

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2729

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ZANGHERI, BASSOLINO, MONTANARI FORNARI, BENEVELLI, PALLANTI, BOSELLI, MONTESSORO, BARBERA, STRUMENDO, ALBORGHETTI, GHEZZI, PELLEGATTI, LODI FAUSTINI FUSTINI, BERTONE, BERNASCONI, CECI BONIFAZI, COLOMBINI, DIGNANI GRIMALDI, FACHIN SCHIAVI, LO CASCIO GALANTE, MAINARDI FAVA, SANNA, TAGLIABUE, MIGLIASSO, MINOZZI, NAPPI, PEDRAZZI CIPOLLA, REBECCHI, SERAFINI MASSIMO, BRESCIA, TESTA ENRICO

Presentata il 19 maggio 1988

Disposizioni per interventi programmatici in materia di prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro

ONOREVOLI COLLEGHI! — 1. La legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale indicava nella prevenzione e nella promozione alla salute i principali obiettivi da perseguire. A tal fine la riforma sanitaria prevedeva un assetto metodologico e organizzativo dei servizi e dei presidi della USL caratterizzato da un approccio globale ai fattori di rischio e di malattia (ambiente di vita e di lavoro) e unitario nei diversi aspetti preventivi, curativi e riabilitativi, con riferimento sia ai problemi ambientali che più specificamente igienico-sanitari.

Il perseguimento di tali obiettivi avrebbe comportato la predisposizione in termini progettuali e di programmazione di piani di settore nonché la conseguente destinazione di risorse (personale e investimenti), necessarie a garantire l'estensione dei servizi di prevenzione sull'intero territorio nazionale. Era questa la condizione necessaria per la promozione di azioni volte all'individuazione ed alla rimozione delle cause di nocività e malattia ed alla conseguente realizzazione di interventi coordinati finalizzati alla conoscenza ed alla soluzione dei grandi pro-

blemi collettivi connessi con la tutela della salute pubblica e con l'arresto del progressivo degrado ambientale, superando impostazioni politiche riduttive o interventi frammentati e limitati alle emergenze.

In questo quadro, così come previsto dalla stessa legge 833 del 1978, occorre porre mano ad una serie di impegni politico-programmatici che riguardavano essenzialmente:

l'adeguamento della normativa ai vari livelli istituzionali (centrali e periferici), allo scopo di definire con chiarezza criteri e procedure per il raggiungimento dei necessari livelli di sicurezza e di garantire trasparenza e certezza in ordine alle competenze e alle funzioni da attribuire ai vari organismi o servizi preposti all'esercizio dell'attività di vigilanza e di controllo;

il potenziamento delle attività formative e di quelle informative indirizzate sia alla utenza che agli operatori; azione questa da ritenersi fondamentale per consentire un adeguato livello di conoscenze per la valutazione dei problemi e per la crescita della prevenzione come cultura diffusa;

il potenziamento quali-quantitativo dei servizi e dei presidi delle UU.SS.LL. operanti nel settore della prevenzione nonché degli Istituti centrali, al fine di assicurare una razionale ed efficace programmazione degli interventi;

l'assunzione di una metodologia operativa fondata su estesi livelli di partecipazione e sul conseguente apporto conoscitivo da parte dei cittadini e dei lavoratori.

L'emanazione del Piano sanitario nazionale e di specifici piani di settore avrebbe poi dovuto rappresentare il momento significativo e determinante per la realizzazione dei suddetti obiettivi.

In realtà sono trascorsi 10 anni dall'approvazione della legge di riforma e tuttora manca questo riferimento fondamentale: la programmazione sanitaria

nelle sue varie articolazioni, con l'importante eccezione di talune realtà regionali, è ancora tutta da realizzare.

Dal 1978 ad oggi nessun progetto di Piano nazionale è riuscito a varcare la soglia del Ministero della sanità, nemmeno dopo l'approvazione della legge n. 595 del 1985 che, peraltro, prevede atti di delegificazione volti a snellire le procedure per la predisposizione del Piano.

La riforma sanitaria nei 10 anni trascorsi ha conosciuto vicende alterne, ma un dato costante è stato rappresentato da un susseguirsi di inadempienze e di ritardi che hanno progressivamente svuotato i principi ispiratori della legge 833. In ogni caso le inadempienze più clamorose si sono verificate per gli interventi della prevenzione.

Nei fatti, la mancata programmazione si è rivelata funzionale ad una linea di attacco alla salute, e di difesa acritica di interessi settoriali e corporativi, espressione di una reiterata ostilità a considerare la prevenzione quale opzione determinante per abbattere o contenere l'insorgenza delle cause dei grandi problemi collettivi di salute della realtà contemporanea.

L'idea di un Servizio sanitario (così come previsto dalla legge n. 833 del 1978 in consonanza con i principi contenuti negli articoli 3 e 32 della Costituzione), improntato prevalentemente alla prevenzione, al miglioramento e al mantenimento della qualità della vita, con il conseguente passaggio dalla cultura della malattia alla cultura della salute, non ha trovato adeguata affermazione. Al contrario la « programmazione » degli interventi in campo sanitario nel corso di questi anni, è stata ricondotta sostanzialmente in sede di legge finanziaria dello Stato. È stato così rovesciato il rapporto logico tra piano e programma, tra strategia e strumenti, subordinando la prima a questi ultimi.

Uscire dalla logica dell'emergenza, assolvere correttamente al compito primario previsto dalla legge n. 833 (quello della prevenzione), avrebbe comportato la

predisposizione di azioni programmate e « mirate » fondate su una impostazione orientata alla realizzazione di una forte interazione tra le funzioni di carattere ispettivo, di vigilanza e di controllo e quelli di tipo conoscitivo e trasformativo, realizzando tra l'altro una aggregazione dipartimentale delle funzioni cointeresate alla tutela della salute umana: l'igiene ambientale, la sicurezza nei luoghi di lavoro, la sanità pubblica veterinaria, il controllo degli alimenti, la prevenzione e la profilassi delle malattie infettive emergenti.

Occorreva inoltre orientare e caratterizzare l'iniziativa delle UU.SS.LL., muovendo dal presupposto che la qualificazione degli interventi passa sia attraverso una oculata selezione dei bisogni e dell'uso delle risorse, sia attraverso l'individuazione dei problemi di nocività e di rischio che presentano particolari livelli di gravità e di diffusione.

Si trattava inoltre di invertire la logica sempre seguita di sottostima del Fondo sanitario nazionale e di particolare trascuratezza delle spese di investimento per i servizi di nuova istituzione, ponendo mano ad una articolata programmazione dei servizi attuando quanto previsto dagli articoli 16, 20, 21 e 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché dagli articoli 2, 8 e 9 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

Gli indirizzi sin qui seguiti si sono mossi al contrario in senso opposto a queste necessità.

La insufficienza complessiva delle risorse finanziarie è dimostrata peraltro dal fatto che la spesa sanitaria all'interno del prodotto interno lordo è pari al 5,29 per cento, fra le più basse dei paesi europei.

Nell'ambito di tali disponibilità, la spesa per i servizi della prevenzione è equiparabile alla risorsa più povera: il 3,7 per cento.

