



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

SEZIONE REGIONALE MARCHE



SEZIONE MARCHE - ABRUZZO



Associazione Italiana Tecnici della Prevenzione
nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro

SEZIONE REGIONALE MARCHE



SEZIONE REGIONALE MARCHE

25 gennaio 2013

“OPERAZIONE PREVENZIONE 2012-2013” PER LA SANITA' PUBBLICA NELLE MARCHE

Contesto

Le Marche: un milione e mezzo di abitanti, ai vertici nel contesto nazionale (assieme a quelli delle Province Autonome di Trento e Bolzano) per la speranza di vita alla nascita rispetto alle altre parti d'Italia, sia per le femmine che per i maschi; una popolazione alquanto stabile e radicata con un'integrazione complessivamente buona e scarsamente conflittuale dei numerosi immigrati da altri Paesi; uno stile e una qualità di vita che negli anni hanno assunto carattere di "tipicità" e come tali sono anche esternamente riconosciuti; una forte integrazione tra città e campagne, un sistema economico caratterizzato da una forte presenza pubblica e da un gran numero di aziende di piccole e piccolissime dimensioni, una crisi economica che morde pur con effetti meno diffusi e devastanti che in altre aree del Paese, ma anche un tessuto produttivo e sociale che man mano intacca le sue riserve, il suo patrimonio strutturato nel corso di generazioni e la sua capacità di tamponare le difficoltà all'interno dei piccoli centri, delle piccole e piccolissime imprese, delle famiglie ...

E' noto che tra i determinanti di salute in una popolazione, quelli socio-economici hanno pesi predominanti. E' ragionevole assumere che per le Marche l'*hardware* socio-economico, le reti relazionali, gli stili di vita individuali basati su contesti di riferimento favorevoli costituiscano fattori di forza anche ai fini della longevità e dello "star bene", così come è ragionevole aspettarsi che un deterioramento di tali presupposti avrà già nel breve periodo effetti negativi sullo scenario di patologia, sul ricorso ai servizi sanitari territoriali, sul consumo di farmaci, sull'ospedalizzazione, sul ricorso all'istituzionalizzazione delle cronicità. Si pensi al riemergere di malattie sociali che si reputavano sconfitte come la tubercolosi.

La Sanità Pubblica marchigiana:

- ✓ una Regione con compiti di coordinamento e indirizzo che all'erogazione dei servizi sanitari dedica circa l'80 % del proprio bilancio, supportata sul piano tecnico da una ARS (Agenzia Regionale Sanitaria);
- ✓ un'ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale) oggi suddivisa in cinque aree vaste territoriali in luogo di precedenti tredici Aziende Sanitarie Locali, in fase transitoria divenute tredici Zone Territoriali dell'ASUR medesima;
- ✓ due aziende ospedaliere (Ospedali Riuniti di Ancona e Marche Nord);
- ✓ l'INRCA (Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani);
- ✓ una relazione strutturata con il sistema universitario pubblico che garantisce attività sia di ricerca sia di assistenza, oltre ad avere in affidamento alcune funzioni di base, fondamentali anche a fini di prevenzione, ad esempio in tema di registri di patologia;
- ✓ una relazione strutturata con l'ARPAM (Agenzia Regionale Protezione Ambiente Marche), con l'INAIL (anche riguardo all'attività della sua CONTARP – Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione) e con la rete degli Istituti zooprofilattici.

L'investimento economico attuale in prevenzione: variamente calcolato, per l'Italia nel suo complesso viene stimato da un minimo dello 0.6 % a un massimo comunque inferiore al 5 % della spesa sanitaria pubblica, che dovrebbe costituire un parametro di riferimento vincolante.

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO

Nell'anno 2008 mediamente il 96% delle Asl risulta dotata dei Dipartimenti di prevenzione; tuttavia il livello di copertura totale è stato raggiunto in sedici regioni italiane, mentre valori comunque superiori al 75% si rilevano in Piemonte, Liguria e Sicilia (per le P.A di Trento e Bolzano i dati non sono disponibili). Riguardo all'incidenza complessiva del costo sostenuto in ciascuna regione per assicurare le prestazioni, la media italiana, come accennato, è del 4,19% contro la soglia ribadita nel Patto della Salute 2010-2012 del 5%. Ma in particolare, in due regioni, Friuli V.G. e Liguria, l'indicatore non raggiunge il 3% mentre in Valle D'Aosta, Sardegna, Umbria e Basilicata il costo del macrolivello supera il 5% dei costi complessivi. La ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale per le diverse aree di appartenenza al livello vede al primo posto i servizi di igiene e sanità pubblica, che occupano il 44,5% della spesa totale, seguito dai servizi di sanità pubblica veterinaria (23,8%), di prevenzione per la sicurezza negli ambienti di lavoro (13,3%) e dai servizi di igiene alimenti e nutrizione (10,5%). (quotidianosanità.it 14.12.2012)

