

# Per una “prevenzione utile ed efficace”: le proposte degli operatori della regione Marche

Chiarino (Recanati), ottobre 2015

I cambiamenti di contesto socio economico portano inevitabilmente anche ad una modifica dei rischi per la salute e di conseguenza ad un cambiamento nei bisogni della collettività a cui la sanità pubblica deve far fronte.

Alcune elementi importanti di questi cambiamenti sono da ricercare nella prolungata crisi economica, nella crescente immigrazione, nelle molteplici forme di lavoro (e quindi di vita) precario, nell'inevitabile invecchiamento della popolazione anche lavorativa e nelle varie forme di indebolimento del *welfare* pubblico e dell'organizzazione sociale.

La legge di stabilità affida ai dipartimenti di prevenzione delle ASL non soltanto l'erogazione dei servizi ma anche il ruolo di regia e di governo del sistema preventivo attraverso modelli operativi atti a gestire tutti gli aspetti della prevenzione prevedendone l'inserimento in ogni politica di salute.

Gli atti “strategici” della giunta regionale delle Marche via via succedutisi a partire da ottobre 2012 (DGR 1537 / 2012, DGR 1590 / 2012, DGR 1696 / 2012, DGR 551/13, DGR 1287/13, DGR 1345/13, DGR 149/14) e la determina ASUR n. 350 del 14.05.2015 delineano, ad oggi, un sistema della prevenzione pubblica basato su dieci “reti della prevenzione”, sei delle quali corrispondenti ai sei servizi dipartimentali storici (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 quattro in buona parte innovative, corrispondenti rispettivamente:

- all'epidemiologia e alla comunicazione del rischio e del danno;
- alla promozione della salute e della sicurezza;
- all'offerta strutturata di prestazioni per screening oncologici;
- alla medicina dello sport.

## 1. direzione tecnica della prevenzione collettiva (DTPC):

L'ASUR si è costituita senza avere, sino al recentissimo 12 ottobre, data in cui è stata formalmente istituita la Direzione Tecnica per la Prevenzione Collettiva (DTPC) dell'ASUR medesima, un supporto tecnico centrale forte che funga da interfaccia tra le funzioni e la produzione dei Dipartimenti di Prevenzione e l'alta direzione del sistema.

Attualmente sono rappresentate nella determina n.706 del 12.10.2015 due delle tre articolazione disciplinate nel Dlgs 229/99, ossia le aree della sanità pubblica (rete degli screening oncologici e rete vaccinale) e della sanità pubblica veterinaria (medicina veterinaria), con la previsione di una possibile integrazione per lo sviluppo di specifiche attività progettuali regionali.

E' auspicabile che presto trovi piena attuazione la previsione che nella DTPC sia inserita l'area della tutela della salute negli ambienti di lavoro, anche alla luce dei programmi e delle linee di attività del Piano Regionale della Prevenzione in cui è evidente il coinvolgimento diretto e le interazioni tra linee di lavoro e programmi specifici (basti pensare alla politica di emersione delle malattie correlate al lavoro: in particolare tumori, malattie muscolo scheletriche, disagio da stress lavoro correlato, alla rete whp come rete di luoghi di lavoro che si impegnano a promuovere buone pratiche e stili di vita salutari negli ambienti di lavoro e molte altre progettualità interessanti in ambito occupazionale).

E' altrettanto auspicabile che, in linea con l'avanzamento delle progettualità che vedranno impegnata ASUR per i prossimi cinque anni, la Direzione Tecnica per la Prevenzione Collettiva divenga centro di progettazione strategica, monitoraggio e verifica di risultato, che essa sia dotata di personale dedicato a tempo pieno, che divenga responsabile dei risultati progettuali

La suddetta DTPC deve essere una struttura proattiva, tecnicamente autonoma, garante di omogeneità e coerenza su tutta l'ambito territoriale dell'ASUR; per tale motivo in essa si devono vedere rappresentate tutte le "anime" del dipartimento di prevenzione, con una propria dotazione organica, non più affidata soltanto ad esperti a tempo parziale sottratti all'attività operativa territoriale.