Sulla base di uno *standard* minimo di personale necessario per il funzionamento dei servizi di prevenzione, si calcola che essi dispongano in generale meno del 40 per cento del loro reale fabbisogno. Nella « lettura » di questo dato non va peraltro

sottovalutata la presenza di situazioni difformi presenti a livello delle singole Regioni, che importanti risultati hanno ottenuto in questi anni anche sul piano della programmazione.

Non va inoltre dimenticato come la legge di Riforma sanitaria avesse previsto per gli interventi della prevenzione accanto ai Servizi che già operavano in precedenza a livello comunale o intercomunale (per esempio i Servizi di igiene pubblica), nuovi Servizi e Presidi da istituire *ex novo* come per esempio i Servizi di medicina del lavoro e i Presidi multizonali di prevenzione (c'erano i laboratori di igiene e profilassi). Al contrario la mancanza di un'organica programmazione, l'esiguità delle risorse a disposizione, il blocco delle piante organiche, hanno penalizzato in modo particolare proprio questa area di Servizi.

Un ulteriore aggravamento della situazione è inoltre derivato dalle modalità seguite per il trasferimento delle funzioni in precedenza svolte dall'ENPI dall'ANCC e dall'Ispettorato del lavoro. Prima dell'approvazione della legge n. 833 erano questi gli organismi deputati all'esercizio delle funzioni ispettive nei luoghi di lavoro e nei processi produttivi. A seguito dello scioglimento di detti organismi solo una minima parte del personale è transitata nei nuovi servizi gestiti dalle UU.SS.LL.; basti pensare che meno del 10 per cento degli ispettori del lavoro sono transitati alle UU.SS.LL.. Anziché potenziare i servizi di nuova istituzione sono state create 33 sedi periferiche dell'ISPESL, Istituto che avrebbe dovuto assolvere in verità a fondamentali funzioni di ricerca, formazione e informazione, piuttosto che a funzioni operative di vigilanza e controllo.

2. È ampiamente dimostrato come i costi derivati dalla mancanza di un'organica azione di prevenzione siano stati pesantissimi, sia sul piano umano e ambientale che finanziario. Basti richiamare le gravi emergenze che hanno investito in questi anni la realtà nazionale con riferimento sia ai rischi occupazionali che ambientali. La tragedia di Seveso, quella più

recente di Ravenna, la realtà della Val Bormida e dei disastri provocati alle risorse idriche dall'uso eccessivo di sostanze tossiche, le vicende legate al metanolo fino a quella più grave di Chernobyl sono fatti che, pur riconducibili ad una serie complessa di cause, avrebbero dovuto trovare ai livelli istituzionali, adeguati interventi di prevenzione e controllo.

A fronte di tanto degrado appare peraltro inverosimile l'opinione secondo la quale le condizioni degli italiani, così come quella degli abitanti dei paesi più avanzati, stiano progressivamente migliorando, considerando quali indicatori fondamentali solo l'età media di morte o il prodotto nazionale lordo.

Dalla relazione sullo stato di salute del Paese, tratto dal rapporto CENSIS 1987, emerge che le condizioni di salute delle popolazioni siano da ritenersi in via di miglioramento rispetto al passato, ciò anche rispetto ad altri paesi.

Ma in verità questi « miglioramenti » non riguardano l'insieme delle varie realtà sociali e territoriali.

Sul piano della salute sussistono infatti profonde diseguaglianze che non tendono a diminuire. In particolare lo stato di salute dei lavoratori e di intere popolazioni risulta progressivamente minacciato da fattori di rischio occupazionale e ambientale sempre più estesi ed insidiosi.

Non avere un lavoro, lavorare in condizioni irregolari senza protezione, in fabbriche obsolete, non essere tutelati da nocività che possono verificarsi anche in realtà ultra moderne (si pensi all'introduzione di nuove tecnologie o nuove sostanze ed agli effetti che possono provocare sullo stato psico-fisico della persona!), abitare in zone interessate a fenomeni di particolare nocività o prive di servizi per la prevenzione, rappresentano sempre più cause specifiche e diffuse di nocività e malattia.

In particolare per quanto concerne gli infortuni professionali, le stime riferite al 1985 rivelano che per un totale di circa 19 miliardi di ore lavorate, nell'industria e nell'agricoltura, vi sono stati 1.079.356

infortuni di cui 1.501 mortali. Nel 1987, si calcola vi siano stati circa 2.000 incidenti mortali sul lavoro, e numerosissimi risultano essere i casi di invalidità permanente.

La categoria più a rischio è quella dei lavoratori dell'edilizia con il 37 per cento degli incidenti complessivi, circa 700 morti e 250.000 infortuni in un anno.

Secondo le stime ISPESL il costo complessivo, sia per l'assistenza che per previdenza che per mancato lavoro a causa di infortuni sul lavoro sarebbe di 20 mila miliardi circa l'anno.

La complessità di questi dati risulta comunque essere incompleta; evidenzia il fenomeno infortunistico grave, documentabile, di cui è possibile conoscere la causa diretta, ma i dati risultano sottostimati se paragonati al costo complessivo derivato dagli infortuni; basti considerare, ad esempio, il fenomeno dei lavoratori non assicurati e quello minorile. Non si dimentichi che nel nostro Paese il lavoro sommerso costituisce il 20 per cento del prodotto interno lordo: i 13 morti della Mecnavi di Ravenna non rientrano in questa grave e diffusa area di lavoro « nero » e irregolare?

Alla realtà degli infortuni sul lavoro dobbiamo aggiungere inoltre il drammatico dato delle malattie professionali. 60 mila risultano essere i casi di malattie professionali denunciati all'INAIL per l'anno 1986 di cui 42 mila appartenenti al settore industriale. In rapporto anche alla percentuale degli occupati, i casi più gravi si registrano in agricoltura, dove l'indice di frequenza risulta essere il doppio rispetto all'industria. Ogni anno si calcola che muoiano nel nostro Paese, per tumore, circa 130 mila persone. Secondo le stime più timide, circa il 3-4 per cento di questi è attribuibile a cause professionali; ne consegue che ogni anno 3.900-5.200 lavoratori perdono la vita a causa di un tumore contratto sul lavoro.

Anche in questo campo inoltre il dato statistico è reso insufficiente dalla carenza dello strumento della ricerca causa-effetto, nonché dalla arcaicità dei meccanismi di riconoscimento.

Il dato generale evidenzia comunque che sono in aumento le malattie tumorali nella popolazione al di sotto dei 50 anni di età e che i tumori e le malattie cardiovascolari sono da ritenersi le due principali cause di morte.

Si calcola inoltre che i prodotti di sintesi immessi nel ciclo produttivo siano più di 75 mila; di questi risulta che il solo 10 per cento siano stati indagati.

Sino ad ora il sistema delle tabelle classificatrici relative alle malattie professionali, peraltro aggiornato al 1975, includeva soltanto un numero ristretto di sostanze ritenute nocive e quindi soggette ad essere all'origine di malattie professionali.

Lo squilibrio fra i casi di malattie professionali pubblicati dalla letteratura scientifica in rapporto a quelle conosciute dall'INAIL è enorme.

Una recente sentenza della Corte Costituzionale interviene ora a fare giustizia di tanta arcaicità; supera la inspiegabile rigidità delle tabelle, pone la necessità di un loro rapido aggiornamento. Ma nonostante l'insufficienza e la parzialità dei dati a disposizione, del tutto evidente risulta il crescente costo in termini di salute ed anche economici, derivanti dal progressivo deterioramento delle condizioni ambientali in cui si vive e si lavora.

