67.864
	<b>3,10%</b>	<b>4%</b>	<b>3,30%</b>	<b>3,00%</b>	<b>3,10%</b>	<b>4,50%</b>	<b>3,00%</b>	<b>5,60%</b>
abitanti	1.109.933	1161413	1205330	1.434.852	3.437.922	336.555	547.926	775.273
spesa pro-capite	<b>39,30</b>	<b>55,61</b>	<b>43,09</b>	<b>40,00</b>	<b>45,95</b>	<b>65,88</b>	<b>48,47</b>	<b>87,54</b>
<b>Assistenza distrettuale</b>	863.984	920.638	965.842	1.149.106	3.141.522	294.485	514.727	715.750
	<b>61,20%</b>	<b>57,10%</b>	<b>61%</b>	<b>60,20%</b>	<b>61,80%</b>	<b>59,20%</b>	<b>57,80%</b>	<b>59%</b>
abitanti	1.109.933	1161413	1205330	1.434.852	3.437.922	336.555	547.926	775.273
spesa pro-capite	<b>778,41</b>	<b>792,69</b>	<b>801,31</b>	<b>800,85</b>	<b>913,79</b>	<b>875,00</b>	<b>939,41</b>	<b>923,22</b>
<b>Assistenza ospedaliera</b>	504.884	626.589	574.595	703.800	1.784.358	180.525	272.676	429.673
	<b>35,70%</b>	<b>38,90%</b>	<b>36,10%</b>	<b>36,80%</b>	<b>35,10%</b>	<b>36,30%</b>	<b>39,20%</b>	<b>35,40%</b>
abitanti	1.109.933	1161413	1205330	1.434.852	3.437.922	336.555	547.926	775.273
spesa pro-capite	<b>454,88</b>	<b>539,51</b>	<b>476,71</b>	<b>490,50</b>	<b>519,02</b>	<b>536,39</b>	<b>497,65</b>	<b>554,22</b>
<b>Totale spesa pro-capite</b>	<b>1272,59</b>	<b>1387,80</b>	<b>1321,11</b>	<b>1331,36</b>	<b>1478,76</b>	<b>1477,27</b>	<b>1485,53</b>	<b>1564,98</b>

*Nostra elaborazione sui dati di rilevazione dei costi dei Livelli di Assistenza, forniti dalle ATS lombarde e pubblicati sui siti istituzionali, in "Amministrazione trasparente, servizi erogati, costi contabilizzati", anno 2016.*

Le **risorse umane** rappresentano il capitale del sistema della prevenzione. Si stima che oltre l'85% dei costi in prevenzione sia imputabile alle risorse umane. Capitale umano non solo in termini quantitativo ma anche e soprattutto in termini di saperi e competenze. Nonostante l'importanza del valore riconosciuto alle risorse umane del sistema, in Regione Lombardia **non esistono dati pubblici rispetto alla attuale dotazione di personale alla sua distribuzione sia tra i Dipartimenti di igiene e Prevenzione Sanitaria** delle diverse ATS sia tra i diversi servizi vaccinali e di medicina legale delle diverse ASST.

Si stima comunque che in questi ultimi anni si sia **registrato un calo di oltre il 10% di personale nei nostri Dipartimenti**, fenomeno accompagnato anche ad un altro importante elemento che è rappresentato dall'invecchiamento in generale del personale in servizio. Le stesse procedure concorsuali in regione si sviluppano con grave lentezza, dovendo ricorrere, ai fini delle assunzioni, a graduatorie attive di altre Regioni, con rischio conseguente di un aumento turn over.

## CRONICITÀ

Il tema della cronicità è centrale nelle politiche regionali per la salute, sia per la dimensione dei pazienti coinvolti sia per l'impatto economico sul sistema regionale. Il Piano regionale cronicità, a cui sono seguite 2 importanti ulteriori atti di indirizzo, la DGR 6164 e la DGR 6551, entrambe del 2017, inserite nel contesto più generale del riordino del sistema sociosanitario lombardo avviato dalla LR 23/2015, ha delineato un sistema complesso e articolato di gestione proattiva del malato cronico, che vede il ruolo centrale del Gestore, ente pubblico o privato accreditato a contratto, nel processo di presa in carico della persona malata e nelle diverse fasi di accompagnamento, proattivo, lungo l'intero percorso di cura.

Le Deliberazioni di Giunta Regionale 6164/2017 e 6551/2017 hanno concentrato l'attenzione di tutti gli attori del Servizio Sanitario della Regione Lombardia per un cambio di passo degli interventi sulle patologie cronico-degenerative.

Il focus della DGR 6551/2017 è la **presa in carico della persona cronica/fragile**, che comprende il Patto di cura con il Piano assistenziale individuale per le 65 patologie croniche individuate; la popolazione coinvolta è stata stimata in oltre 3 milioni di cittadini residenti, stratificata nei livelli 1°- 2°e 3° corrispondenti a decrescenti livelli di complessità; questa parte di popolazione assorbe la maggior parte delle risorse messe a disposizione da Regione Lombardia (circa il 70% del Fondo sanitario regionale). La DGR 6164/2017 aveva anche individuato il 4° e 5° livello di stratificazione della popolazione residente che ricomprende circa i 7 milioni di cittadini, quindi la maggioranza, persone che dall'analisi dei consumi regionali risultano non aver usufruito di prestazioni nell'ultimo periodo (livello 5), o solo occasionalmente (livello 4).

