

DARE RISORSE AI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE E ALLA MEDICINA TERRITORIALE.
IL MOMENTO E' OGGI

I TEMI TRATTATI

1. La ripresa dell'attività dopo il lockdown impone un cambio di passo
2. Il PNP di recente approvazione recepisce almeno parte delle esigenze espresse in questi anni e prevede la approvazione entro il 2021 di coerenti PRP
3. I PRP, assieme a scelte governative di rafforzamento della sanità e, entro questa, delle strutture dedicate alla prevenzione, devono prevedere obiettivi chiari e misurabili e soprattutto risorse di personale adeguate per perseguirli
4. Bilancio delle risorse perdute e delle difficoltà attuali
5. Occorre il recupero immediato delle risorse perdute, puntando al 5% del Fondo sanitario complessivo e a spendere in progetti anche gli introiti derivanti da sanzioni in tema di sicurezza lavoro e alimenti, ma anche definire (a livello nazionale e/o nei PRP) criteri e tempi per definizione standard operativi funzionali che tengano conto dei carichi di lavoro per il raggiungimento dei LEA. *In allegato una prima proposta di standard per PSAL e criteri per definirli per gli altri servizi, da offrire alla discussione*
6. Per quanto riguarda Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro: riprendere obiettivi definiti in documento CIIP e SIRP, verificando coerenza con obiettivi PNP
7. Occorre un piano nazionale di formazione delle figure della prevenzione

1. La Ripresa dell'attività dopo Il lockdown impone un cambio di passo

L'epidemia di COVID 19 ha fatto emergere grandi criticità del servizio sanitario e sociosanitario lombardo per quanto riguarda la medicina di territorio e la prevenzione.

Si è avvertita in gran parte del paese la carenza di coordinamento regionale per le attività di sanità pubblica e di tutela della salute collettiva, specie nella prima fase dell'epidemia, che ha determinato gravi criticità nel sistema. Ciò è risultato particolarmente evidente in Regione Lombardia, dove i Dipartimenti di prevenzione sono stati lasciati privi di indicazioni e dove il modello di separazione tra Agenzie di Tutela per la Salute (ATS) e Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) voluto dalla L.R. 23/2015, non ha certo favorito una risposta rapida ed efficace alla pandemia; le scelte lombarde infatti hanno perseguito, anche in questa occasione, un modello ospedalocentrico con i risultati negativi che tutti abbiamo osservato, a differenza di altre regioni che attivando i Dipartimenti di Prevenzione e la medicina territoriale hanno conseguito risultati migliori in termini di contenimento della diffusione del COVID e di saturazione degli ospedali.

Non ritualmente quindi nelle considerazioni in premessa al Piano Nazionale Prevenzione, approvato lo scorso Agosto in Conferenza Stato-Regioni, si afferma la necessità - a seguito della pandemia - di "rimodulare e potenziare, nel breve e medio periodo, gli interventi di prevenzione e promozione della salute basati su reti integrate di servizi sociosanitari ..."

Il territorio, in questi anni, ha sofferto le sottovalutazioni da parte del programmatore e di decisori e gestori sanitari locali, nonostante siano i Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria a dover assicurare, come previsto dai LEA, le funzioni di prevenzione sanitaria, compresi la *governance* e l'orientamento dell'offerta di prestazioni di prevenzione erogate dagli ospedali e dalla medicina di base.

Sono argomenti ormai ampiamente condivisi; dal documento CGIL "Dall'emergenza al nuovo modello di sviluppo: un welfare più forte per diritti universali" dell'ottobre 2020: "*Il Paese sta pagando, a duro prezzo, anni di disinvestimento, in termini di risorse umane e finanziarie, nei servizi della prevenzione complessivamente intesi, dalla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro fino all'ambiente. Occorre una finalizzazione e un vincolo sulle risorse da dedicare ai capitoli di spesa sulla prevenzione complessivamente intesa, ricomprendendo, a proposito di ambiente, anche le Agenzie Regionali per la Prevenzione Ambientale (ARPA)*".