3. Presso il Ministero della sanità e quello del lavoro, non risulta vi sia una raccolta sistemica di dati riferiti alle situazioni richiamate ed allo stato dei servizi di prevenzione.

Solo di recente, ed in presenza di fatti clamorosi, le Commissioni lavoro e affari sociali della Camera, hanno avviato indagini conoscitive: la Commissione lavoro, sugli infortuni sul lavoro allo scopo di acquisire dati aggiornati circa l'andamento nell'ultimo decennio, con particolare riferimento a fenomeni come le lavorazioni in subappalto, le attività sommerse, il lavoro nero; la Commissione affari sociali, sullo stato dei servizi di prevenzione, sui rischi presenti negli ambienti di lavoro e di vita, sulla legislazione statale e regionale e sulla reale applicazione dello stesso.

Si tratta di iniziative tardive e parziali che tuttavia vanno incoraggiate e ben orientate per una più precisa conoscenza della realtà esistente. Non vi è dubbio in ogni caso che l'insieme delle realtà evidenziate stanno a dimostrare, da un lato, come la patologia correlata con il lavoro abbia una rilevanza primaria e solleciti grande impegno e rigore nelle azioni di vigilanza nei luoghi di lavoro; dall'altro, pone in evidenza in modo pregnante come l'analisi delle cause connesse al crescente degrado ed ai pericoli vecchi e nuovi presenti negli ambienti di lavoro e di vita imponga l'inderogabile e impellente necessità di cambiare « regole » e modalità di intervento, superando l'ormai insufficiente relazione causa-effetto che, se considerata a livello monofattoriale, si presenta spesso inadeguata a far comprendere i fenomeni complessi da combattere.

Siamo ben consapevoli che occorre invece un'azione sistematica che si esprima in più direzioni, contro le cause multifattoriali che generano il malessere contemporaneo, puntando comunque ad una programmazione territoriale dei servizi per la qualificazione degli interventi di prevenzione, in primo luogo, mediante il loro potenziamento, la integrazione delle funzioni di carattere ispettivo e di vigilanza con la più complessa attività di prevenzione articolata nei diversi aspetti conoscitivi, informativi, di bonifica. Al tempo stesso, convinti che un'organica politica di tutela dell'ambiente e di prevenzione dei rischi nei luoghi di vita e di lavoro costituisca uno dei punti qualificanti della programmazione sanitaria, dobbiamo tuttavia evitare l'errore di ricondurre riduttivamente al ruolo specifico del Servizio sanitario la realizzazione di una complessiva politica di prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro.

Infatti, se determinante potrà risultare l'apporto dei servizi e dei presidi delle unità sanitarie locali alla realizzazione di una efficace politica di prevenzione, non vi è dubbio che ben più complessi sono gli strumenti programmatici e tecnico-organizzativi da porre in essere.

Si pone a tale riguardo l'esigenza di meglio definire due ordini di problemi di carattere metodologico che riguardano essenzialmente:

a) l'apporto — determinante ma parziale — del sistema sanitario ad un'azione coordinata di interventi (di tipo economico, normativo, urbanistico) che devono investire i diversi livelli istituzionali, centrali e periferici, nonché i diversi soggetti sociali;

b) l'ulteriore qualificazione dell'iniziativa delle unità sanitarie locali nella prevenzione; una qualificazione che passa necessariamente attraverso una più oculata selezione dei bisogni e dell'uso delle risorse; una qualificazione che deve muovere dal presupposto fondamentale, del tutto ovvio sul piano concettuale ma tutt'altro che acquisito nei comportamenti, che i problemi di nocività non sono tutti della stessa importanza, gravità e diffusione e che come tali vanno affrontati e risolti.

Per quanto concerne il primo aspetto occorre soprattutto delineare e circoscrivere gli specifici compiti del Servizio sanitario, iscrivendoli in modo coerente in una più complessiva politica ambientale, di valenza regionale e locale, i cui momenti di sintesi dovranno necessariamente essere ricondotti all'azione delle regioni e degli enti locali, riconfermando a questo riguardo la centralità del ruolo dei comuni, singoli o associati, ma valorizzando e accentuando il ruolo di programmazione e coordinamento delle province.

Solo in tale modo gli aspetti conoscitivi, di controllo propri del Servizio sanitario, potranno non essere disgiunti da quelli più complessivi di programmazione territoriale e di risanamento ambientale.

Per quanto concerne il secondo aspetto — il potenziamento specifico del ruolo delle UU.SS.LL. nelle attività di prevenzione — si possono indicare alcune linee di azione idonee a qualificare una concreta politica di prevenzione ambientale;

linee che vanno sostanzialmente nel senso:

1) della maggiore integrazione delle funzioni di tipo ispettivo e di vigilanza con la più complessiva attività di prevenzione, articolata nei diversi aspetti conoscitivi, informativi, educativi, di bonifica;

2) di un potenziamento quali-quantitativo del sistema dei controlli, in particolare preventivi ma anche repressivi;

3) di un consolidamento della globalità e della unitarietà degli interventi non come riproposizione di principi astratti, ma come scelta di mantenere al centro di ogni iniziativa di prevenzione il binomio uomo-ambiente, prevenzione tecnica-prevenzione sanitaria.

4. La proposta che presentiamo si muove anzi tutto nella direzione di affrontare un articolato piano di settore per i servizi della prevenzione nei luoghi di lavoro e negli ambienti di vita, individuando sia a livello strutturale e organizzativo che a livello operativo, precise priorità nell'arco del triennio; sia a livello centrale che periferico per quanto riguarda in particolare, il riassetto delle strutture per la programmazione finanziaria e territoriale.

Si tratta di una proposta, di cui ci facciamo carico come forza di opposizione, e che avrebbe dovuto essere concretizzata nell'ambito di una programmazione del Piano nazionale.

Ci muoviamo con la convinzione di dare un contributo importante in termini programmatici al superamento delle carenze in questo settore, con l'obiettivo di contribuire a far sì che la politica sanitaria si liberi del « gioco delle parti » per divenire strumento incisivo di Governo, scelta di obiettivi necessari per fare della salute una funzione primaria nell'ambito di un nuovo sviluppo economico e sociale della comunità, punto di riferimento certo per la destinazione adeguata delle risorse, per l'esercizio delle funzioni in materia di prevenzione. Ciò pur nella consapevolezza che in numerose realtà si è già operato con efficacia e che l'attuale situazione non ha comunque nulla da invidiare dalla situazione pre-riforma.

Nel corso di questi anni pur in presenza di un quadro notevole di difficoltà, derivate fundamentalmente dalla mancanza di un Piano sanitario nazionale e di riforme adeguate, numerose sono infatti le Regioni che hanno legiferato in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di igiene ambientale.

Non deve essere sottovalutato sicuramente il divario fra la produzione legislativa e la sua reale attuazione, tuttavia particolarmente in quelle regioni dove è stata avviata un'organica programmazione sanitaria, il livello di coerenza è sicuramente maggiore e, seppure con differenziazioni, è stata realizzata una rete di servizi e presidi a livello territoriale che non ha precedenti se confrontata al periodo pre-riforma sanitaria, sia in quantità che in qualità. In queste zone è migliorata notevolmente la funzione di vigilanza; più in generale sono migliorate le condizioni di vita e di lavoro di intere comunità esposte a rischi occupazionali e ambientali.