Riguardo alla percentuale della spesa sanitaria pubblica investita in prevenzione, non si hanno indicazioni di una situazione marchigiana sostanzialmente diversa da quella sopra descritta per l'Italia nel suo complesso.

Il valore economico della prevenzione: non sono state reperite esatte stime quantitative riferite al nostro contesto, ma nemmeno risultano obiezioni al solido riferimento generale emergente da tutte le ricerche di Health Tecnology Assesment per cui un investimento in prevenzione oculato ed efficace dà anche ritorni economici superiori all'investito.

Il valore sociale ed etico della prevenzione: sani si vive meglio, si soffre meno, si pesa di meno su chi ci è vicino, si costa meno alla collettività. Attuare azioni sistemiche di prevenzione non vuol dire semplicemente offrire prestazioni tecniche, pur "logiche" e di buona qualità, ma anche offrire un contributo tecnico-scientifico, di educazione, di comunicazione adeguato alla tenuta e allo sviluppo di quegli elementi del tessuto ambientale, economico e sociale che notoriamente costituiscono determinanti di salute molto più forti di quanto non riescano ad essere gli interventi sull'individuo.

Criticità istituzionali

E' in corso una ristrutturazione dell'impianto organizzativo della Regione Marche relativo ai servizi sanitari e sociali, delle relazioni tra Regione e sistema erogatore ASUR / Aziende Ospedaliere / INRCA, nonché del coordinamento tra tali Enti, da cui ci si attende un potenziamento della programmazione e del governo clinico del sistema ma di cui non sono ancora chiari connotati e prospettive.

Da lungo tempo, particolarmente sotto la pressione delle restrizioni di finanziamento della sanità pubblica, anche per l'area della prevenzione si è assistito alla prevalenza, su ogni altro, del parametro della riduzione dei costi

economici o nel migliore dei casi del lavoro “a isorisorse”.

Per paradosso, proprio in una fase storica di crisi si è arrestato il processo di valutazione EBP della razionalità e dell'efficacia delle attività di prevenzione, sia tradizionali sia di nuova proposta, e quindi di abbandono delle pratiche obsolete o semplicemente inutili: un percorso che si era avviato con l'interesse delle Istituzioni e con il contributo tecnico di molti operatori e che anche nelle Marche aveva portato all'abrogazione di vari “obblighi” formalmente prevenzionistici, di fatto inutili per l'utenza e onerosi per i Dipartimenti di Prevenzione: anzi, di pratiche inutili ed onerose sembrano affacciarsene di nuove, con incongruo consumo delle risorse già in diminuzione per gli impegni essenziali.

Alcuni anni fa un impulso notevole allo sviluppo delle attività pubbliche di prevenzione fu dato, uniformemente in tutte le Marche, dall'erogazione di finanziamenti dedicati al “potenziamento” dei Dipartimenti di Prevenzione - cosiddetti “D1”; questa forma di investimento sul futuro non è stata più ripetuta. La legge imporrebbe di reinvestire integralmente in prevenzione i fondi introitati dalle ASL (qui ASUR) in esito a sanzioni comminate per violazioni in materia di igiene e sicurezza del lavoro e di salute alimentare: nelle Marche ciò viene a tutt'oggi garantito solo in parte e solo in alcune realtà, entro un quadro di riferimento dato da accordi regionali ancora in parte generici e comunque disomogeneamente applicati.

Un coordinamento da diverso tempo flebile delle attività di prevenzione sulla scala regionale ha comportato un'offerta di attività di prevenzione disomogenea sul territorio, con duplicazioni e carenze, spesso con difformità rispetto ai LEA.