Al fine di poter superare la visione "statica" degli ambiti d'intervento e poter garantire una forte congruità strategica, tecnica ed organizzativa per la realizzazione di tutti gli obiettivi di salute e sicurezza affidati allo specifico ruolo dei dipartimenti di prevenzione, proponiamo di dotare l'organigramma di supporto alla Direzione Sanitaria ASUR di professionalità che possano completare il "sistema prevenzione" delineato con la determina n°706 del 2015, attraverso l'inserimento delle funzioni inerenti l'igiene degli alimenti e della nutrizione, la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, l'epidemiologia, la promozione della salute, la medicina dello sport, che più di altre hanno bisogno di progettualità e di un'organizzazione generale regionale che coordini gli interventi.

La medicina dello sport può configurarsi come una rete fondamentale nel contesto delle dieci suddette non appena ne venga superata la visione come un sistema di produzione di certificati a fini di idoneità all'agonismo (e di "medicina difensiva" per eventuali casi di eventi avversi negli sportivi) e ne vengano invece valorizzate le potenzialità quale struttura di promozione della salute tramite la mobilità attiva, come già sta avvenendo da qualche tempo in altre realtà regionali.

La DTPC deve indirizzare le "nuove" attività come ad esempio quelle del rapporto "salute-ambiente" e proporre metodologie e modelli organizzativi per rispondere a tutte le sfide della prevenzione (semplificazioni, cambiamento dei rischi per la salute, ecc.)

La DTPC deve promuovere le collaborazioni "a rete" con altri enti esterni e con associazioni della "società civile", dotandosi di modelli organizzativi strutturati che privilegino la cooperazione tra discipline e strutture diverse, tra amministrazioni e tra vari settori della società ("costringano", nel senso buono del termine, a lavorare insieme) .

Fra queste ci sembra importante anche un sistema di relazioni strutturate e collaborative con l'ARPAM (agenzia regionale protezione ambiente marche), con l'INAIL (anche riguardo all'attività della sua ConTARP – consulenza tecnica accertamento rischi e prevenzione), con la rete degli Istituti Zooprofilattici e con le Università.

## 2. la rete territoriale della prevenzione

In merito alla determina ASUR n. 350 /2015 sulla riorganizzazione si sottolinea la chiara mancanza, più volte evidenziata, di un governo tecnico da parte dell'ASUR nella sua elaborazione medesima. L'assetto prefigurato in tale determina si presenta, infatti, come un mero assemblaggio di contenitori pensati esclusivamente "area vasta per area vasta", all'interno del quale nessuno ha stabilito quali funzioni svolgere e soprattutto senza che siano esplicitati i criteri di organizzazione (anche su scala superiore a quella della singola area vasta) delle diverse funzioni. Il risultato sono cinque Dipartimenti di Prevenzione molto variegati sul pur piccolo territorio regionale, i quali per organizzazione e strutture previste sembrerebbero dover lavorare in modo diverso per esigenze diverse.

La soluzione più radicale potrebbe stare in una rimessa in discussione del numero totale e soprattutto di tutta la nomenclatura / qualificazione delle UOC, UOS e UOSD assegnate ai Dipartimenti di Prevenzione, ma siamo convinti che in questa fase possa essere più economico, più razionale e pienamente sufficiente uno sforzo di ri-progettazione e ri-allocazione delle unità operative che già sono previste nella citata determina n. 350 del 2015, ulteriormente razionalizzando in seguito, sempre a "iso-numero di strutture", in occasione della già programmata revisione annuale del 2016.

La determina ASUR n. 350 del 2015 già in effetti prefigura, oltre alle sei (pur spesso disorganiche) reti "di base", anche una rete completa per lo screening (basata su due UOC nelle aree vaste 1 e 2 e tre UOS nelle altre). Molto resta ancora da fare per progettare reti complete per l'epidemiologia (ove resta confusa l'articolazione tra l'epidemiologia di comunità, quella valutativa, quella occupazionale e quella veterinaria, con il rischio di molti "buchi" dal punto di vista sia della copertura territoriale, sia della copertura per funzioni) e per la promozione della salute (ove il quadro è ancora molto indefinito). Pressoché tutto resta ancora da fare per la medicina dello sport.