Una indagine su scala nazionale del Consiglio sanitario nazionale avvalorava questo dato riconoscendo il miglioramento consistente.

Il dato emergente in quelle Regioni dove si è operato sulla base di azioni correlate, di criteri di unitarietà per la programmazione e per la gestione dei servizi, è che le azioni di vigilanza e di controllo nei luoghi di lavoro e negli ambienti di vita, riconfermano la validità e l'attualità del modello culturale, tecnico-scientifico proposto dalla legge n. 833 del 1978.

Riteniamo pertanto, anche sulla base di questo dato, che siano da respingere gli atteggiamenti di coloro che si ostinano a sostenere che « andava meglio quando andava, peggio » o che ritengono possibile abdicare a tali principi.

Si muovono in questa direzione le proposte contenute nel disegno di legge presentato al Consiglio dei ministri, sostenute dal Ministro della sanità nonché quelle contenute nella proposta di decreto-legge del Ministro del lavoro. Sono proposte che si muovono nella direzione di momenti di centralizzazione delle com-

petenze secondo una visione piramidale di eccessiva entificazione (a livello regionale, provinciale, comunale e di USL), di una « filosofia » opposta a quella della riforma sanitaria: una « filosofia » fondata sullo scardinamento dell'unitarietà degli interventi per la prevenzione quale scelta prioritaria a cui uniformare indirizzi, obiettivi, risorse.

Al contrario la nostra proposta fa riferimento al quadro istituzionale del Servizio sanitario nazionale così, come risulta dopo l'approvazione della legge n. 595 del 1985, presentando un organico piano di settore per la prevenzione nei luoghi di lavoro e negli ambienti di vita e una precisa metodologia operativa a cui ricondurre le azioni di natura strutturale e organizzativa del Servizio sanitario nazionale.

La proposta non pone globalmente l'obiettivo di introdurre modifiche istituzionali nell'assetto del sistema sanitario (e prevenzionistico in particolare), e ciò non perché non vi siano questioni « pendenti » ma in quanto si ritiene che nuovi riferimenti sul piano istituzionale (in particolare a livello centrale) debbano essere incardinati in un quadro più generale della riforma delle autonomie e della pubblica amministrazione, anche al fine di evitare il riprodursi di nuove incoerenze e squilibri.

In tale ambito si pone fra l'altro la ristrutturazione del Ministero della sanità nel senso di ricondurre in capo allo stesso in modo razionale, le diverse competenze di indirizzo e coordinamento di interesse nazionale previste dalla legge n. 833 del 1978. Il Ministero è tuttora prevalentemente organizzato, al contrario, sulla base del modello pre-riforma, con il risultato che le competenze per il settore della prevenzione e della sicurezza sono gestite da più Ministeri senza che peraltro intervengano le necessarie azioni di coordinamento.

Per non parlare dell'esigenza di adeguare il sistema normativo in tema di sicurezza e igiene del lavoro (quello vigente risale ai decreti del Presidente della Repubblica n. 547 del 1955 e n. 303 del

1956 !) che appare chiaramente disomogeneo e scoordinato sia in rapporto all'evolversi della situazione complessiva della organizzazione sociale e produttiva che in rapporto alle leggi regionali emanate in materia. Basti richiamare l'articolo 24 della legge n. 833 che prevedeva la emanazione da parte del Governo di un testo unico al fine del riordino generale della disciplina in materia di sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro.

Analogamente occorrerà quanto prima porre mano ad una riorganizzazione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL) che avrebbe dovuto assolvere ad una funzione essenziale e di supporto alle regioni in materia di ricerca, normazione tecnica, consulenza e documentazione, nonché alla formazione e aggiornamento degli operatori.

Non si sottovaluti infine l'impellente esigenza di adempiere agli atti di recepimento delle direttive CEE in materia, valorizzandone gli aspetti positivi ed evitando gli eventuali effetti negativi che ne deriverebbero al nostro ordinamento e alle complessive condizioni di sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro.

Ma su questo, come su altri aspetti connessi all'adeguamento dell'ordinamento istituzionale della sanità e della normativa tecnica relativa alla prevenzione, occorrerà con il necessario respiro procedere alle conseguenti iniziative legislative. Il progetto che presentiamo, pur partendo dal quadro istituzionale e normativo vigente, intende invece creare le condizioni concrete e a breve termine per il « rilancio » effettivo delle attività di prevenzione e per un potenziamento qualitativo e quantitativo dei servizi e dei presidi delle UU.SS.LL. operanti nel settore.

5. Il progetto che presentiamo contiene tuttavia alcune anticipazioni importanti anche in materia istituzionale: la costituzione di apposito ufficio presso il Ministero della sanità con compiti di coordinamento delle attività di prevenzione e, soprattutto, il potenziale e la valorizzazione del ruolo del comune, nella dire-

zione di un suo pieno e coordinato esercizio delle funzioni di programmazione in materia sanitaria ed in particolare nel settore della prevenzione.

Non può esser infatti sottovalutato il ruolo generale che il comune ha nella programmazione e nell'assetto complessivo del territorio e conseguentemente il suo ruolo primario nella programmazione e nell'organizzazione degli interventi di prevenzione e tutela ambientale, strettamente correlati con l'insieme delle azioni che concorrono alla pianificazione territoriale e dei Servizi.

La proposta affronta inoltre il « nodo » delle risorse finanziarie ed in particolare il problema delle risorse professionali esistenti, respingendo la logica del blocco indiscriminato delle piante organiche. Pone l'obiettivo di un primo adeguamento delle strutture preposte alla prevenzione nei luoghi di lavoro e negli ambienti di vita, attraverso l'acquisizione di circa 10 mila operatori nel triennio; prevede inoltre *standard* di riferimento per le dotazioni organiche e di qualifiche per i vari servizi e presidi tale da garantirne la crescita qualitativa; pone inoltre l'obiettivo di investire, sempre nel triennio, almeno il 10 per cento dei 30 mila miliardi di lire previsti dalla legge finanziaria 1988 per gli investimenti in materia sanitaria finalizzandoli ai servizi e ai presidi di prevenzione.

Sul piano organizzativo la proposta fornisce un insieme di criteri e di strumenti per adeguare il Servizio sanitario nelle sue varie articolazioni e per porlo in grado di affrontare il complesso problema dei controlli ambientali e sanitari connessi con la tutela della salute pubblica.

Il nucleo centrale della proposta che presentiamo prevede la costituzione all'interno delle UU.SS.LL. di un forte polo organizzativo; il Dipartimento per la prevenzione (DIP), comprensivo dei diversi servizi e presidi deputati ai vari problemi ambientali e di salute pubblica, fra loro fortemente coordinati e integrati.

Il Dipartimento per la prevenzione viene proposto quale nuova modalità ope-

rativa integrata delle funzioni relative all'igiene pubblica, alla tutela della salute nei luoghi di lavoro, all'igiene veterinaria, all'educazione alla salute, prefigurando così il superamento di un sistema di controlli tuttora basato su di una logica prevalente di medicalizzazione e di separata organizzazione organizzativa.