Il personale delle ASL, poi dell'ASUR dedicato alla prevenzione è andato progressivamente riducendosi di numero per mancate sostituzioni a fronte di pensionamenti e trasferimenti. La contrazione è stata significativa ancor più sul versante del personale del “comparto” che su quello della dirigenza, così sempre più scivolando verso una situazione da “presenza di ufficiali in assenza di esercito”. Nel contempo si è anche assistito a una forte estensione della precarizzazione dei rapporti di lavoro (contratti a termine, Co.Co.Co, collaborazioni professionali ...), sia per il “comparto” sia per la dirigenza, con pochissimi “nuovi” professionisti inseriti nel sistema a tempo indeterminato. Quindi: meno operatori, tra questi, molti meno operatori “stabili” e molti più operatori “instabili”, una “questione anagrafica” di età media elevata (pochissimi professionisti con meno di 40 anni, soprattutto tra gli “stabili”) e di carente ricambio generazionale dal punto di vista culturale e del trasferimento di esperienze / competenze.

La spesa pubblica per la prevenzione deriva, a parte quella per i vaccini, principalmente dalla spesa per il personale, in piccolissima parte da altre voci (acquisto e manutenzione di strumenti, campionamenti e analisi, iniziative di promozione della salute, formazione e assistenza, ricerca applicata).

Risparmiare sulla prevenzione pubblica oggi vuol dire, quindi, principalmente ridurre la numerosità del personale dedicato, in qualche misura pagarlo un po' di meno, di fatto ridurre i controlli sugli ambienti di vita e di lavoro e sulle

produzioni alimentari e le relative reti di distribuzione, gli interventi di promozione della salute, l'informazione e l'assistenza ai cittadini, agli Enti Pubblici e al sistema delle imprese, le attività di ricerca “sul campo” ad esempio in termini di valutazione dell'appropriatezza, della qualità e dell'efficacia di ciò che si fa e di programmazione ragionata di ciò che si intende fare.

Malgrado la contrazione delle dotazioni organiche e dei finanziamenti dedicati alla prevenzione di parte pubblica, ormai in atto da alcuni anni, i “numeri” delle prestazioni dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR “reggono” e questo può creare un'immagine di apparente, completa tenuta del sistema: ma è chiaro che se, ad esempio, con meno personale di vigilanza si deve controllare un numero invariato di cantieri edili, ciò che andrà a diminuire non potrà essere che il livello di approfondimento delle verifiche. Un altro indicatore della perdita di “intensità” dei controlli è dato dal valore degli ammortamenti, da tempo molto prossimo allo zero (testimonianza di un invecchiamento delle dotazioni strumentali che non vengono più aggiornate e rinnovate) e dalla diminuzione delle indagini analitiche non strettamente dovute per legge.

Nelle tredici Aziende Sanitarie Locali marchigiane, poi Zone Territoriali dell'ASUR, vi erano:

- tredici Dipartimenti di Prevenzione, ciascuno con i sei Servizi (Unità Operative Complesse – UOC) previsti dalla normativa quale “dotazione minima”: quindi per un totale di 78 UOC (il numero effettivo di queste era alquanto inferiore per la mancanza di svariate posizioni apicali, in parte perché mai realmente attivate, in parte perché non più coperte dopo i pensionamenti);
- tredici direttori di Dipartimento di Prevenzione, ciascuno che oltre a svolgere tale incarico continuava a svolgere quello di responsabile di uno, a volte di più di uno, dei Servizi / UOC di cui sopra.

Le cinque Aree Vaste Territoriali dell'ASUR MARCHE comporteranno la riduzione dei Dipartimenti di Prevenzione marchigiani a cinque (uno per ciascuna), con cinque direttori di Dipartimento di Prevenzione: quindi, in un'accezione rigida dei programmi di riassetto finora noti, 30 UOC dedicate alla prevenzione di parte pubblica in tutte le Marche. Va evidenziato, peraltro, come più atti regionali strategici (DGR 1537 / 2012, DGR 1590 / 2012, DGR 1696 / 2012) affermino univocamente che in ciascuna Area Vasta Territoriale vi devono essere almeno i sei Servizi “classici”, non che non ve ne possano essere anche altri. In ogni caso, il passaggio dall'assetto precedente a quello previsto in ragione delle cinque Aree Vaste Territoriali è, a più di un anno di distanza dall'attivazione di queste e nonostante i Piani di Area Vasta adottati, ancora del tutto in corso d'opera, con conseguenti incertezza, mancanza di prospettive chiare, stagnazione progettuale.