2. Il PNP 2020-2025 recepisce almeno parte delle esigenze espresse in questi anni.

Si riportano qui letteralmente alcune prese di posizione significative contenute nel testo del PNP, cui occorre dare un seguito efficace, in termini sia normativi, sia di strategie e di pianificazione di attività. Allo

scopo occorre potenziare decisamente le strutture, anche attingendo con effetto immediato alle risorse comunitarie (*MES e Recovery Fund*) che a breve garantiranno le necessarie coperture economiche.

“È indispensabile programmare e progettare sempre più in modo integrato e in termini di rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel Territorio e gli Ospedali, i quali se isolati tra di loro e separati dal territorio che li circonda non possono rappresentare l'unica risposta ai nuovi bisogni imposti dall'evoluzione demografica ed epidemiologica”.

“Nella salute pubblica è necessario porre l'attenzione ai **determinanti sociali e ambientali** e il territorio deve essere in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva (individuazione casi sospetti e/o positivi e controllo dei contatti, gestione isolamento domiciliare, appropriato ricovero ospedaliero, ecc.), sia per garantire interventi di prevenzione, diagnosi precoce e profilassi (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) e affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità”.

“Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie **alleanze e sinergie intersettoriali** tra forze diverse”.

“E' indispensabile **rafforzare le Aziende sanitarie** nello sviluppo delle attività di primo livello (prevenzione, medicina di base, attività distrettuale), legandole alle esigenze della comunità locale e garantendo i processi d'integrazione tra area sociale e socio-sanitaria e tra Territorio e Ospedale”.

“Occorre completare il percorso, già avanzato in alcune Regioni, verso il completo superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del MMG, in favore di **forme aggregate e integrate di organizzazione** che consentano una risposta multidisciplinare e multifattoriale ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni alla settimana”.

Il PNP investe sulla messa a sistema in tutte le Regioni dei programmi di provata efficacia (es. vaccinazioni e screening oncologici) e di linee di azione (Programmi “Predefiniti”, vincolanti per tutte le Regioni) basate su evidenze di efficacia, buone pratiche consolidate e documentate, strategie raccomandate, nazionali e internazionali.

E' quindi un'occasione da non perdere per mettere in pratica l'idea di un coordinamento forte centrale con vincoli sulle risorse da dedicare ai capitoli di spesa sulla prevenzione (almeno il 5% delle risorse assegnate alle regioni ai Servizi di prevenzione) che siano oggetto di controllo da parte del Ministero della Salute, che rispetti però le specificità territoriali e non prefiguri un ritorno a forme di centralizzazione burocratica che hanno dimostrato di non funzionare.

3. I PRP devono prevedere obiettivi chiari e misurabili e soprattutto risorse di personale adeguate per perseguirli

L'iter realizzativo prevede la approvazione entro Settembre 2021 dei Piani Regionali di Prevenzione previa verifica di coerenza con il PNP a livello ministeriale. Il Piano sarà quindi a regime con la fine del 2021; per allora è necessario siano a regime anche le risorse di personale da dedicare al raggiungimento di obiettivi chiari e misurabili.

Il problema delle risorse è assolutamente critico ed è stato più volte sollevato in diversi contesti nei mesi scorsi; l'occasione della redazione dei PRP che occuperà i prossimi mesi rende però di piena attualità la ripresa dell'argomento e la definizione a livello nazionale e delle singole regioni di adeguati percorsi per affrontarlo.

Nel seguito ci si concentra sulla situazione lombarda e sui Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ma molte considerazioni sono di carattere generale.

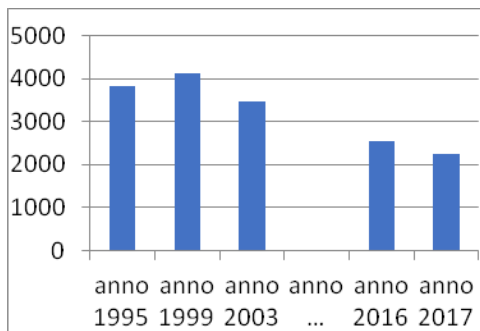
4. Bilancio delle risorse perdute e delle difficoltà attuali

Non si sa quanti sono a livello nazionale gli operatori dei dipartimenti, tantomeno suddivisi per servizi, essendo mancate in questi ultimi anni rilevazioni sia da parte del Ministero della salute che del Coordinamento delle Regioni; si sa però che il personale specie negli ultimi anni è fortemente diminuito a causa di mancato turn-over e per assenza di investimenti.