La determina ASUR n. 706 del 12.10.2015 inizia a porre rimedio a questa debolezza, prevedendo di fatto una direzione tecnica per la prevenzione con un vertice definito e, almeno per il momento, tre articolazioni (vaccinazioni, screening e veterinaria) con relativi incaricati che saranno non più dei meri "consulenti", ma dei responsabili di progetti con relativi obblighi riguardo alla loro realizzazione: già un bel passo avanti, considerato che la suddetta determina mette le mani avanti

chiarendo che ciò che essa stabilisce non è tutto ciò che è prevedibile ed auspicabile, ma solo una parte di esso.

Le strutture della Prevenzione, comprese quelle dedicate alle nuove funzioni di epidemiologia, promozione della salute e sicurezza, screening e medicina dello sport dovrebbero assumere valore di servizio/UOC laddove garantissero (art. 7 del Dlgs 229/99) 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 dipartimentali (UOSD) .

Il rapporto salute-ambiente, con intrecci sempre più stretti fra lavoro, vita e salute, necessita di risposte complesse e quindi ha bisogno di risorse qualificate, capacità professionali interdisciplinari più ampie di quelle disponibili attualmente e più aggiornate nella logica di un intervento globale, eliminando sovrapposizioni e duplicazioni (anche qui: serve personale formato con possibilità di “*service*” anche verso altri territori / aree vaste) come per altre importanti e specifiche attività di ogni servizio della prevenzione.

Occorre ristabilire un rapporto funzionale e inequivoco fra salute e ambiente, “minato” dal referendum del 1993, cercando di riunificare le competenze “parcellizzate” in un’unica struttura funzionale di coordinamento e occorre trasformare le politiche di prevenzione da tema meramente sanitario a fattore di coinvolgimento delle politiche di territorio, ambientali, abitative e produttive; occorre approfondire anche riguardo ad alcuni i rischi fisici non ancora adeguatamente governati (tra cui anche un rischio classico come il rumore), in sinergia con l’ARPAM, per evitare ogni esposizioni indebita facendo sempre riferimento al principio di precauzione.

Occorre che il già da tempo esistente Gruppo Operativo Regionale per le Emergenze Sanitarie (GORES) venga rivitalizzato anche con un contributo strategico dell’ASUR, dotandolo di risorse adeguate ed assumendolo come un interlocutore fondamentale di tutte le istituzioni del sistema pubblico.

A tale proposito risulta urgente la definizione e successiva collocazione organizzativa delle strutture denominate, nella determina ASUR n° 350 del 2015, “igiene ambientale” “ambiente e salute” e “igiene industriale” che, dovendo prevedere la dotazione di una strumentazione di campionamento e analisi complessa oltre a professionalità specifiche, non potranno che essere “*in service*” per un territorio ampio delle singola area vasta.

### 3. il personale

Il personale dedicato alla prevenzione nelle ASL, poi nelle “zone territoriali”, poi nell’ASUR pienamente costituita è andato progressivamente riducendosi di numero e crescendo di età media per mancate sostituzioni a fronte di pensionamenti e trasferimenti.

La contrazione è stata particolarmente significativa sul versante del personale del “comparto” ed in parte anche per la dirigenza medica, mentre per la dirigenza veterinaria si riscontra un investimento in risorse dirigenziali non sempre giustificabili sulla base della struttura produttiva del territorio.

I dati numerici vengono riportati nella allegata tabella (confronto 2010 – 2014) . Da tenere presente un ulteriore decremento da giugno 2014 a ottobre 2015 dovuto a pensionamenti non compensati da turnover.

E’ evidente che la mancanza di una seria e progressiva politica occupazionale porterà ad avere unità operative che, formalmente previste nel piano di riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione, risulteranno molto povere di risorse umane.

E’ anche evidente, dalla lettura dell’allegato, come sia stato erroneamente inteso e male utilizzato il lavoro a tempo determinato (spesso formalmente dedicato a “progetti”, di fatto utilizzato per coprire ordinarie necessità istituzionali), che mostra la maggiore penalizzazione e che non è stato ancora interessato dall’applicazione del recente DPCM 6.3.2015 (Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l’assunzione di personale precario del comparto sanità) che in altre regioni sta permettendo invece la stabilizzazione di molte figure professionali necessarie.