Opportunità istituzionali

Le tre suddette determine della Giunta Regionale delle Marche rapidamente succedutesi tra la fine di ottobre e l'inizio di dicembre 2012 (DGR 1537 / 2012, DGR 1590 / 2012, DGR 1696 / 2012) delineano ad oggi, in positivo, un sistema della prevenzione pubblica basato su otto “reti della prevenzione”, sei delle quali

corrispondenti ai sei Servizi dipartimentali “classici” (Igiene e Sanità Pubblica, Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Igiene Animale e delle Produzioni Zootecniche, Igiene degli Alimenti di Origine Animale, Sanità Animale) e due, in buona parte innovative, corrispondenti l’una all’epidemiologia e l’altra alla promozione della salute, nonché su due altri “contenitori” che attengono all’offerta di prestazioni per screening rispettivamente in età adulta e in età infantile e che ragionevolmente dovrebbero anch’essi strutturarsi “a rete”.

Le strutture dedicate a epidemiologia, promozione della salute e screening potrebbero assumere valore di Servizio / UOC particolarmente laddove garantissero anche un *service* esterno rivolto all’intero territorio regionale o a parte considerevole di esso, sulla base di competenza ed esperienza specifiche; nei casi in cui servissero solo singole aree vaste territoriali potrebbero anche prevedere, invece, responsabilità di Unità Operative Semplici (UOS) o Incarichi di Alta Specializzazione (IAS).

In ogni caso, degli staff dipartimentali adeguati (i collaboratori diretti dei direttori di Dipartimento, ma anche il *service* interno di tutte le unità operative e tutti gli operatori) potrebbero dare supporto al coordinamento tra Servizi, professionalità e culture diversi, con attenzione specifica, ad esempio, all’integrazione tra igiene industriale e igiene ambientale e all’integrazione tra SIAN e Servizi veterinari.

Esperienze condotte in alcune altre Regioni italiane (segnatamente, il Veneto e l’Emilia Romagna) danno evidenza della possibilità normativa e pratica di individuare dei direttori dei Dipartimenti di Prevenzione che, durante l’efficacia di un mandato a termine per tale ruolo, temporaneamente “passano la mano” ad altri per la direzione dei singoli Servizi di provenienza. Adottando tale modello i responsabili / organizzatori della rete dei Dipartimenti di Prevenzione, quali titolari *pro tempore* (come del resto oggi qualsiasi “primario”) di una UOC specifica, potrebbero dedicarsi adeguatamente al ruolo che in un contesto di “area vasta” li impegnerà sul versante programmatico, gestionale e di verifica molto più di quando dovevano dedicarsi a una singola, piccola ASL prima e Zona Territoriale poi.

L’ASUR si è costituita senza avere, a tutt’oggi, presso di sé un supporto tecnico forte e direttamente interfacciato con l’alta direzione sui versanti della conoscenza documentata dello stato di salute delle popolazioni, della comunicazione dei rischi, delle attività svolte, dei risultati raggiunti, delle prospettive di evoluzione dei bisogni e dei servizi. Poche UOC di personale del mondo della prevenzione direttamente strutturate presso l’ASUR potrebbero garantire le funzioni suddette e il raccordo “a matrice” con i Dipartimenti di Prevenzione sul territorio.

Senz’altro un apparato di 78 (teoriche) UOC in tredici Dipartimenti di Prevenzione era pesante e pletorico; senz’altro un apparato ridotto a sole 30 UOC in cinque Dipartimenti di Prevenzione sarebbe foriero di una perdita di contatto con i territori e di un appiattimento burocratico sui soli doveri d’istituto (“*si fa solo ciò che la legge obbliga a fare*”). Applicando per intero i modelli sommariamente descritti nei precedenti capoversi, il sistema pubblico della prevenzione delle Marche svilupperebbe una “ossatura” robusta e tale da sostenere

un'organizzazione in movimento, mirata all'efficacia, in continua evoluzione: per la qual cosa sarebbe necessaria non più di una cinquantina di UOC con adeguata dotazione di personale (muscolatura, organi di senso e organi interni del sistema: senza i quali lo scheletro rimane fermo e inutile).

I costi complessivi della prevenzione resterebbero modesti anche garantendo l'integrale rimpiazzo del personale andato in pensione o trasferito, con conseguente ricambio generazionale. La progressiva, integrale stabilizzazione del personale precario (che oggi, come del resto in tutta la sanità pubblica, garantisce non solo le sostituzioni temporanee, le punte di produzione e il soddisfacimento di alcune necessità di professionalità particolari per i progetti a termine, ma sempre più anche l'ordinaria amministrazione) costerebbe meno e renderebbe maggiormente, a parità di unità complessivamente in forza ai Dipartimenti di Prevenzione, di quanto non derivi dall'attuale sistema farraginoso e instabile di contratti di lavoro in rapida scadenza, affannose ricerche di opportunità di sostituzione di quanti vengono a mancare, programmazione strategica ed operativa spesso impossibile oltre l'anno solare in corso.