Si portano qui, a titolo di esempio i dati lombardi relativi ai Dipartimenti di Prevenzione.

La Lombardia investe in prevenzione una percentuale del Fondo sanitario ben al di sotto del 5%.

Le risorse di personale dei Servizi di prevenzione delle ASL si sono via via assottigliate, in diversi casi dimezzate, per mancato reintegro del turnover per le varie figure professionali e mancati investimenti nel sistema dei Laboratori di Sanità pubblica, (attrezzature spesso obsolete).



Tra 2003 e 2017 persi 1229 operatori (-35,3%)

Tra 2016 e 2017 persi 293 operatori (-11,5%).

1995: 3809

1999: 4127

2003: 3479

2016: 2543

2017: 2250

Nel solo periodo 2016-2017 secondo i dati forniti dalla Regione in risposta ad una interrogazione consiliare si sono persi 290 operatori.

Ma andando indietro nel tempo si vede che tra il 2003 e il 2017 si sono persi 1.229 operatori (-35,3%); ciò in parte è dovuto alla forte riduzione dei Laboratori di Sanità Pubblica - che invece avrebbero bisogno essere rafforzati per nuove necessità analitiche e per evitare l'affidamento a privati di funzioni di controllo (es. amianto) - e, nel periodo più recente, alla riorganizzazione legata alla LR 23/2015, ma la differenza è comunque clamorosa, e il calo è continuato nel 2018.

Non si hanno notizie precise per quanto riguarda il 2019-2020. E' però accertato che ancora a settembre 2020 solo 55 USCA su circa 200 previste (1 per 50.000 abitanti) erano state istituite, ma affidate di fatto a guardia medica e che le ATS stanno attualmente cercando al loro interno risorse per il tracciamento dei casi.

5. Occorre un recupero immediato delle risorse perdute

Occorre recuperare al più presto gli organici perduti dai Servizi e incrementarli, dotandoli delle diverse professionalità necessarie, per rafforzare i Dipartimenti di Prevenzione, per aumentare gli interventi di controllo e di prevenzione, per favorire l'adozione da parte delle imprese, degli Enti Locali, dei cittadini, di una maggior cultura della sicurezza.

Tra gli interventi occorre anche rafforzare i Laboratori di Prevenzione, soprattutto per le attività di igiene industriale.

Accanto all'ovvia necessità di rafforzare e riorganizzare la medicina del territorio e i necessari collegamenti con quella ospedaliera, occorre quindi puntare a finanziare i Dipartimenti di prevenzione a partire dall'uso del 5% complessivo del Fondo sanitario, e a finanziare ulteriori progetti qualificati per rafforzare il sistema di prevenzione a livello regionale e territoriale (personale con contratti per progetti, formazione, rafforzamento delle strutture centrali, sistema informativo, centro documentazione, ecc.) con i fondi annuali derivanti dagli introiti delle sanzioni ex D.Lgs. 81/08 e dalla normativa in materia di alimenti (L.194/2008). Ma occorre anche, superando la logica della percentuale residuale sul totale del fondo sanitario, prevedere nei PRP (e possibilmente a livello nazionale) criteri e tempi per la definizione di standard operativi funzionali, che tengano conto dei carichi di lavoro per il raggiungimento dei LEA.

Per garantire nel tempo un'adeguata dotazione di risorse occorre arrivare infatti a una definizione degli standard operativi a partire dai compiti previsti dai LEA; in attesa degli esiti di un lavoro minuzioso di rilevazione è possibile però fare una prima stima sulla base di una rilevazione del bisogno e delle esperienze nel tempo sviluppate.

Si allega qui una prima proposta di standard per PSAL e criteri per costruire standard per altri servizi, da offrire alla discussione e da combinare con una valutazione dei carichi derivanti dal pieno perseguimento dei LEA.