Lo stesso presidio multizonale di prevenzione, in questa ottica, non rappresenta una struttura estranea ai servizi di base di ciascuna unità sanitaria locale, ma trova invece una sua idonea collocazione nell'ambito dei Dipartimenti per la prevenzione.

Il presidio multizonale di prevenzione (PMP) viene infatti a configurarsi come fondamentale struttura specialistica in materia di controllo ambientale secondo un modello operativo volto al superamento di logiche settoriali, con una forte articolazione organizzativa aderente ai problemi principali, riguardanti gli ambienti di lavoro e di vita (ambienti confinananti, inquinamenti dell'aria, delle acque, del suolo, alimenti).

Ulteriori elementi caratterizzanti della proposta che presentiamo sono costituiti dalla priorità assegnata, sia sul piano programmatico che strutturale e organizzativo, agli aspetti educativi, informativi e partecipativi.

Un forte impulso occorre infatti imprimere alla partecipazione degli operatori, dei lavoratori e dei cittadini, nella determinazione delle scelte e dei programmi e nelle modalità di gestione degli interventi.

La complessità dei problemi così come è andata manifestandosi pone infatti anche per quanto concerne la organizzazione dei Servizi, una forte esigenza di qualificazione in senso partecipativo, volta a realizzare una sempre maggiore responsabilizzazione degli operatori e degli utenti, quale condizione per realizzare maggiore efficienza ed efficacia nelle attività di prevenzione.

6. Le disposizioni contenute nel titolo I dell'articolato definiscono gli obiettivi strategici del progetto ed in specifico gli obiettivi sia di tipo strutturale-organizza-

tivo che di tipo igienico-sanitario da realizzare nel triennio.

In particolare tra le finalità generali della legge vengono poste in primo piano (articolo 3), il miglioramento degli indici di salute relativamente alle patologie maggiormente dipendenti dai rischi ambientali e dagli stili di vita; la tutela dei lavoratori dai rischi di infortunio e di malattia professionale; il rafforzamento delle strutture deputate alla prevenzione ed al controllo ambientale; l'elevamento dei livelli di informazione e di conoscenza da parte dei cittadini.

Un ruolo fondamentale viene attribuito alla predisposizione di specifiche azioni programmatiche attraverso cui realizzare gli obiettivi programmati a livello regionale.

In tal senso sono indicati (articoli 6 - 16) specifici e articolati interventi che dovranno complessivamente comporre un vero e proprio programma attuativo regionale, comprensivo di tutte le azioni (di tipo formativo, informativo, conoscitivo, organizzativo, trasformativo e di bonifica), idonee ad assicurare un più efficace esercizio delle funzioni di prevenzione e vigilanza.

Viene in questa prospettiva attribuito il compito alle regioni di introdurre altresì specifici strumenti di valutazione in termini di efficienza/efficacia e procedure tecnico-amministrative aderenti ad un'impostazione dell'attività di controllo fondata sul fondamentale binomio programmazione/prevenzione.

Un particolare rilievo per l'attuazione del progetto viene inoltre attribuito all'amministrazione centrale dello Stato nei suoi diversi livelli istituzionali e organizzativi al fine di realizzare concrete ed efficaci sinergie sul piano operativo e di garantire un coordinato utilizzo dei poteri e dei diversi strumenti di intervento, tra i vari Ministeri, enti, istituti centrali operanti nel settore.

In questo quadro in due distinti articoli vengono assegnati specifici compiti attuativi del progetto ai diversi Ministeri coinvolti a differente titolo nelle attività di prevenzione (articolo 17), compren-

dendo tra queste ultime non solo i momenti più strettamente operativi e di controllo ma, più « a monte » tutti quegli interventi di tipo informativo, educativo, formativo e dispositivo riconducibili, in base all'ordinamento vigente, a diversi livelli istituzionali, spesso fra loro sconcertati e in conflitto di competenze. Viene inoltre prevista l'attivazione (articolo 18), proprio per favorire la suddetta azione di collegamento istituzionale e organizzativa, una struttura centrale di coordinamento (definita « Servizio centrale per la prevenzione ») composta non solo da rappresentanti dei Ministeri interessati e dai due Istituti centrali (ISS e ISPEL), ma altresì da un congruo numero di rappresentanti delle regioni. Tra i compiti di detto Servizio, oltre alla funzione generale di coordinamento istituzionale, emerge quello di assicurare il necessario collegamento tra le diverse strutture operanti nel settore dell'informazione sanitaria, della documentazione tecnico-scientifica, della formazione degli operatori e dell'educazione alla salute.

* * *

Le disposizioni contenute nel titolo II dell'articolato definiscono il modello operativo e delineano la struttura organizzativa dei servizi e dei presidi del Servizio sanitario nazionale deputati alle attività di prevenzione.

In particolare negli articoli 19 e 22 vengono definiti i caratteri, le funzioni e gli organi del Dipartimento di prevenzione (DIP) quale modalità organizzativa integrata dei servizi e presidi dell'USL operanti nel settore della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro. Il Dipartimento di prevenzione viene in tale contesto a configurarsi come il momento organizzativo centrale preposto alla programmazione degli interventi ed alla realizzazione sia dei diversi e necessari raccordi con le strutture esterne al Servizio sanitario nazionale (Università, istituti di ricerca, ISPEL, ISS ecc.) sia delle iniziative formative e informative necessarie al buon funzionamento dei Servizi nonché

ad una effettiva e tempestiva informazione e partecipazione degli utenti.

Particolare rilievo viene attribuito al ruolo specifico che dovranno svolgere gli organi tecnici del Dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ad organi collegiali quali Consiglio di dipartimento, chiamato ad assolvere a precise funzioni di coordinamento operativo e organizzativo tra i vari servizi e presidi (articolo 21).

Vengono successivamente indicate per ciascun servizio e presidio del Dipartimento le specifiche funzioni di prevenzione e controllo individuando (articoli 23-27), pur in un quadro di forte coordinamento e integrazione organizzativa, tre specifici servizi dotati con propria autonomia tecnico-funzionale (Igiene pubblica, Prevenzione nei luoghi di lavoro, Igiene veterinaria), il presidio multizonale di prevenzione per bacini di utenza più ampi, nonché una struttura di riferimento per quanto concerne l'educazione alla salute.

Particolari norme di tipo gestionale e organizzativo vengono poi definite per il buon funzionamento dei presidi multizonali di prevenzione (articolo 28) e per le dotazioni organiche dei servizi (articolo 29) nella prospettiva di un consistente rafforzamento qualitativo e quantitativo che dovrebbe comportare il « reclutamento » nel triennio di 10.000 operatori.

* * *

Nel titolo III vengono definite le specifiche misure attuative del progetto con particolare riferimento alla definizione di piani operativi da predisporre a livello di ciascuna unità sanitaria locale, partendo dal ruolo centrale di programmazione assegnato ai comuni singoli o associati.

Si intende in tal senso, in particolare con le previsioni normative previste degli articoli 31 e 32, riproporre un ruolo fondamentale degli enti locali del comune cui viene assegnato il compito di definire gli impegni triennali di ciascuna unità sanitaria locale per il triennio di validità del piano e delle province, cui spetta un

rilevante ruolo di coordinamento a livello istituzionale e territoriale, nella prospettiva, peraltro, di un'effettiva integrazione operativa delle competenze proprie delle amministrazioni provinciali in materia ambientale, con quelle delle UU.SS.LL..