Tale complessiva diminuzione di personale da nostre stime sembra essere di molto superiore a quella osservabile nella generalità del Servizio Sanitario Regionale.

Come avviene già da qualche anno in altre regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, ecc.) si rileva l’importanza di inserire personale dirigenziale delle professioni sanitarie della prevenzione all’interno dei servizi dei dipartimenti di prevenzione.

Questa figura professionale, per la sua peculiarità di conoscere approfonditamente il mondo del comparto (avendo un’esperienza pluriennale all’interno dello stesso), porterà un arricchimento all’interno dei servizi per la gestione del personale.

Il Dipartimento di Prevenzione, per la sua “mission” di prevenzione in primis e di controllo in ambienti di vita, di lavoro e sulla catena alimentare e animale, necessita dell’assegnazione effettiva e

definitiva del 5% delle risorse economiche già previste da anni dalla normativa e dai vari atti di programmazione nazionale della prevenzione.

Tutte le funzioni previste da leggi nazionali e regionali e dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 dovranno essere rappresentate in modo omogeneo nelle aree vaste di tutto il territorio regionale, sia ai fini della programmazione delle attività (garantendo equità nell'offerta di servizi ed omogeneità delle attività su tutto il territorio regionale), sia ai fini della verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Gli operatori partecipanti alla giornata seminariale di Chiarino appartengono in gran parte ai Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, per cui è stata preponderante la discussione sulle criticità organizzative e sulla cronica mancanza di risorse umane di questi Servizi. Non c'è stato un approccio "corporativo" all'analisi e alla proposta, ma inevitabilmente è stato possibile approfondire più sui temi della salute e della sicurezza in ambito occupazionale che su altri; ne sono scaturite, tra l'altro, le seguenti osservazioni che si propongono in termini esemplificativi di una riflessione per problemi concreti che si vorrebbe che avvenisse per tutte le aree della prevenzione.

*Dal confronto è scaturita, tra l'altro, una proposta di "riorganizzazione" dei Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) in area vasta 2, tenuto conto della numerosità della popolazione attiva, della disomogeneità delle varie articolazioni del tessuto produttivo locale (che comprende aree portuali, distretti industriali, aree ad economia di montagna ...) e quindi della complessità del territorio di competenza.*

*La determina ASUR n. 350 del 2015 prevede la presenza di tre UOC SPSAL sul territorio dell'area vasta 2.*

*La proposta prevede che ciascuna UOC da un lato mantenga funzioni e compiti istituzionali di natura territoriale, dall'altro assuma un ruolo di coordinamento per uno specifico asse d'intervento rivolto a tutta l'area vasta, mantenendo quindi il nome di "Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro" affiancato da una specificazione, come segue:*

*SPSAL - area di coordinamento medicina del lavoro*

*SPSAL - area di coordinamento igiene degli ambienti di lavoro*

*SPSAL - area di coordinamento sicurezza negli ambienti di lavoro*

*Ogni UOC avrebbe quindi un ruolo "locale" tradizionale associato a un ruolo innovativo di governance "in rete" mirato alla promozione della congruenza operativa di uno specifico asse di attività (per l'appunto: medicina del lavoro, igiene degli ambienti di lavoro, sicurezza negli ambienti di lavoro) su tutta l'area vasta; la responsabilità di raggiungere gli obiettivi prefissati per ciascun asse di attività rimarrebbe in capo alle singole UOC che ne dovranno rispondere al direttore del Dipartimento di Prevenzione e al Direttore dell'area vasta.*

*Anche per realizzare questo occorrono dotazioni organiche numericamente adeguate e con presenza di tutte le diverse professionalità necessarie allo svolgimento del ruolo sul suddetto "doppio registro", quindi anche con la creazione di figure funzionali specializzate di riferimento per il lavoro per matrici) peraltro già previste dalla normativa: non esiste innovazione senza investimento di risorse.*