6. Per quanto riguarda PSAL: riprendere obiettivi definiti in precedenti documenti (Movimento difesa SSN, CIIP,), verificando coerenza con obiettivi PNP

La pandemia ha provocato profondi cambiamenti nel mondo del lavoro e nei rischi occupazionali (disoccupazione, crisi profonda di molti settori strategici es. turismo e attività collegate, notevoli modifiche dei rischi in sanità, molte imprese costrette a riconvertirsi per la produzione di DPI anti Covid, profonda crisi di PMI e artigianato, etc.)

Sono necessari, come sostiene anche il PNP, che in materia prevede opportunamente una serie di

Programmi Predefiniti, importanti interventi affinché la normativa sia pienamente attuata da parte dell'imprenditoria e la sicurezza e la salute dei lavoratori siano al centro della attenzione quanto la qualità della produzione, sostenendo la qualificazione delle imprese e la partecipazione dei lavoratori, rafforzando la rete degli RLS.

Serve in effetti una maggior qualificazione delle imprese, in particolare di quelle che svolgono lavorazioni ad elevato rischio, con l'obbligo di formazione alla sicurezza dei datori di lavoro che intendono intraprendere tali attività. Oggi, infatti, è possibile avviare imprese di tal fatta senza nessuna cognizione dei rischi che possono comportare.

Occorre inoltre **ripulire dall'illegalità il mercato delle consulenze e della formazione**, promuovere e controllare più seriamente i processi di formazione, anche semplificando e razionalizzando gli obblighi, troppo spesso considerati ancora meri adempimenti formali da evadere se possibile o adempiere con corsi fasulli.

Prevedere incentivi diretti alle imprese che effettuano investimenti specifici per l'utilizzo sicuro dei macchinari ed in generale delle attrezzature di lavoro.

Mirare gli interventi di vigilanza e di prevenzione da parte dei Servizi delle ASL a quei settori che sulla base dei dati epidemiologici presentano maggiori rischi. Occorre al riguardo sviluppare ancor più il sistema informativo regionale, anche in supplenza di carenze nazionali (*il SINP non mantiene le promesse*) e al contempo la formazione al suo utilizzo da parte degli operatori dei Servizi.

Il nuovo Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 per la prima volta cita il SINP fra le fonti informative necessarie per la sua attuazione. Il problema è che il SINP (previsto dall'art. 8 del D.Lgs. 81/08, ben 12 anni fa) non esiste e non è neanche alle porte (*i decreti attuativi ne danno una lettura estremamente riduttiva*). Inoltre, per analisi più utili servono altre informazioni sulle professioni e sulle modalità di accadimento degli infortuni, nonché informazioni sui lavoratori necessarie per definire i denominatori; dati già disponibili in altri sistemi informativi quali quelli di INPS.

Occorre, pertanto, sollecitare la nascita al più presto del SINP e nel frattempo rendere vincolante per le Regioni e per le ASL l'utilizzo dei sistemi informativi disponibili, in primis i Flussi informativi INAIL-Regioni che possono **da subito** supplire parzialmente ai deficit informativi di cui sopra, *ma anche proporre a livello regionale soluzioni di supplenza alle maggiori carenze.*(vedere conclusioni del **Seminario di studio del Movimento difesa del SSN - INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI: CONOSCERE PER PREVENIRE. PERCHÉ IL SISTEMA INFORMATIVO STENTA A NASCERE?** - Milano, 22 Ottobre 2018)

Un'attenzione particolare deve essere posta alle piccole imprese, alle cooperative, ai lavoratori autonomi, a cui, in un tessuto produttivo sfilacciato, vengono sempre più affidati lavori in appalto ad elevato rischio (un esempio per tutti sono le attività di manutenzione).

Rafforzare i controlli nei cantieri, in agricoltura e nelle aziende a maggior rischio, sviluppando il metodo dei piani mirati, che, opportunamente combinando assistenza alle imprese e vigilanza, favoriscono la diffusione e la promozione di best practice, e prevedendo risorse, scelte organizzative e impegno di tutti gli attori, istituzionali, aziendali e delle parti sociali.