Misure di indirizzo generali (articolo 33) prevedono inoltre l'attivazione di momenti partecipativi e modalità di informazione dei cittadini e delle loro associazioni, con riferimento sia ai risultati acquisiti nell'attività di prevenzione, sia al funzionamento dei servizi.

* * *

Le disposizioni contenute nel titolo IV dell'articolato dettano norme concernenti la disponibilità di risorse finalizzate al potenziamento e al consolidamento dei Servizi di prevenzione ed in particolare al finanziamento delle azioni programmate da realizzare nel triennio.

A tal fine negli articoli 34 e 37 viene previsto il vincolo di destinazione relativo al 10 per cento dei 30.000 miliardi di lire destinati dalla legge finanziaria 1988, per lo sviluppo delle attività di prevenzione, nonché criteri per l'assegnazione nel corso del triennio alle regioni e tramite queste alle UU.SS.LL. delle risorse di parte corrente e in conto capitale necessarie alla realizzazione degli obiettivi del programma.

In particolare, per quanto concerne il personale dei servizi e dei presidi, di cui si prevede il raddoppio nel triennio rispetto alla situazione esistente, è programmato il « reclutamento », scandito in modo differenziato nel triennio, di circa 10.000 operatori di diversa professionalità, al fine di raggiungere gli *standard* relativi alle dotazioni organiche dei Servizi definiti in un'apposita tabella che costituisce parte integrante del progetto di legge.

Viene definita per quanto concerne il personale la graduale assunzione nel corso del triennio di personale da attribuire ai servizi e presidi delle UU.SS.LL., perseguendo criteri riequilibratori che, senza penalizzare le realtà regionali che

più hanno operato in questi anni, consentano un effettivo decollo anche delle situazioni più arretrate sotto il profilo del potenziale strutturale e organizzativo.

Specifiche norme prevedono inoltre (articolo 38) i provvedimenti surrogatori in caso di omissione, ritardo o inadempienza da parte dei vari livelli istituzionali preposti all'attuazione del programma e modalità di blocco dei finanziamenti a destinazione vincolata in quelle realtà in cui non siano stati approntati o realizzati gli obiettivi definiti dalla legge.

7. Alcune considerazioni conclusive.

La prima riguarda il modo con cui questa proposta del PCI vuole « saldarsi » con la domanda crescente di una più diffusa ed efficace tutela ambientale, con vecchi e nuovi protagonisti sociali impegnati nella tutela della salute dei lavoratori e dei cittadini, quali i movimenti ambientalisti, le organizzazioni sindacali dei lavoratori, ecc.

La necessità di valorizzare il ruolo di questi vecchi e nuovi protagonisti trova puntuale e concreto riscontro in una serie di passaggi dell'articolato, in cui le stesse espressioni organizzate della coscienza ambientalista sono chiamate a collaborare alle iniziative del Servizio sanitario nazionale e ad esercitare comunque una fondamentale funzione di controllo collettivo.

L'iniziativa del PCI infatti non solo prende atto del fatto che in questi anni è cresciuta la consapevolezza della popolazione nei confronti delle problematiche ambientali, ma si fa carico di tradurla in termini progettuali.

E poiché la questione ambientale punta direttamente al cuore del problema sui rapporti tra sviluppo della società e salvaguardia dell'ambiente e della salute come valori da difendere prioritariamente, la nostra proposta si inserisce nella prospettiva culturale, prima ancora che politica, di uno sviluppo rispettoso della tutela degli equilibri ambientali. A chi ponesse la questione nei termini di un dilemma insanabile tra « sviluppo » e « ambiente », noi rispondiamo dando con-

torni operativi precisi all'obiettivo di uno sviluppo che inglobi nella sua dinamica tutti i valori che sono incardinati nella questione ambientale; con ciò rivendicando uno sviluppo che non si limiti a « non disturbare » l'ambiente, ma che abbia tra i suoi fini la tutela della salute collettiva e dell'ambiente stesso.

Portiamo avanti questa proposta come forza politica che pone obiettivi di governo razionale ed efficace del sistema sanitario ma che trae al tempo stesso la sua legittimazione dall'essere espressione di ampi strati di popolazione e di lavoratori che recano nella loro stessa struttura « genetica » i segni dell'ambivalenza di uno sviluppo distorto.

Forti di tale legittimazione poniamo la nostra forza al servizio di un progetto che deve rispondere ad ineludibili interrogativi su un futuro marcato dall'ambivalenza di uno sviluppo che se non adeguatamente governato, può liberare e scatenare i germi di una distruzione totale.

Una legge non è una trattazione saggiistica ma un insieme di suggerimenti, direttive e vincoli per i comportamenti individuali e collettivi, per il buon funzionamento della pubblica amministrazione. Da questo punto di vista avendo indicato in questa proposta suggerimenti, direttive e vincoli, abbiamo voluto prospettare nuovi assetti programmatici e organizzativi con l'obiettivo primario di realizzare

efficienza ed efficacia nella pratica amministrativa del governo locale, individuato come la chiave di volta per una effettiva difesa dell'ambiente e della salute umana.

In questa chiave occorre altresì individuare le forze che dovranno dare gambe al progetto: i lavoratori innanzi tutto, con la loro memoria storica di lotte per la salute; i movimenti ambientalisti, quali sollecitatori di nuove progettualità per sottrarre l'umanità dall'incombenza di catastrofi finora solo sfiorate; tutti quegli strati informali di popolazione che negli ultimi anni si sono affacciati al protagonismo politico innalzando i livelli di coscienza collettiva.

Al tempo stesso rivolgiamo la nostra proposta agli operatori dei servizi sanitari pubblici, perché ne colgano le potenzialità di sviluppo e i nuovi valori di professionalità. Ad essi indichiamo una strada che consenta di affermare tali valori senza chiusure di stampo corporativo (prima o poi perdenti) ma stimolando una cultura pluridisciplinare basata sulla non autosufficienza e sulla necessità di reciproche integrazioni. A costoro proponiamo un modello di riferimento per orientare le proprie scelte fuori dalla logica autarchica e corporativa, per rompere il circolo vizioso degli egoismi, e per ridare fiato al ruolo costruttivo delle istituzioni, diversamente destinate a diventare un polo residuale delle scelte riguardanti il nostro domani.

PROPOSTA DI LEGGE

TITOLO I

IL PROGRAMMA DI INTERVENTI « PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO ».

CAPO I

GENERALITÀ E CRITERI.

ART. 1.

(Contenuti della legge).

1. La presente legge:

a) definisce i criteri per la predisposizione e l'attuazione di interventi programmatici di prevenzione sanitaria nei luoghi di vita e di lavoro e gli obiettivi specifici da realizzare nel triennio 1989-1991;

b) prescrive, ai sensi della lettera e) del decimo comma dell'articolo 53, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, criteri ed indirizzi per il riassetto delle strutture centrali e periferiche del Servizio sanitario nazionale deputate alla tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro;

c) dispone misure straordinarie per il potenziamento delle strutture, delle risorse professionali e delle attrezzature del Servizio sanitario nazionale;

d) determina gli impegni finanziari a carico del Fondo previsto dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, (legge finanziaria 1988) e dispone le modalità per il trasferimento degli stanziamenti alle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano.