**Si richiama la necessità di rafforzare gli interventi di prevenzione e promozione della salute, sia rispetto alla popolazione in generale che nel processo di presa in carico, con obiettivi misurabili e coerenti con i Piani nazionali e regionali di prevenzione ed inseriti nel mandato 2018 alle Direzioni strategiche di ASST ed ATS.**

**Occorre che negli obiettivi di mandato per le Direzioni strategiche anno 2018 siano richiamati gli obiettivi di prevenzione e promozione della salute con un ruolo determinante di governance da parte dei Dipartimenti di igiene e prevenzione sanitaria non identificato nelle regole di sistema 2018 al punto 2.7 della DGR 7600/2017.**

Si sottolinea come il cambio di passo sulla cronicità non sia efficace senza un adeguato maggiore impegno organizzativo ed economico per la prevenzione e promozione della salute in grado di ridurre l'incidenza delle patologie cronico-degenerative e di contribuire alla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale (il Forum Ambrosetti ha più volte richiamato come l'investimento di 1 euro in prevenzione generi un risparmio di 3 euro per il Servizio Sanitario Nazionale).

Le malattie croniche trovano una loro articolazione in 3 grandi fasce:

1. **malattie croniche in stadio iniziale**, non complicate, che richiedono prevalentemente un supporto all'autocura e un monitoraggio costante;
2. **malattie croniche complicate**, che richiedono intervento dello specialista e a volte la degenza;
3. **malattie croniche complesse**, ultima fase evolutiva della malattia, con forte necessità di prestazioni integrate sociosanitarie e sociali.

Anche se gli interventi di promozione della salute trovano un proprio significato in tutte le fasi della vita e in diversi setting, è proprio nella fase iniziale delle malattie croniche che gli interventi rivolti agli stili di vita, alla rimozione dei fattori di rischio e la diagnosi precoce hanno maggiore importanza, soprattutto nella prospettiva di prevenire l'aggravamento della malattia, rafforzando lo sviluppo del self management.

## Proposte

1. In questo senso è cornice il **programma P6 del Piano regionale prevenzione, “prevenzione della cronicità”**, rafforzando l’offerta di “counselling” specifico per la presa in carico, la diffusione di programmi di promozione della salute, in tema di attività fisica, anche attraverso i gruppi di cammino, in gruppi target specifici, di contrasto al tabagismo e alle dipendenze, di alimentazione sana, di prevenzione degli incidenti domestici.
2. Si ritiene allora assai utile l’inserimento di **obiettivi di promozione e prevenzione** (ad es. in tema di fumo di tabacco, scarsa attività fisica, abuso di alcol), **nei Piani Assistenziali Individuali (PAI)**, così come definiti dalla ex DGR 6551/2017 e come già previsto dalla DGR 6963/2017, specie per patologie quali ipertensione, diabete, BPCO, scompenso cardiaco.
3. Va inoltre rafforzata l’azione **di proposta attiva di vaccinazioni nell’età adulta** (ad esempio vaccinazione antinfluenzale, **antipneumococcica.....**) e va **stimolata l’adesione agli screening**, anche rispetto all’obiettivo già attribuito ai DG delle ATS, con la già citata DGR 6963/2017, che prevede la “Governance dell’inserimento dell’attività di prevenzione (vaccinazioni e screening) all’interno del percorso di presa in carico (offerta)” con l’indicatore “Presenza nel PAI dell’attività di prevenzione (valutazione fattori di rischio comportamentali, vaccinazioni e screening) all’interno del percorso di presa in carico dei pazienti cronici”.
4. Si sottolinea anche la necessità di definire **obiettivi per migliorare la qualità della vita del cronico anziano**, attraverso strumenti e programmi di promozione della salute orientati alla **prevenzione del decadimento cognitivo, alla prevenzione dell’abuso di farmaci (specie se in associazione all’alcol)** ed al **sostegno della autonomia, anche seguendo approcci integrati tra sociosanitario e sociale**. Vanno inoltre definiti nuovi obiettivi di miglioramento degli stili di vita, e relativi contesti, finalizzati anche **alla riduzione delle disuguaglianze**, anche per i soggetti inseriti nelle classi 4 e 5 della popolazione generale, come definiti dalla DGR 6164/2017, poiché non più ricompresi nella DGR 6551/2017.
5. Alla luce dei cambiamenti introdotti dalla Lr 23/15 nel DIPS, in particolare per quanto riguarda l’area della Promozione della Salute (ma non solo), e visti anche gli ODG approvati dal Consiglio Regionale al momento dell’approvazione delle modifiche del Titolo VI della Lr 33/09 (Prevenzione e promozione della salute) che auspica(va)no l’integrazione delle competenze professionali presenti nei DIPS con quelle altre mancanti (ad es. dello Psicologo del lavoro, architetti ecc.), **è auspicabile che, in una prospettiva di breve periodo, siano ridefiniti i mix professionali che devono caratterizzare l’organico presente in questi stessi Servizi** (oltretutto ora costituiti come Strutture Complesse), in modo da garantire fin dalla costituzione dei nuovi Servizi la presenza dei diversi apporti tecnici e professionali.
6. In questa logica, non va dimenticata la necessità e l’urgenza di curare l’effettiva integrazione delle professionalità provenienti dall’area socio-sanitaria (ex ASSI), utili anche allo sviluppo delle **indispensabili collaborazioni e sinergie intersettoriali con il “sociale”** (Comuni, territorio, associazionismo, Terzo e Quarto settore): psicologi sociali / di comunità, educatori professionali, assistenti sociali, sociologi ecc. D’altro canto, l’attuale accelerato mutamento della composizione della popolazione sotto il profilo socio-culturale (immigrazione, presenza di 2° e 3° generazioni di stranieri, multi etnicità ecc.), e lo stretto legame fra queste dimensioni e quelle alla base del concetto stesso di “salute” in possesso degli individui e delle comunità, richiede l’arruolamento di ulteriori profili professionali (ad es. pedagogisti, scienziati politici, antropologi ecc.) ad oggi del tutto assenti nelle nostre organizzazioni. Tutto ciò anche al fine di garantire la piena attuazione dei nuovi LEA, con particolare riferimento alla costruzione dei previsti “profili di salute” che dovranno/ebbero coniugare elementi conoscitivi e dati di natura sanitaria ed epidemiologica con informazioni e conoscenze relative alle dimensioni socio-economiche della popolazione (specie in relazione al 4 e 5 livello della stratificazione ex DGR 6551).