Rivedere i piani di formazione degli operatori della prevenzione in un rapporto stretto tra Università e SSR per renderli più adeguati alle esigenze professionali di chi dovrà operare sia nei servizi pubblici che in quelli aziendali; istituire momenti di aggiornamento e di confronto periodico degli operatori dei Servizi delle ASL. Intervenire in modo più incisivo nella scuola per favorire la crescita della cultura della prevenzione.

7. Un piano di formazione delle figure della prevenzione

La categoria che meno si è formata in questi anni è quella dei **datori di lavoro**, cioè di coloro su cui grava il compito primario di istituire e governare il sistema di sicurezza nei luoghi di lavoro. Occorre pertanto che, nell'ambito della definizione dei requisiti minimi di qualificazione delle imprese, venga presa in attenta considerazione anche la formazione alla sicurezza del datore di lavoro, soprattutto delle piccole e medie imprese.

Per quanto riguarda la formazione delle **altre figure aziendali** occorre ripensare il sistema e le metodologie della formazione, soprattutto nell'ottica della sua efficacia e rivedere, anche nella prospettiva di unificarle

in un solo testo normativo, tutte le disposizioni in materia di formazione attuative del D.Lgs 81/2008, definendo criteri omogenei sull'accREDITAMENTO dei soggetti formatori e sui requisiti dei docenti.

Per quanto riguarda la formazione del **personale dei servizi** il reintegro delle risorse di personale dei Dipartimenti di prevenzione perdute nel corso degli anni, e il loro incremento sulla base degli standard da definirsi (vedi sopra) impone la necessità di formulare un piano nazionale di formazione delle diverse figure della prevenzione necessarie.

Il piano dovrà riguardare le varie figure, sia quelle tradizionalmente presenti nei Servizi che quelle che, in considerazione delle nuove necessità imposte dai cambiamenti sociali e dei nuovi LEA, si rendono necessarie: medici igienisti, del lavoro, tecnici della prevenzione, assistenti sanitari, ingegneri, chimici, fisici, psicologi

Il piano di formazione dovrà riguardare non solo il personale che deve essere destinato al SSN ma anche gli operatori che vengono impiegati presso le imprese (Medici Competenti, RSPP e ASPP, veterinari, tecnici alimentari, dell'ambiente,). A tal fine si rende necessaria l'attivazione di un confronto con le forze sociali per un censimento delle necessità e la formulazione di proposte.

Gli attuali posti assegnati alle Università e alle Scuole di specializzazione sono del tutto insufficienti a coprire il fabbisogno; dovranno quindi essere adeguati ai fabbisogni ovviamente assegnando maggiori risorse alle Università.

Riteniamo, inoltre, necessario che i programmi della formazione universitaria siano rivisti alla luce dei profondi cambiamenti che in questi anni si sono verificati nella società e nel mondo del lavoro. E' necessario avviare quanto prima un aperto confronto tra Università e operatori della prevenzione, anche attraverso le associazioni scientifiche e professionali.

Analogamente anche le Regioni dovranno formulare piani regionali di aggiornamento professionale attualizzandoli maggiormente in rapporto alle esigenze territoriali. Indispensabile a tal fine aprire confronti con le forze sociali oltre che con gli operatori stessi dei Dipartimenti di prevenzione.

13/10/2020

Movimento per la difesa e il miglioramento del SSN

a cura di Eugenio Ariano – Susanna Cantoni – Bruno Pesenti

ALLEGATO 1

Criteria per la definizione degli standard operativi: partire dai LEA per definire compiti e azioni

Non è accettabile l'ipotesi circolata qualche tempo fa di standard basati su un semplice rapporto operatori della prevenzione/ popolazione generale, che può avere significato solo per l'Igiene pubblica in particolare per i servizi legati a malattie infettive e vaccinazioni e promozione della salute in ambienti di vita.

Prendendo a riferimento a titolo di esempio il SIAN e lo SPSAL altri parametri come il numero e l'importanza delle attività soggette a vigilanza diventano più rilevanti e la numerosità della popolazione perde molta della sua importanza.

Per valutare in modo appropriato il numero necessario di operatori per questi servizi andrebbe ripreso il lavoro effettuato negli anni 90 in Regione Lombardia, basato sul calcolo dei carichi di lavoro per figura professionale dopo aver definito gli output.