ART. 2.

(La programmazione sanitaria).

1. La tutela della salute del cittadino dalle nocività presenti negli ambienti di vita e di lavoro costituisce obiettivo degli interventi pubblici in materia sanitaria, relativamente al triennio 1989-1991. Essa viene garantita sul territorio dalle strutture del Servizio sanitario nazionale, mediante le misure previste dalla presente legge.

ART. 3.

(Finalità e compiti del Servizio sanitario nazionale).

1. Costituiscono finalità generali delle misure predisposte in attuazione della presente legge:

a) il miglioramento degli indici di salute relativamente alla incidenza delle patologie maggiormente dipendenti dai rischi ambientali e dagli stili di vita;

b) la difesa dei cittadini dalle fonti di nocività ambientale, con particolare riguardo agli inquinamenti più diffusi e gravi;

c) il rafforzamento delle condizioni di garanzia relativamente ai processi di produzione per la tutela della salute all'interno e all'esterno dei luoghi di lavoro;

d) la tutela dei lavoratori dagli infortuni e dalle patologie correlati alle prestazioni di lavoro.

2. Le finalità generali di cui al precedente comma impegnano in particolare le strutture del Servizio sanitario nazionale:

a) a realizzare i presupposti scientifici, normativi ed organizzativi per l'adozione di misure atte ad affrontare le nocività ambientali sul piano della prevenzione, nonché del controllo tecnico ed amministrativo;

b) ad innalzare i livelli di educazione sanitaria della popolazione, nonché migliorare i livelli di professionalità degli operatori socio-sanitari;

c) a diffondere la conoscenza dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro.

3. Le strutture del Servizio sanitario nazionale operano per l'attuazione delle misure previste dalla presente legge nell'ambito del complesso degli interventi finalizzati ad uno sviluppo del Paese in armonia con le esigenze degli equilibri ambientali e di tutela della salute dei cittadini.

4. A tale scopo, i servizi e i presidi del Servizio sanitario nazionale costituiscono le strutture tecniche per gli organi della pubblica amministrazione che a livello nazionale, regionale, provinciale e comunale, abbiano responsabilità di tutela e promozione in materia ambientale.

ART. 4.

(Partecipazione dei cittadini).

1. Le misure previste dalla presente legge sono predisposte promuovendo la partecipazione dei cittadini ai sensi dei successivi articoli.

CAPO II

OBIETTIVI.

ART. 5.

(Caratteristiche degli interventi).

1. Gli interventi programmatici di cui all'articolo 1 della presente legge comprendono le finalità dell'azione programmata per la sicurezza e tutela della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro di cui alla lettera a) del primo comma dell'articolo 8, della legge 23 ottobre 1985, n. 595, integrandola con gli obiettivi pre-

visti all'articolo 2 e concernenti l'attuazione e il potenziamento dei servizi di prevenzione e di utilità collettiva per il controllo sanitario dell'ambiente di vita e di lavoro, la vigilanza igienica sugli alimenti, la lotta alle sofisticazioni alimentari.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, non oltre sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispongono programmi di attuazione degli interventi di cui al comma 1, attenendosi ai criteri e agli obiettivi fissati.

ART. 6.

(Azioni programmatiche).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano predispongono, non oltre sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, azioni per:

a) l'acquisizione delle conoscenze sulle nocività ambientali, sui danni alle persone e sulla percezione dei rischi da parte della popolazione;

b) il miglioramento delle professionalità degli operatori del Servizio sanitario nazionale mediante iniziative per la formazione professionale di base e per l'aggiornamento del personale in servizio;

c) gli interventi sugli orientamenti della popolazione mediante programmi di informazione e di educazione alla salute;

d) l'attivazione di un sistema informativo sui dati ambientali e di salute;

e) la valutazione dell'efficacia delle misure messe in atto;

f) l'adeguamento delle normative locali in materia preventiva e di organizzazione dei servizi;

g) il rafforzamento dell'efficacia della pubblica amministrazione sul piano delle procedure tecnico-amministrative relative alle attività di prevenzione e controllo ambientale;

h) la predisposizione di piani di vigilanza, ispezione e controllo sull'am-

biente e sulla persona da parte delle unità sanitarie locali;

i) l'adeguamento dell'efficacia dei provvedimenti tecnico-amministrativi adottati per la prevenzione e l'abbattimento delle cause di nocività;

l) l'approntamento di piani mirati sui rischi più gravi e diffusi, per prevenire fenomeni di particolare rilevanza.

ART. 7.

(Obiettivi triennali relativi all'acquisizione di conoscenze).

1. Relativamente alle finalità di cui alla lettera a), comma 1, dell'articolo 6 sono in particolare obiettivi del triennio:

a) la raccolta e l'organizzazione dei dati concernenti le localizzazioni delle attività potenzialmente nocive, i cicli di lavorazione, le sostanze impiegate, le popolazioni esposte ai rischi;

b) la documentazione sull'evoluzione produttiva e tecnologica nel settore degli alimenti;

c) la documentazione sulle vendite e sul consumo di sostanze chimiche con particolare riguardo ai fitofarmaci e agli additivi alimentari;

d) la raccolta e la valutazione dei dati statistico-epidemiologici attinenti alle condizioni di salute della popolazione, utilizzando le fonti esistenti;

e) la ricerca di nuovi dati attraverso indagini epidemiologiche mirate e registri di patologie;

f) l'acquisizione delle informazioni sulla salute contenute nelle cartelle cliniche dei medici e pediatri di base nonché nelle cartelle ospedaliere e nelle documentazioni dei consultori e di altre strutture di prevenzione, nel rispetto del diritto alla segretezza delle informazioni individuali;

g) la realizzazione di inchieste di opinione su campioni di popolazione, in collaborazione con le strutture specializzate;

h) la raccolta e la valutazione dei dati relativi ai rischi e ai danni in ambiente domestico.

ART. 8.

(Obiettivi triennali relativi alla formazione e all'aggiornamento).

1. Relativamente all'azione ed alle finalità di cui alla lettera *b*), comma 1, dell'articolo 6, sono in particolare obiettivi del triennio:

a) la stipula di accordi e convenzioni con strutture universitarie per l'organizzazione di iniziative formative sulle tematiche ambientali rivolte agli studenti dei corsi di laurea, particolarmente di medicina, biologia, chimica, fisica, veterinaria, ingegneria, nonché per l'assegnazione di borse di studio nelle scuole di specializzazione attinenti alla materia;

b) l'organizzazione di insegnamenti e tirocini mirati alla prevenzione ambientale, nei corsi per infermieri e tecnici;

c) l'organizzazione di corsi di durata annuale per tecnici dell'ambiente, con formazione polivalente;

d) la formazione permanente dei responsabili dei servizi;

e) l'aggiornamento del personale dei servizi di prevenzione, in rapporto agli specifici contenuti dei programmi messi in opera;

f) l'aggiornamento del rimanente personale dei servizi delle unità sanitarie locali, con priorità per gli operatori dei servizi territoriali di base, nell'ambito dell'aggiornamento professionale obbligatorio;

g) la formazione prevenzionistica dei delegati sindacali di azienda.