In questa prospettiva vanno sviluppate anche le azioni di promozione della salute prevista dal programma P4 “promozione stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità” del piano regionale Prevenzione. In particolare, vanno rafforzati i progetti e le **strategie intersettoriali in materia di politiche urbanistiche, orientati a promuovere uno sviluppo urbano equity oriented**, capace di sostenere l’invecchiamento attivo e in buona salute, contrastare l’isolamento sociale, ridurre le diseguaglianze sociali.

Anche per lo sviluppo dei programmi di promozione della salute nella prospettiva della prevenzione delle cronicità, soprattutto in termini di gestione della cronicità, di riduzione delle disuguaglianze, di sviluppo urbano equità oriented, di promozione di stili di vita sani, appare centrale il **tema delle risorse professionali di sanità pubblica**: medici, tecnici della prevenzione e assistenti sanitari, innanzitutto, le cui competenze è bene che siano integrate, in una reale prospettiva multidimensionale, con quelle di psicologi sociali e di comunità, assistenti sociali, sociologi, educatori professionali, pedagogisti, scienziati politici, antropologi ecc.

Parte di questi obiettivi è l’utilizzo di innovativi strumenti di comunicazione (es. APP e social); anche in questo prevedendo la dotazione dei DIPS con adeguate risorse tecniche, professionali, tra cui esperti in scienze della comunicazione, marketing sociale, comunicazione pubblica, e non ultimo tecnologiche e strumentali.

## 2. Area Tematica: Vaccinazioni

*Coordinatori: Marino Faccini, Giuliana Bodini, Elisabetta Tanzi*

*Partecipanti: Catia Borriello, Anna Lamberti, Cristiano Casartelli, Vincenzo Auriemma, Tiziana Meroni, Marcello Tirani, Annamaria Spagna, Enza Giompapa, Matteo Conca.*

### Background

Come più volte ricordato, il 2017 è stata caratterizzato da atti normativi che hanno significativamente ampliato l'offerta vaccinale:

- Decreto 14030 Direzione Generale Welfare del 29/12/2016 "Attivazione dell'offerta in copagamento in Regione Lombardia per la prevenzione delle malattie invasive batteriche da meningococco"
- Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 pubblicato sulla GU del 18/02/2017
- Decreto Legge 23 del 07/06/2017 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" convertito in Legge n. 119 del 31/07/2017

In questo contesto è intervenuto il riassetto organizzativo previsto dalla L.R. 23/2015 con il passaggio da gennaio 2017 dell'erogazione delle vaccinazioni alle ASST.

Il gruppo di lavoro ha preso spunto dalla recente normativa che ha stabilito una serie di obblighi a carico di Famiglie (obbligo di vaccinare i figli, di presentare la documentazione a scuola, di pagare una sanzione in caso di rifiuto delle vaccinazioni obbligatorie) e Scuole (obbligo di acquisire la documentazione, di segnalare alla ATS gli alunni inadempienti, di escludere dalla frequenza scuola dell'infanzia chi conferma il rifiuto delle vaccinazioni obbligatorie) per proporre una nuova prospettiva di analisi che parte dagli obblighi che un sistema vaccinale moderno, efficiente ed efficace deve avere nei confronti dei cittadini.

Si tratta di una prospettiva che muove dai bisogni degli utenti per riaffermare con forza il loro diritto ad ottenere:

- Informazione adeguata e possibilità di ascolto attivo
- Inserimento in un percorso di presa in carico chiaro e facilitato
- Personale competente e credibile
- Offerta oraria e modalità di risposta tempestive
- Spazi idonei
- Attenzione particolare per i soggetti fragili

Di contro, si sono evidenziate le attuali criticità del sistema vaccinale:

- Mancanza di adeguate risorse umane sia in termini quantitativi che qualitativi
- Rischio di una visione ospedalocentrica dell'attività vaccinale in ASST (utilizzo di un modello assistenziale centrato sul paziente vs modello di prevenzione centrato sulla popolazione)
- Rischio di non sufficiente valorizzazione dell'attività vaccinale all'interno dei POAS
- Mancanza di spazi idonei (accessibili, sicuri, confortevoli, strutturati secondo i nuovi carichi di lavoro)

### Proposta di riprogettazione del Sistema Vaccinale

L'attuale momento di criticità organizzativa ma anche di forte interesse da parte dell'opinione pubblica sul tema delle vaccinazioni può rappresentare un'occasione propizia per il rilancio di questo settore strategico della prevenzione.