*Gli SPSAL hanno la necessità di rimanere sul territorio, secondo il principio di rendere coerente ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, come punto di riferimento per tutte le figure della prevenzione in azienda (lavoratori e loro rappresentanti anche "territoriali", datori di lavoro, responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione aziendali, medici competenti, consulenti vari) e, non per ultimo, dei singoli cittadini e per il pieno raggiungimento dei propri compiti istituzionali in termini di efficienza di sistema /efficacia di risultati.*

*Questa organizzazione proposta per l'area vasta 2 va considerata in un'ottica di temporaneità utile ad equilibrare la presenza delle tre UOC e le funzioni che gli SPSAL da sempre svolgono e sarà garanzia*

- del contatto con il territorio di riferimento e del raggiungimento degli obiettivi attraverso attività e professionalità differenti,*
- di coerenza nella gestione delle "aree" d'intervento che richiedono un approccio multidisciplinare e rappresentano il lavoro che si svolge nei Servizi,*
- della possibile strutturazione "in service" di alcune funzioni*

- di “*coordinamento*” per assicurare uniformità nel conseguimento delle finalità.

Al di là delle formalizzazioni, di cui comunque teniamo conto all'interno del “*trend*” delineato negli atti strategici della Giunta regionale (*sei servizi/UOC dipartimentali*), cogliamo l'importanza che il momento storico ci fornisce per avviare in forma sistematica una serie di “*reti*” della prevenzione su argomenti/tematiche poco o per niente strutturati (epidemiologia, promozione della salute, medicina dello sport, salute e ambiente...), implementandone i contenuti tecnico-organizzativi in presenza di personale professionalmente e numericamente adeguato.

Riteniamo che i contenuti ed i significati espressi nel “*modello SPSAL area vasta 2*” possano trovare accoglimento anche in altre aree della Prevenzione in tutte le aree vaste dell'ASUR.

Altre sfide che ci riguardano sono:

#### **a. semplificazioni, razionalizzazioni e snellimenti documentali**

Le semplificazioni non possono essere considerate come “*tagli lineari*” ma vanno studiate in modo da “*modulare*” le azioni e gli strumenti in funzione delle caratteristiche proprie dell'utenza a cui ci si rivolge (principio di equità). Un altro elemento importante per decidere di semplificare si basa sulle prove d'efficacia (eliminazione delle attività inutili) e di sostenibilità degli interventi; anche le funzioni di assistenza vanno “*modulate*” e strutturate in forme proattive verso la prevenzione.

#### **b. sistemi informativi aziendali**

Il complesso sistema di azioni che la prevenzione porta avanti sul territorio necessita di un ‘robusto’ sistema informativo che consenta l'analisi dei bisogni, il continuo monitoraggio delle attività, l'evidenziazione delle criticità e lo studio di soluzioni adeguate.

Esempi di sottosistemi necessari alla prevenzione sono l'anagrafe vaccinale informatizzata (che potrà permettere la sorveglianza delle coperture vaccinali), lo sviluppo e la gestione delle sorveglianze sugli stili di vita (Passi, Sorveglianza 0-2 anni, ecc.), la cura dei flussi informativi correnti (mortalità, ricoveri, nuovi nati, infortuni, malattie professionali, ecc.)

#### **c. formazione continua**

La formazione è il valore che distingue il processo di riorganizzazione e di crescita del sistema stesso per cui andrebbe sviluppata e completata la rete regionale dell'offerta di formazione universitaria per i tecnici della prevenzione (per i quali nelle Marche vi è il solo corso di laurea triennale) e gli assistenti sanitari (per i quali nelle Marche nemmeno esiste il solo corso triennale), in funzione delle loro competenze professionali specifiche espressamente definite dal Decreto Interministeriale 2 aprile 2001 *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie*.

Le sfide che i paradigmi della nuova prevenzione impongono, anche agli operatori, pur preparati ma spesso fermi alla formazione professionale di alcuni anni fa, un adeguato ascolto dei bisogni formativi e un'opera di continua riprogettazione della formazione e di riallineamento delle competenze e capacità professionali per rispondere adeguatamente alle mutate e mutevoli esigenze della salute collettiva. In questo senso andrebbe ricercata, d'intesa con l'Università, la possibilità di offrire anche sul territorio marchigiano, l'opportunità di un ulteriore sviluppo di master specialistici per le professioni sanitarie dell'area della prevenzione.