Naturalmente questi dati e le specifiche prestazioni debbono essere riviste in riferimento alla evoluzione normativa e ai cambiamenti professionali e culturali intervenuti.

Per la definizione degli organici va comunque tenuto conto del fatto che è necessario prevedere oltre alle singole attività, anche "macroattività" che comprendano tutte le azioni non previste negli specifici output quali programmazione, formazione e attività nei confronti di target non strettamente individuabili. In Regione Lombardia le macro attività rappresentavano in precedenti rilevazioni dal 30 al 40% delle ore complessive lavorate dai servizi.

PSAL:

L'Impiantistica non è compresa nella proposta; per questa attività peraltro si auspica una profonda revisione normativa delle verifiche periodiche che le riconduca alla piena responsabilità del Datore di Lavoro, eventualmente con qualche eccezione ben definita, riconducendo il personale dei Servizi ad attività di vigilanza specialistica sulle imprese e a controlli sui soggetti abilitati (*vedi anche proposte del documento CIIP D.Lgs. 81/08 10 anni dopo*). In ogni caso la base di calcolo potrebbe essere legata agli impianti attualmente soggetti a verifica (censiti da INAIL) e ai soggetti abilitati e organismi abilitati operanti sul territorio.

Per determinare il fabbisogno occorre pesare il mix di lavori che insiste sul singolo territorio di ASL in modo da proporzionare adeguatamente le risorse alle caratteristiche territoriali, tenendo conto dell'indicazione a lavorare prevalentemente per piani mirati e in applicazione dei Piani Nazionali esistenti (agricoltura, edilizia, cancerogeni, patologie muscolo-scheletriche, stress lavoro correlato).

Reperire i numeri effettivi di addetti alle varie attività lavorative non è banale, considerato che nei flussi INAIL non sono presenti alcune attività importanti, tra cui l'agricoltura – assicurata indirettamente tramite INPS e solo quando il reddito prevalente è di origine agricola - e le attività inquadrare come "Conto Stato" i cui dati infortunistici sono raccolti solo a fini statistici. Perlomeno per queste attività bisogna quindi ricorrere a dati o stime da altre fonti.

Per una prima stima grossolana a scopo esemplificativo si è ritenuto sufficiente, relativamente alla Regione Lombardia:

- Stimare gli addetti all'agricoltura sulla base del numero di aziende al censimento 2010 (53.000) attribuendo una media di circa due addetti per azienda, per un totale di 110.000 addetti;
- Utilizzare gli addetti 2017 per codice ATECO per tutti gli altri lavori assicurati da INAIL
- Stimare la quota non assicurata per differenza tra quanto sopra e il dato ISTAT di addetti in Lombardia nel 2017

Nella **pesatura degli addetti equivalenti** si è tenuto conto della rischiosità dei diversi lavori e della presenza di piani nazionali:

- agricoltura e pesca, edilizia: 2
- Industria "pesante" (agroindustria, siderurgia, cantieristica, legno, concia, estrazione minerali): 1,5
- Industria altro, ma anche sanità (Q), trasporti (H), e forniture servizi base (D,E): 1
- Commercio e servizi e non assicurati INAIL: 0,5 o 0,3 (contiene un mix eterogeneo di attività, alcune a basso rischio infortunistico di tipo impiegatizio per le quali occorre però tener presente i piani nazionali per patologie muscolo-scheletriche, stress lavoro correlato, altre con tipologia di

attività simil-industriale (es. riparazione autoveicoli, carrozzerie) o assimilabili a edilizia o agricoltura (es. stradini, antennisti, ...)

Occorre inoltre definire le **proporzioni tra le diverse figure professionali** che compongono i Servizi.