La complessità dell'argomento e il riassetto organizzativo in corso tra ATS e ASST, rendono necessaria una profonda opera di riprogettazione del sistema vaccinale che preveda i seguenti punti:

- Definizione di un modello organizzativo finalizzato a individuare standard di **composizione dell'equipe vaccinale seguendo criteri di task-shifting.**
- Analisi congiunta ATS e ASST finalizzata a stimare il numero di ore/personale rispetto alla popolazione del territorio di riferimento e al piano di offerta vaccinale.
- **Centri vaccinali accreditati:**
  - con **più linee vaccinali gestite da assistenti sanitari** (in assenza, infermiere/infermiere pediatrico specificatamente incaricato) e un Medico igienista di riferimento esperto in vaccinazioni
  - dotati di **spazi idonei per capacità di accoglienza, accessibilità e sicurezza** (considerando anche il raddoppio del carico di lavoro soprattutto nella fascia pediatrica)
- ✓ Definizione e monitoraggio dei **tempi di attesa delle vaccinazioni**, sia di quelle comprese nel piano di offerta attiva che di quelle a richiesta del cittadino
- ✓ Piano di **informazione e promozione** delle vaccinazioni all'interno dei percorsi assistenziali (percorso nascita, presa in carico della cronicità, gruppi a rischio, MMG, PdF) in grado di sfruttare appieno le sinergie di integrazione Ospedale – Territorio previste dalla L.R. 23/2015
- ✓ Strumenti contrattuali in grado di garantire l'ampliamento dell'offerta oraria pomeridiana e di sabato, non solo agendo attraverso la leva della libera professione ma anche con una diversa organizzazione dei turni di lavoro in grado di garantire l'apertura degli ambulatori fino al tardo pomeriggio
- ✓ Innovazione nelle modalità di contatto del cittadino (es.: sms di recall, inviti via mail, prenotazione online, applicativi mobili)
- ✓ Implementazione di un portale internet territoriale dedicato alle vaccinazioni che faciliti la ricerca di informazioni da parte dei cittadini e il contatto con i centri vaccinali

### **3. Area Tematica: Territorio e salute: il contributo della sanità pubblica alla qualità ambientale e degli ambienti di vita; sviluppo urbano, qualità delle acque, qualità delle abitazioni.**

*Coordinatori: Bruno Pesenti, Lalla Bodini, Tiziana Vai*

*Partecipanti: Eugenio Ariano, Michele Barletta, Monica Brembilla, Anita Cappello, Alessandro Careghini, Simonetta Chierici, Laura Colombo, Nicola De Lussu, Davide Del Brocco, Antonio Gattinoni, Lucia Leonardi, Raffaele Manna, Maggiorino Spezia.*

#### **Affermazioni e principi condivisi**

Secondo i rapporti internazionali “Prevenire le malattie grazie a un ambiente migliore: verso una stima del carico di malattia legato all’ambiente”, circa il 24% di tutte le malattie nel mondo è dovuto all’esposizione a fattori ambientali. Ciò significa che gran parte di queste malattie potrebbero essere evitate agendo in modo mirato su questi fattori di rischio. Gli effetti nocivi dei fattori ambientali si possono prevenire, purché si adotti un approccio globale e multidisciplinare che preveda una programmazione adeguata degli interventi e una collaborazione tra diversi settori (es. trasporti, energia, agricoltura, industria). Ciò si concretizza con un maggiore contributo e sostegno tra Enti pubblici e soggetti privati. Nel passato, anche per la confusa redistribuzione delle competenze con la nascita di ARPA, la Sanità pubblica non ha incentrato la sua attività sulla qualità ambientale e degli ambienti di vita, ad eccezione di alcune matrici o temi “studiando per l’appunto i rapporti tra danni ambientali e danni per la salute”: ad esempio la qualità delle acque potabili o negli ultimi decenni la vasta tematica amianto, più in generale i danni provocati da inquinanti aerodispersi (polveri sottili etc.).

Se la salubrità e la sicurezza dei luoghi di vita sono un prerequisito irrinunciabile per intervenire sulla salute della popolazione e contribuire a prevenire alcune patologie croniche (MCNT), le azioni di prevenzione, cioè di intervento sui fattori di rischio più rilevanti, non possono essere considerate nelle politiche sanitarie alternative o peggio ancora concorrenti alla pur doverosa attenzione dedicata alla diagnosi cura e assistenza della cronicità.

Occorre governare lo sviluppo del territorio in termini di sostenibilità e di prevenzione sanitaria; occorre riconoscere “Salute ambiente”, “città sane”, “urban health” come nuovi temi di lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione che superano le vecchie competenze dei Servizi; occorre recuperare risorse da quelle attività che risultano onerose in termini di tempo e personale, ma poco efficaci in riferimento ai benefici sul rischio sanitario e ai risultati degli interventi già effettuati (prevenzione evidence based).

Elementi positivi in questa direzione sono i riferimenti del Piano Nazionale e dei Piani Regionali Prevenzione e linee guida ad esempio della Regione Lombardia per la stesura dei POAS che attribuiscono una unitarietà a Sanità pubblica e Salute e Ambiente “accorpandoli” in una sola U.O.C. Va quindi implementato un utilizzo migliore delle risorse, riformando o dismettendo le attività obsolete, ma anche promuovendo un rafforzamento dei DPM con figure specialistiche (architetti, chimici, Ingegneri) e con una organizzazione chiara delle competenze e delle responsabilità. Non possiamo tacere sugli introiti delle sanzioni, né sull’investimento teorico del 5% in prevenzione del fondo sanitario nazionale

## Prime proposte tematiche e criticità attuali

### 1. Qualità urbana

Il tema della vivibilità dei quartieri è all'ordine del giorno anche della politica nazionale e locale (i progetti di "rammendo urbano" di Renzo Piano, i finanziamenti pubblici al miglioramento delle periferie... ma solamente città capoluogo di provincia, il Progetto Città Sane, ecc).