#### **d. comunicazione istituzionale e comunicazione del rischio**

Nonostante le difficoltà i Servizi continuano a garantire prestazioni alla comunità e a fare il proprio meglio per tutelare i cittadini. Occorre però investire nella comunicazione di tutte le azioni svolte dai Dipartimenti di Prevenzione cercando le modalità più adatte per raggiungere l'utenza (stampa locale, radio-tv, social network, ecc.) ma anche attraverso la cura e l'aggiornamento di strumenti interni quali “*siti dedicati*”, sportelli on line, report di attività, ecc.

I “*siti*” delle aree vaste (inserendo i prodotti che di volta in volta vengono realizzati), anche attraverso un piano della comunicazione di Asur affidato per la realizzazione all'Urp e, dove possibile, in collaborazione con le unità di promozione della salute, possono diventare uno strumento efficace di scambio con la collettività e i suoi rappresentanti.

Occorre infine implementare e sperimentare l'“*audit*” quale strumento di supporto al monitoraggio della performance, alla valutazione di efficacia, all'implementazione di linee guida e alla definizione di percorsi e procedure tecniche ed organizzative di gestione del rischio.

**e. la gestione delle emergenze in sanità pubblica**

I Dipartimenti di Prevenzione garantiscono sicuramente “l’attività ordinaria” ma oggi non basta più la sola buona gestione del quotidiano; occorre un salto di qualità perché la prevenzione diventi un investimento.

Va quindi rafforzato il ruolo del sistema di sanità pubblica attraverso modelli che prevedano un’organizzazione interprofessionale, nelle emergenze di tipo idrogeologico, nel rischio sismico, nella gestione delle problematiche sanitarie legate alla immigrazione, nella gestione del territorio (piani urbanistici ed edilizi), nella sorveglianza delle infezioni ospedaliere, ma anche delle malattie trasmesse da vettori e nelle malattie infettive in genere

Il funzionamento del Gruppo Operativo Regionale Emergenza Sanitaria costituisce lo snodo tecnico ed organizzativo garante della gestione delle emergenze in sanità pubblica.

Il presente documento non vuole essere solo un insieme di proposte (che pure scaturiscono da fattive discussioni tra gli operatori) e non vuole esaurirsi nel “chiuso” dei dibattiti tecnici spesso lontani dalla realtà, ma vuole indicare una proposta operativa per un percorso quanto più possibile condiviso con la Direzione della Sanità marchigiana (Regione, Asur) nonché con le organizzazioni sindacali dei lavoratori e di quanti altri abbiano idee da proporre.

Con gli interlocutori, a cui inviamo questo documento, riteniamo utile discutere sul “che fare”, sul “perché fare” e sul “come fare”, anche per realizzare gli obiettivi della programmazione nazionale e regionale (che si assommano al recente Piano Regionale della Prevenzione) e per lavorare efficacemente a favore della salute della popolazione marchigiana.

Per le associazioni

**ASNAS Sezione Marche**

Miria De Santis [miria.desantis@gmail.com](mailto:miria.desantis@gmail.com)

**UNPISI Sezione Regionale Marche**

Francesco Barbalinardo [francesco.barbalinar@sanita.marche.it](mailto:francesco.barbalinar@sanita.marche.it)

Massimo Principi [m.principi@univpm.it](mailto:m.principi@univpm.it)

**SNOP Sezione Marche**

Maurizia Giambartolomei [mauri.giambartolomei@sanita.marche.it](mailto:mauri.giambartolomei@sanita.marche.it)

Roberto Calisti [Roberto.calisti@sanita.marche.it](mailto:Roberto.calisti@sanita.marche.it)

**AITeP Sezione Marche**

Paolo Pagliariccio e Lorenzo Papa [aitepmarche@gmail.com](mailto:aitepmarche@gmail.com)