Si formula qui la seguente proposta, allineata alla realtà odierna dei Servizi:

x 15000 addetti equivalenti (come sopra definiti): Dirigenti medici 0,8
 Dirigenti altre lauree 0,33
 Tecnici della Prevenzione 4
 ASV 0,5
 Amministrativi 1

Settore produttivo peso	Addetti	Addetti equivalenti	Med. Lav (0,8)	TdP (4)	ASV (0,5)	Amm.vi (1)	Altre lauree (0,33)	Fonte: addetti INAIL 2017 e stime
Agricoltura x 2	110.000	220.000	12	59	7	15	5	stima da 53000 imprese censimento 2010
Edilizia x 2	297.000	594.000	32	158	20	40	13	INAIL F
Ind. "pesante" x 1,5	165.532	248.298	13	66	8	17	5	INAIL: agrindustria siderurgia, cantieristica, legno, concia, estrazione minerali,
Industria, sanità, trasporti x 1	1.624.890	1.624.890	87	433	54	108	36	INAIL: industria restante, sanità (Q), trasporti (H), forniture servizi base (D,E)
Commercio/servizi x 0,5 (/0,3)	2.201.929	1.100.965	59	294	37	73	24	INAIL: commercio (G), servizi: I, J, K-P, R-U, stima non assicurati (da ISTAT)
Totale Lombardia	4.399.351	3.788.153	202	1.010	126	253	83	Totale: 1.674

SIAN:

Per il SIAN la normativa europea impone di programmare l'attività anche in base ai rischi valutati dalla autorità competente individuando frequenze di vigilanza diversificate in base alla graduazione del rischio della singola attività.

In Lombardia, ma non solo, in accordo con i Servizi Veterinari, si è convenuto di individuare 3 livelli di rischio, alto che prevede un sopralluogo all'anno (cucine di mense ospedaliere o scolastiche con elevati numeri di pasti, attività industriali a rischio), medio, con frequenza biennale (altre mense, laboratori di produzione), basso con frequenza pluriennale (bar, ristoranti, esercizi di vicinato).

Indicazione similari sono da tempo previste nei PNP e PRP per il SPSAL .

Analogamente a quanto ipotizzato per PSAL per stimare il fabbisogno di operatori per IAN conviene partire dalle imprese di produzione, ristorazione e vendita, combinate con punti ristorazione collettiva (mense aziendali, di scuola obbligo, ecc.) sulla base delle indicazioni fornite dal Manuale operativo regionale di applicazione della Dir. CE e di quanto previsto dal DM ... per il controllo delle acque potabili.

Per gli aspetti relativi all'attività in tema di nutrizione: la grande distribuzione (e probabilmente almeno la popolazione scolastica).

Limitatamente agli aspetti di igiene degli alimenti, sulla base di tale suddivisione calcolata per ex ASL Milano e confrontata con i carichi di lavoro, si può stimare un fabbisogno di:

100 TdP per 10.000 imprese/anno da controllare,

20 medici/altre lauree,

25 amministrativi.

ASV per tossinfezioni? (da ISP?)

Nutrizione: dietiste, nutrizionisti

Proposta di criteri per definizione fabbisogni

Servizio	Parametro	Note
Igiene Pubblica	abitanti + turisti *	* per le zone ad alto turismo
Salute Ambiente	abitanti +siti inquinati+infestazioni	i siti inquinati sono censiti
SIAN	IA aziende alimentari suddivise in 3 classi: rischio alto (classe 1) rischio medio (classe 2) rischio basso (classe 3)	suddivisione in base all'entità del rischio che determina una diversa frequenza di controlli– Reg. CE 882/04
	N abitanti + mense + grande distribuzione + scuole	dati ricavabili da censimenti
PSAL	addetti ponderati secondo 4 classi	agricoltura, pesca, edilizia = 2 industria pesante, agrindustria = 1,5 industria, sanità, trasporti = 1 commercio, servizi, settori non assicurati INAIL = 0,3/0,5
Impiantistica	N° impianti censiti da verificare secondo normativa	Impianti elettrici, di sollevamento (no ascensori), a pressione
Laboratorio Prevenzione	frazione del totale operatori dei Dip Prev del bacino d'utenza (1,5% ?)	Popolazione
Dipartimento Epidemiologia + sistema informativo e qualità, ecc.	équipe di 5-10 operatori in rapporto alle dimensioni del territorio e del Dip Prev	
Veterinari	N° allevamenti o capi bestiame + n°macelli +aziende alimentari+ animali affezione + infestazioni	Capi equivalenti Macelli: potenzialità Az. alimentari: vedi IAN Pet