L'OMS attribuisce alla pianificazione territoriale un ruolo rilevante per la sua capacità di influire sulla salute intesa come benessere e qualità della vita. La sanità pubblica deve giocare un ruolo di indirizzo scientifico e culturale più forte insieme ai migliori professionisti di altre discipline orientando lo sviluppo del territorio verso scelte improntate alla sostenibilità e attente alla salute e al benessere dei cittadini e l'edilizia attuale, in grande crisi, verso la manutenzione di qualità (ristrutturazione del patrimonio edilizio esistente), la progettazione del verde e di spazi comuni. Le ATS sono chiamate a formulare "osservazioni" urbanistiche, a fornire il loro contributo a VIA e VAS per la riqualificazione delle aree, a valutare il rischio sanitario nelle analisi di rischio nella riqualificazione di aree dismesse e di siti contaminati. Importante, in questa prospettiva, è sostenere questa funzione nella valutazione dei Piani di Governo del territorio e negli altri piani e strumenti urbanistici con strumenti di analisi e valutazione multi-criteriali.

Sono stati punti di riferimento condivisi nella discussione della sessione tematica le seguenti esperienze:

- il progetto CCM: Urban Health che vede coinvolti ATS Bergamo, Politecnico di Milano, ASL Torino, Pisa e Taranto. Si tratta di un programma finalizzato a produrre un modello di autovalutazione per i Comuni sulla sostenibilità urbana e degli ambienti di vita collettiva, all'interno di un più ampio progetto volto a favorire la salute urbana e la vivibilità dei cittadini, a tutte le età e in particolare per anziani e fasce più fragili di popolazione;
- la procedura e la scheda di valutazione, prodotti da ATS Milano, per la valutazione dei PGT e di altri piani o strumenti urbanistici;
- le buone pratiche del programma "città sane" e la loro diffusione nei Comuni lombardi;
- l'impatto concreto della normativa lombarda riguardante le politiche per la riduzione del consumo del suolo e delle norme nazionali riferite alla sostenibilità ambientale risparmio energetico.

### Proposte

- costruire un case study delle migliori pratiche in materia di Urban health
- rafforzare il ruolo delle ATS nei processi di valutazione, per la componente sanitaria, dei Piani di Governo del territorio, nei confronti degli Enti Locali.

### 2. Amianto

A quasi 25 anni dalla Legge 257 che disciplina la cessazione dell'utilizzo dell'amianto nelle produzioni e della successiva normativa che ha definito le modalità di progressiva eliminazione, è doveroso un bilancio per confermare quelle prassi che si sono rivelate utili, aggiornare prassi superate dalle nuove tecnologie e dai nuovi contesti, accelerare azioni di tutela che si sono arenate, promuovere lo studio di soluzioni per i nuovi problemi emersi, ma soprattutto favorire l'autorizzazione di nuove discariche. Anche se molto è stato fatto negli ultimi 25 anni, purtroppo il recente Testo Unico presentato non ne tiene conto. Molto rimane ancora da fare in una situazione peggiorata dal punto di vista economico e sociale con conseguente maggior rischio di *bonifiche fai da te*, illegalità nello smaltimento (anche per la mancanza di siti autorizzati) e nei rapporti di lavoro dei bonificatori. Va meglio sviluppata la comunicazione competente e anticipatoria con i cittadini perché amianto vuole spesso dire allarme sociale e difficoltà a comprendere l'entità reale del rischio sanitario (anche se l'inevitabile degrado dei manufatti non rimossi rischia il "ritorno" di un rischio amianto consistente).

### **Nodi critici e proposte.**

- **Censimento:** rimane ancora incompleto e disomogeneo, vi è ancora una larga evasione favorita dalla **carezza di informazione e di provvedimenti** incentivanti e/o deterrenti (**sistema sanzionatorio sostanzialmente inapplicabile e da rivedere**) e da agevolazioni e incentivi per la bonifica irrisonori; eccessiva discrezionalità dei detentori nella autovalutazione del degrado dei MCA, le misure cogenti sono lente e gli strumenti di pubblica tutela quali l'ordinanza sindacale va rafforzata.
- **Bonifiche tecniche da aggiornare:** va rivista la normativa tecnica con adozione di nuove metodologie di bonifica e di trattamento validate; vanno **implementate le micro-raccolte da sistemi certificati**, ovviamente aumentando i siti di smaltimento.
- **Sistema dei controlli:** con il progressivo assottigliarsi delle risorse organiche nelle ATS e di ARPA il sistema dei controlli è diventato più fragile, specie per quelli ambientali riferiti sia allo smaltimento dei rifiuti che al monitoraggio della dispersione provocata da vaste aree di MCA fortemente degradate; il presupposto irrinunciabile è il mantenimento della efficienza dei sistemi pubblici (ATS, ARPA, Laboratori di Sanità Pubblica); ovviamente per azioni più capillari di controllo, occorre **coinvolgere le istituzioni** già presenti nei quartieri come la Polizia Locale o le strutture amministrative territoriali, come ad esempio i Municipi.

### **3. Aree dismesse e siti contaminati**

Si tratta non solamente delle grandi aree ex-industriali dismesse, note con tutte le criticità (inquinamento chimico delle matrici, bonifiche, condizioni di lavoro degli addetti, dispersione di inquinanti...), ma anche di piccoli siti abbandonati in centri urbanizzati. Ci si riferisce anche alle tante microaree di piccole imprese che, chiudendo l'attività, abbandonando rifiuti, serbatoi, vasche interrato. Le funzioni delle ATS sono quelle di esprimere pareri di compatibilità ambientale per le nuove destinazioni d'uso, di valutazione dei rischi per la popolazione e per i lavoratori rispetto a contaminazioni puntuali su insediamenti esistenti. A livello regionale la valutazione dei rischi riguarda l'inquinamento diffuso. Si auspica una forte collaborazione tra ATS e ARPA e Laboratori di Sanità Pubblica. Su questo tema vi è un Progetto CCM, a cui partecipa ATS Milano, utile punto di riferimento scientifico e metodologico.