Un uso corretto nel diritto e tecnicamente ragionato degli introiti da sanzioni e degli introiti da prestazioni rese nell'interesse di privati (ad esempio, per il rifinanziamento dei controlli ufficiali ex art. 7 comma primo lettera a) DLgs 194/08) potrebbe garantire, tra l'altro, il rinnovo e il miglioramento di attrezzature di lavoro che man mano vanno deteriorandosi e rendendosi obsolete, una buona opportunità di formazione e aggiornamento per il personale, un set di pacchetti di attività aggiuntiva su progetti finalizzati anche di lungo periodo.

La garanzia di possibilità di progressione di carriera anche per le professioni sanitarie e tecniche, tramite una rete di posizioni organizzative dei Servizi (POS) e dipartimentali (POD) nonché di posizioni di coordinamento su base territoriale, potrebbe anch'essa garantire, pressoché senza incidere sulla spesa globale, un miglioramento della fluidità del lavoro, della motivazione degli operatori e del clima organizzativo interno ai Servizi, anche implementando lo sviluppo del Dipartimento delle Professioni Sanitarie previsto dalla normativa regionale.

La rete dei servizi offerti dai Dipartimenti di Prevenzione andrebbe chiaramente tarata sulle diverse necessità locali (particolarmente complesse per realtà ampie e variegate come quella dell'area vasta territoriale n. 2 dell'ASUR); numero e tipologia delle strutture a ciò dedicate in ciascun Dipartimento di Prevenzione potrebbero variare anche in ragione della numerosità della popolazione servita e della dimensione e della complessità del territorio di riferimento. In altri termini, per determinate funzioni strutturali, in alcuni Dipartimenti potrebbe essere necessaria una UOC (se del caso, anche con funzioni di *service* per l'intera realtà marchigiana o parte di essa) mentre in altri potrebbe essere sufficiente una UOS.

Andrebbe sviluppata e completata la rete regionale dell'offerta di formazione universitaria per il tecnico della prevenzione e l'assistente sanitario che, oltre al medico e al veterinario, hanno competenze professionali specifiche ed espressamente definite (Decreto Interministeriale 2 aprile 2001 *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie*). Andrebbe inoltre ricercata, d'intesa con l'Università, la possibilità di offrire anche sul territorio

marchigiano, l'opportunità di riconversione creditizia per il conseguimento del diploma di laurea per i tecnici della prevenzione e gli assistenti sanitari, così come l'attivazione di master specialistici di cui all'art. 6 comma lettera c) della Legge 43/2006 per le professioni sanitarie dell'area della prevenzione.

Andrebbe sistematizzata e completata la rete regionale dell'offerta di addestramento ed aggiornamento per tutte le figure professionali della prevenzione (medici, veterinari, tecnici della prevenzione, assistenti sanitari, infermieri professionali, ingegneri, biologi, chimici, amministrativi ed altre figure pur meno frequentemente rappresentate nei Dipartimenti di Prevenzione). Oggi tale offerta è ricca e diffusa, ma priva di una programmazione comune.