#### **Proposta**

- obbligo di censimento delle aree dismesse e siti contaminati, in collaborazione con i Comuni e ARPA;
- piano di intervento "preventivo".

### **4. Qualità delle abitazioni e dei condomini**

Non sempre la legislazione aiuta se non per la questione radon, ampiamente valorizzata nei PNP e PRP. Mancano norme prescrittive, sanzioni e, se pensiamo alla recente normativa lombarda sul riutilizzo ad uso abitativo dei seminterrati, la legislazione può persino peggiorare lo stato attuale. Vi sono tuttavia finanziamenti pubblici con l'obiettivo di rendere più sicuri gli edifici scolastici, le case degli anziani e dei disabili... Un aspetto decisivo è il lavoro con i Comuni e gli Amministratori di Condominio: sono state presentate alcune esperienze delle ATS Milano, Bergamo, Insubria, Brescia con le Associazioni di amministrazioni di condominio. Il tema dei cittadini come committenti, per lavori di piccole manutenzioni, anche del verde, l'uso di scale, il lavoro delle badanti, la qualità impiantistica (elettrici, di sollevamento...) va gestita con un innalzamento culturale generale e quindi con un'opera coordinata di sensibilizzazione dei cittadini.

## **Proposte**

- Diffusione delle esperienze e buone pratiche condivise dal gruppo di lavoro ATS Milano, ATS Bergamo e ATS Insubria con associazioni di Amministratori di Condominio;
- coinvolgimento dei Comuni.

## **5. Emergenze ambientali**

È al centro del dibattito il grande tema **del rischio sismico** (evento che comunque ha coinvolto anche la Lombardia, più precisamente la zona di Mantova, nel 2012). Emerge la necessità che almeno nelle situazioni più critiche, specie collettive, a partire da alcune tipologie di luoghi e aziende (aziende a rischio di incidente rilevante, centri commerciali, scuole, strutture sanitarie e socio-sanitarie, prefabbricati industriali e di magazzino, ecc.) vengano messe in atto le tecnologie migliori (che peraltro sono in obbligo al DLgs 81/2008). Ovviamente, insieme al rischio sismico vi è anche il rischio **esondazioni/inondazioni**, frane e, più in generale, la questione del dissesto idrogeologico e delle conseguenze sugli ambienti di vita. In questo tema si inserisce la sempre attuale **emergenza incendi di rifiuti**, emergenza sospetta che pone in evidenza l'assoluta necessità di un controllo coordinato e preventivo, mettendo a sistema il controllo ATS, ARPA, ITL, Guardia di Finanza, VVFF, Comuni. Dai più recenti episodi è emersa la difficoltà di comunicare ai cittadini gli elementi di conoscenza e le indicazioni di emergenza. Va tenuto presente che le ATS svolgono un compito di supporto tecnico agli Enti competenti (es.: Comuni, Prefetture).

## **Proposte**

- rischio sismico: coinvolgere, come già fatto in alcune ATS e partendo dalle aree a maggiore criticità potenziale rivista nel 2016 Comuni e datori di lavoro;
- emergenze ambientali, incendi e rischio chimico da aziende critiche: è necessario un forte coordinamento operativo tra Enti (ATS, ARPA, Vigili del Fuoco, Comuni, Prefettura, Areu.

## **6. Luoghi di svago/tempo libero ma anche di lavoro come palestre, centri estetici, mega negozi, centri commerciali, aree giochi.**

È emersa la necessità che l'ATS recuperi una propria dimensione e competenza di valutazione e controllo di questi luoghi di vita, soprattutto rispetto ad aspetti quali: condizioni igieniche di base, qualità attrezzature delle palestre o di parchi giochi, esposizione indebita a radiazioni ultraviolette nei centri estetici, utilizzo incontrollato di dispositivi smartphone.

## **Proposta**

- I Servizi del DIPS devo coordinare l'azione dei controlli e delle informazioni, anziché intervenire "canne d'organo"

## **Si condividono le seguenti proposte da avanzare alla Regione.**

1. Istituire un Laboratorio/Gruppo di Lavoro Regionale di forte confronto integrato e operativo sul tema salute-ambiente-territorio, gruppo che oltre ai rappresentanti delle ATS veda anche ARPA (o ISPRA) proprio per la interdisciplinarietà necessaria.
2. Puntare ad un lavoro integrato, per progetti, e attento alle procedure; utile costituire a livello di ogni ATS specifici gruppi di lavoro/progetto integrati e interconnessi con la presenza di competenze afferenti a diversi Servizi del DIPS: Igiene e sanità pubblica, Salute e ambiente, Promozione della salute, Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro, Laboratorio di Prevenzione e di ARPA.
3. Migliorare il lavoro e il confronto con il Servizio Epidemiologico ATS.

4. Rafforzare la capacità di intervenire sul sistema delle regole ai vari livelli.
5. Migliorare la qualità e la tempestività della comunicazione istituzionale (sicuramente siti web, ma anche SMS ai cittadini, social dedicati e monotematici, comunicazione che deve essere competente, pronta, univoca e preventiva, periodica.
6. Intervenire con proposte per la revisione/integrazione dei Piani Nazionali, Regionali e territoriali.
7. Necessità di formazione qualificata degli operatori sui vari temi (vedi conclusioni del Gruppo di Lavoro Formazione).

## 4. Area Tematica: Formazione degli operatori pubblici di prevenzione: criticità ed esigenze

*Coordinatori: Susanna Cantoni, Francesco Auxilia, Enrica Tidone*

*Partecipanti: Giovanna Bonera, Lidia Campo, Silvia Fustinoni, Marco Mendola, Elena Nichetti, Andrea Pedrotti, Katia Razzini, Luisa Romanò, Alessandro Versetti, Francesco Zaveri.*

Le associazioni che hanno dato vita al seminario ritengono che il processo di formazione degli operatori di prevenzione costituisce l'asse portante per la diffusione e il miglioramento della cultura della prevenzione. La formazione contribuisce alla qualità del ricambio generazionale del personale impegnato sia nelle strutture pubbliche che in quelle private e rappresenta quindi un importante investimento che deve essere sostenuto con risorse adeguate sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo.

Per questo motivo una sessione del seminario è stata specificamente dedicata a questo argomento.

I Corsi di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (TPALL), in Assistenza Sanitaria (AS), Magistrale in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione (SPSP) e le Scuole di Specializzazione in Medicina del Lavoro e in Igiene e Medicina Preventiva hanno il compito di formare le diverse figure che opereranno nei vari campi della prevenzione e che potranno essere occupate sia nei servizi pubblici, in particolare nei Dipartimenti di prevenzione, che nelle strutture private, imprese o centri di consulenza professionale; in minor misura nelle strutture universitarie e ospedaliere collegate all'Università.

Partendo dai compiti di queste figure i lavori del gruppo si sono concentrati sui seguenti argomenti:

1. adeguatezza dei programmi di studio, maggiori criticità rilevate
2. rapporto tra formazione teorica e applicazione pratica e conseguente rapporto tra Università e strutture territoriali del SSR
3. risorse e organizzazione degli insegnamenti e dei tutoraggi
4. adeguatezza dei posti disponibili nelle scuole rispetto al fabbisogno regionale
5. ruolo della Regione
6. formazione permanente

Il gruppo ha, inoltre, delineato alcune proposte praticabili per rendere i percorsi formativi più consoni alle competenze che gli operatori della prevenzione dovranno esprimere nella loro attività e alle responsabilità che dovranno assumere.

Poiché nella stessa seduta sono stati trattati corsi diversi non ci si è soffermati nel dettaglio dei singoli corsi ma sono stati enucleati i problemi più rilevanti e comuni a tutti.

Il quadro esaminato non esaurisce certo il panorama della formazione di tutte le figure della prevenzione; i lavori del gruppo si sono concentrati sulla formazione delle principali figure della prevenzione oggi operanti nel SSR, ben consapevole della necessità di valutare esigenze e criticità presenti nella formazione di altre figure purtroppo oggi poco presenti nei servizi pubblici.

Nel documento viene presentata la sintesi di quanto emerso dal gruppo di lavoro.

1. **Adeguatezza dei programmi di studio, maggiori criticità rilevate**
2. **Rapporto tra formazione teorica e applicazione pratica e conseguente rapporto tra Università e strutture territoriali del SSR**

L'attuale percorso formativo richiede una maggiore integrazione tra la parte teorica affidata all'Università e l'attività pratica affidata essenzialmente alle ATS e alle ASST.

Nei corsi di **laurea in TPALL e in AS** è necessario armonizzare la formazione teorica con il tirocinio rispettando la propedeuticità teorica necessaria all'espletamento dell'esperienza pratica; si suggerisce inoltre di individuare aree di tirocinio obbligatorie al fine di acquisire le competenze di base previste dal

profilo professionale e requisito per l'ammissione alla prova finale. Si ritiene inoltre di dover raccomandare attenzione allo sviluppo di capacità organizzative e comunicative applicabili alla pluralità dei contesti praticati dagli operatori di prevenzione (es: imprese, no profit, enti locali, domicilio, ecc...).

Nel corso di **laurea in TPALL** è auspicabile un riallineamento del programma di formazione che tenga conto della mutazione dei profili occupazionali, non solo pubblici, che vedono al momento una maggiore possibilità di impiego nell'industria, nel terziario o comunque in ambito privato. Allo stato attuale il programma formativo è complessivamente orientato alla preparazione di professionisti destinati ad operare nel SSR. Il programma didattico di questo corso, sebbene coerente con le indicazioni del MIUR, mostra alcune debolezze formative determinate dalla insufficienza di spazio dedicato alla formazione tecnica nelle diverse discipline (sicurezza e igiene del lavoro, igiene degli alimenti, sicurezza e igiene degli ambienti di vita). D'altro canto, le materie e gli argomenti che dovrebbero essere complessivamente sviluppati sono molteplici, difficilmente esauribili nel corso triennale. Tale carenza potrebbe essere colmata rivedendo i programmi del corso, differenziando nell'ultimo anno alcuni percorsi formativi ovvero istituendo dei corsi specialistici post laurea o lauree magistrali di specialità.

Quanto alla **Laurea magistrale in SPSP** occorre definirne meglio gli obiettivi raccordandoli con quelli della triennale. L'attuale corso di **Laurea magistrale in SPSP** si pone l'obiettivo di formare professionisti con competenze organizzative, progettuali, gestionali, di leadership e comunicative, finalizzate al management, alla ricerca e formazione. Per colmare il deficit di formazione specifica si possono prevedere una o più lauree magistrali di specialità per formare figure professionali certamente molto utili nelle équipes dei servizi di prevenzione.

Relativamente alle **Scuole di specializzazione in Medicina del Lavoro e in Igiene e Medicina Preventiva** le situazioni sono differenziate: per entrambe viene sottolineata disomogeneità delle Scuole e qualche ridondanza; per Medicina del Lavoro si ravvisa l'opportunità di tirocini in ambiti diversi dalle strutture sanitarie e di uno sviluppo ulteriore della parte pratica legata a diversi aspetti della prevenzione e della gestione del lavoratore.