Proposte di (ri)organizzazione

- 1) In ciascuna AVT, un Dipartimento di Prevenzione con un direttore titolare di autonoma UOC (e solo di quella) e i sei Servizi dipartimentali "classici" (Igiene e Sanità Pubblica, Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Igiene Animale e delle Produzioni Zootecniche, Igiene degli Alimenti di Origine Animale, Benessere Animale): totale 35 UOC.**
- 2) Un set di reti complete di UOC e UOS rispettivamente dedicate alle funzioni di Promozione della Salute, Epidemiologia di Comunità, Epidemiologia Occupazionale, Epidemiologia Veterinaria, Screening dell'Età Adulta e Screening dell'Età Pediatrica e collocate anch'esse entro i Dipartimenti di Prevenzione. Laddove un supporto tecnico-scientifico e un coordinamento adeguati non siano affidati alle posizioni centrali dell'ASUR o all'ARS, le UOC di cui sopra possono anche garantire funzioni di *service* per ambiti più ampi di quello dell'AVT. In ogni caso, la rete epidemiologica dovrebbe assicurare con risorse adeguate, anche per l'analisi e la comunicazione dei dati, il sistema dei registri di patologia delle cause di morte, senza doversi di volta in volta affidare a finanziamenti occasionali ed incerti.**
- 3) Un set di UOC collocate presso l'ASUR per garantire all'alta direzione un adeguato supporto di evidenze circa lo stato di salute delle popolazioni, le necessità di valutazione delle attività svolte, dei risultati raggiunti, delle prospettive di evoluzione dei bisogni e dei servizi, il raccordo "a matrice" con i Dipartimenti di Prevenzione sul territorio, la comunicazione dei bisogni, dei rischi, dei risultati raggiunti, dei programmi che si prospettano.**
- 4) La garanzia del mantenimento, in ciascuna AVT, di tutte le sedi operative territoriali con adeguate dotazioni di personale per tutti i Servizi dedicati alla Prevenzione, della piena copertura dei posti vacanti, del progressivo superamento del lavoro precario al di fuori degli scopi per cui i contratti a termine sono stati creati: sostituzioni temporanee, punte di produzione e soddisfacimento di fabbisogni di professionalità particolari per progetti a termine.**

- 5) Una rete di UOS, POS, POD e posizioni di coordinamento su base territoriale ragionata ed esplicitata sulla base di una strategia organizzativa di livello regionale, secondo quanto previsto dall'art. 8 della Legge Regionale 13/2003, tale da garantire costantemente la gestione e il governo "sul campo" di funzioni a carattere permanente, in parte già definite nel PSSR 2010-2012, tra le quali, ad esempio, le vaccinazioni umane e più in generale il controllo delle malattie infettive diffuse (anche in funzione delle criticità derivanti dai fenomeni migratori e dall'incremento dei viaggi all'estero riguardo alla circolazione di agenti patogeni preoccupanti), l'igiene industriale ed ambientale in genere, la tenuta delle anagrafi animali, gli sportelli informativi e di assistenza per il pubblico, l'offerta di formazione prevenzionistica per gli operatori ASUR e per soggetti terzi.
- 6) Un finanziamento ordinario, sistematico, certo a "copertura" delle necessità per tutte le attività permanenti di cui al punto 5) e per quelle di miglioramento organizzativo (anche nell'ottica dell'integrazione funzionale tra strutture, professioni, saperi diversi), di ricerca e sviluppo, di aggiornamento della strumentazione tecnica, di esecuzione di determinazioni di laboratorio.
- 7) Una programmazione coordinata Regione / ASUR per l'attivazione, la conduzione e la valutazione sistematica di attività progettuali specifiche a termine, finanziate con risorse economiche *ad hoc* (ad esempio, progetti CCM) nonché con gli introiti da sanzioni comminate per violazioni in materia di igiene e sicurezza del lavoro e di salute alimentare ed altri introiti diretti.
- 8) Una programmazione coordinata Regione / ASUR / Università per la formazione universitaria di tutte le più diffuse figure professionali della prevenzione (medici, veterinari, tecnici della prevenzione, assistenti sanitari), attivando sul territorio marchigiano anche il corso di laurea per assistenti sanitari oggi mancante e un'offerta di riconversione creditizia ai fini del conseguimento della laurea triennale per i tecnici della prevenzione e gli assistenti sanitari.
- 9) Una programmazione coordinata Regione / ASUR / Università per la formazione permanente mirata, l'addestramento e l'aggiornamento di tutte le figure professionali della prevenzione.
- 10) Una gestione strategica armonizzata delle funzioni di prevenzione tra Regione e ASUR con il contributo tecnico dell'ARS.

Glossario

Agenzia Regionale Protezione Ambiente Marche = ARPAM
Agenzia Sanitaria Regionale = ARS
Azienda Sanitaria Unica Regionale = ASUR
Area Vasta Territoriale = AVT
CCM = Centro Controllo Malattie del Ministero della Salute
EBP = Evidence Based Prevention
Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani = INRCA
LEA = Livelli Essenziali di Assistenza
PSSR 2010-2012 = Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2012
Servizio Igiene e Sanità Pubblica = SISP
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione = SIAN
Servizio Igiene Alimenti di Origine Animale = SIAOA
Servizio Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche = SIAPZ
Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro = SPSAL / SPreSAL
Servizio Sanità Animale = SA