Per tutti i corsi di formazione sarebbe utile delineare obiettivi di carattere generale da perseguire nei rispettivi tirocini declinando alcune attività di base che devono costituire oggetto degli stessi; ciò per una maggiore omogeneità della formazione delle diverse figure della prevenzione quantomeno nella nostra Regione.

### **3. Risorse e organizzazione degli insegnamenti e dei tutoraggi**

#### **4. Adeguatezza dei posti disponibili nelle scuole rispetto al fabbisogno regionale**

Sia da parte dell'Università che delle Aziende Sanitarie si riscontra la scarsità di risorse complessivamente messe in campo per la formazione delle figure professionali della prevenzione.

Per l'Università occorre rafforzare le strutture di supporto, in particolare amministrativo, ma anche le risorse per il finanziamento di docenze non reperibili all'interno del corpo docente universitario e l'organizzazione di eventi di approfondimento specifico con la partecipazione di qualificati soggetti esterni.

Per quanto riguarda le Aziende Sanitarie si riscontra la scarsità di risorse impiegate per assicurare una buona formazione operativa, un buon rapporto numerico tra docenti e discenti, la possibilità di contemperare adeguatamente attività di tutoraggio e attività istituzionali. Occorre quindi rafforzare le risorse destinate a svolgere la funzione di coordinatori didattici, tutor, assistenti di tirocinio, segreterie didattiche.

Anche alla luce della prossima istituzione degli Ordini professionali di Tecnico della Prevenzione e di Assistente Sanitario si ribadisce l'importanza dei corsi di laurea triennale per la formazione di queste figure, corsi che devono essere maggiormente sostenuti con adeguate risorse.

Inoltre, si lamenta che le Aziende sono portate a non utilizzare le risorse regionali (pur scarse) in maniera mirata, conseguenza e causa, al tempo stesso, di una scarsa valorizzazione di questa funzione.

Si è discusso di possibili meccanismi incentivanti e dell'inserimento di specifici obiettivi aziendali da declinare negli indirizzi regionali alle Aziende Sanitarie e alle Università sin dal prossimo anno accademico.

Si suggerisce, inoltre, un monitoraggio attento del budget assegnato alle ATS dalla Regione come attività non tariffata al fine di garantire un adeguato utilizzo delle risorse dedicate. Il Protocollo d'Intesa Regione Lombardia e Università attribuisce al coordinatore del corso di laurea la responsabilità della gestione anche finanziaria del corso. Si auspica che tale attribuzione venga compiutamente esercitata dai coordinatori e sia potenziata nel rinnovo del documento.

Per quanto riguarda l'adeguatezza del numero di posti nelle Scuole di specializzazione rispetto ai fabbisogni regionali si giudica siano complessivamente scarsi e, soprattutto, non determinati secondo criteri di trasparenza e analisi dei bisogni.

A questo proposito è fortemente auspicato un piano, quanto meno regionale, di rilevazione del fabbisogno per il prossimo quinquennio di figure della prevenzione, nelle diverse specializzazioni, al quale rapportare una adeguata organizzazione della formazione e delle relative risorse necessarie.

## **5. Ruolo della Regione**

Si sollecita un maggiore impegno da parte della Regione in particolare per:

- aggiornare i Protocolli d'Intesa tra Università e Regione alla luce delle trasformazioni realizzate e in atto nell'organizzazione del SSR in particolare inserendo anche le ASST
- esplorare la possibilità di altre convenzioni affidandone all'Università la stipula in relazione agli obiettivi formativi
- inserire nelle regole di sistema, negli obiettivi dei DG e nei progetti di miglioramento l'attività didattica-formativa, per far sì che diventi realmente parte integrante degli obiettivi e dei piani di attività delle Agenzie/Aziende sanitarie
- indirizzare le Agenzie/Aziende Sanitarie a valorizzare le figure professionali anche aprendo posizioni dirigenziali per le stesse
- aggiornare la circolare DG Sanità n. 17532 del 9.3.1999 attuale riferimento nella gestione dei corsi di laurea per quanto riguarda il contributo alla didattica dato dal personale SSR
- sostenere l'avvio di master specialistici di primo livello per le professioni della prevenzione, ai sensi dell'art. 6 della L. 43/2006

## **6. Formazione permanente**

Sottolineata la necessità di un costante aggiornamento professionale degli operatori della prevenzione si ravvisa l'esigenza di indirizzi regionali alle Aziende sanitarie perché nella formulazione dei piani di formazione si tenga conto della rapida evoluzione dei bisogni e delle specificità delle professioni in un mondo in rapida evoluzione (es: capacità di lettura del territorio, dei mutamenti sociali, dell'organizzazione del lavoro, degli strumenti di comunicazione, ecc.).

Il personale neoassunto ha la necessità di una specifica formazione per diventare operativo in rapporto alle diverse destinazioni lavorative; formazione che risulta dispendiosa se effettuata dalle singole Aziende sanitarie, in rapporto alla esiguità del numero di operatori assunti di volta in volta, o, più realisticamente, affidata, senza alcuna verifica, all'impegno degli operatori "anziani". La gestione regionale da parte di Eupolis, con corsi differenziati per le diverse destinazioni lavorative, favorirebbe, inoltre, una maggiore omogeneità di comportamenti ed adesione agli indirizzi regionali.

Da ultimo, si sottolinea la opportunità di una ricognizione della presenza di contenuti di prevenzione nelle Facoltà non mediche al fine di colmare le possibili lacune presenti.