ART. 9.

(Obiettivi triennali relativi alla educazione alla salute).

1. Relativamente alle finalità di cui alla lettera *c*) dell'articolo 6, sono in particolare obiettivi del triennio:

a) la divulgazione dei dati raccolti attraverso l'attività dei servizi delle

unità sanitarie locali, anche mediante iniziative editoriali specifiche e utilizzando i canali dei mezzi di comunicazione di massa;

b) la distribuzione di materiale educativo per gli insegnanti, d'intesa con le autorità scolastiche in riferimento, tra l'altro, ai rischi ambientali, professionali e domestici;

c) la realizzazione di programmi di educazione alla salute rivolti prioritariamente a gruppi omogenei per condizioni di rischio anche mediante i servizi distrettuali, nonché a tutti i cittadini, facendo ricorso anche alle reti televisive e radiofoniche e agli altri mezzi di comunicazione di massa.

ART. 10.

(Obiettivi triennali relativi al sistema informativo).

1. Relativamente alle finalità di cui alla lettera d), dell'articolo 6, sono in particolare obiettivi del triennio:

a) «l'organizzazione di archivi regionali, strutturati per dati sull'attività dei servizi, sui rischi ambientali e sui danni alla salute;

b) la collocazione di tali archivi regionali all'interno del Sistema informativo nazionale e l'attivazione dei collegamenti telematici con le unità sanitarie locali e con il Servizio centrale per la programmazione sanitaria;

c) la predisposizione e la messa in opera di strumenti informativi per la comunicazione da parte delle aziende delle informazioni previste all'articolo 20, lettera d) della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

d) la predisposizione e la messa in opera degli strumenti informativi a livello aziendale per la raccolta dei dati ambientali e biostatistici.

ART. 11.

(Obiettivi triennali relativi alla valutazione).

1. Relativamente all'azione ed alle finalità di cui alla lettera e), dell'articolo 6, sono in particolare obiettivi del triennio:

a) la misurazione, mediante indicatori, del successo dei programmi imposti a livello regionale e di Unità sanitaria locale;

b) la validazione da parte dell'utenza dei risultati conseguiti;

c) la revisione dei dati provenienti dalle fonti statistiche;

d) la standardizzazione e il controllo di qualità delle prestazioni di laboratorio.

ART. 12.

(Obiettivi triennali relativi alle normative locali).

1. Relativamente alle finalità di cui alla lettera f), dell'articolo 6, sono in particolare obiettivi del triennio:

a) la predisposizione a livello regionale di schemi-tipo di regolamento di igiene e la loro adozione a livello comunale;

b) la predisposizione a livello regionale di schemi-tipo di regolamento dei Servizi e la loro adozione a livello di unità sanitaria locale;

c) la predisposizione di protocolli di sorveglianza al fine della tutela ambientale di cui all'articolo 4 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

d) la predisposizione dei protocolli di accesso alle prestazioni del presidio multizonale di prevenzione;

e) la predisposizione di protocolli per le istruttorie tecniche relative a procedure autorizzative o all'espressione di pareri, con particolare riguardo alle valutazioni di impatto ambientale e agli impianti produttivi a rischio di incidente rilevante.

ART. 13.

(Obiettivi triennali relativi alle procedure amministrative).

1. Relativamente alle finalità di cui alla lettera *g*), dell'articolo 6 sono in particolare obiettivi del triennio:

a) l'individuazione nelle unità sanitarie locali di operatori da adibire in modo specifico all'istruttoria tecnica dei provvedimenti autorizzativi di competenza della pubblica amministrazione locale e dei pareri da questa rilasciati;

b) la determinazione delle modalità di coordinamento e di raccordo tra le autorità amministrative locali che debbono avvalersi dei servizi tecnici delle unità sanitarie locali, e i servizi stessi;

c) la determinazione di modalità di raccordo permanente tra i sindaci e le unità sanitarie locali con particolare riferimento alle unità sanitarie locali di dimensioni sovracomunali.

ART. 14.

(Obiettivi triennali relativi alla programmazione delle funzioni di vigilanza).

1. Relativamente alle finalità di cui alla lettera *h*), dell'articolo 6, sono in particolare obiettivi del triennio:

a) la messa in opera e il potenziamento di specifici servizi di prevenzione e vigilanza, fra loro coordinati nel dipartimento di prevenzione e la loro distribuzione nel territorio in rapporto funzionale con le *équipes* dei distretti di base;

b) l'accertamento e il controllo da parte delle unità sanitarie locali dei fattori di rischio più gravi e diffusi, nonché l'adozione di misure idonee al loro abbattimento;

c) la realizzazione da parte delle unità sanitarie locali dei collaudi e delle

verifiche su macchine e impianti, finalizzati alla prevenzione degli infortuni sul lavoro;

d) il coordinamento a cura delle unità sanitarie locali dei controlli sanitari sui lavoratori ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 303, e del decreto del Presidente della Repubblica n. 30 giugno 1965, n. 1124;

e) la predisposizione di schemi-tipo e la stipula di convenzioni tra le unità sanitarie locali e le aziende per l'attuazione di misure di sicurezza non previste da specifici norme di legge, ai sensi dell'articolo 20, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

ART. 15.

(Obiettivi triennali relativi alle misure di prevenzione).

1. Relativamente all'azione e alle finalità di cui alla lettera i), dell'articolo 6, sono in particolare obiettivi del triennio:

a) l'adozione di interventi di risanamento ambientale;

b) la predisposizione a livello regionale di criteri per l'adozione di prescrizioni di misure tecniche atte a fronteggiare specifici rischi riscontrati negli ambienti di vita e di lavoro, ai sensi dell'articolo 20, lettera c), della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

c) l'assistenza tecnica, su richiesta, alle aziende che debbono adottare modifiche dei cicli produttivi per finalità di tutela ambientale.

ART. 16.

(Obiettivi triennali relativi ai piani mirati di prevenzione).

1. Relativamente alle finalità di cui alla lettera l) dell'articolo 6, sono in particolare obiettivi del triennio:

a) la predisposizione di piani di prevenzione per le sostanze ad azione fitofar-

macologica, alle acque potabili e di balneazione, alla radioattività ambientale, agli alimenti, alle sostanze ad azione anabolizzante, nonché alla sicurezza nelle aziende a rischio di incidente rilevante, nell'agricoltura, nell'edilizia, nei trasporti e nella cantieristica;

b) la predisposizione di piani di prevenzione per priorità di interesse regionale e locale;

c) la definizione di piani di intervento sull'ambiente di lavoro a livello zonale, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro rappresentanze.

ART. 17.

(Compiti delle amministrazioni statali e degli enti pubblici).

1. Nell'ambito delle finalità della presente legge spetta:

a) al Ministero della sanità il compito di raccogliere e fornire alle regioni i dati relativi alle vendite dei fitofarmaci e degli additivi alimentari; adottare atti di indirizzo e coordinamento per l'attuazione degli obiettivi previsti dall'accordo nazionale unico per la medicina generale, in merito all'inserimento dei medici nei programmi di sanità pubblica; ridefinire i profili professionali del tecnico dell'ambiente e del medico competente, ai sensi dell'articolo 33 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 303;

b) al Ministero della sanità di concerto con il Ministero dell'ambiente il compito di istituire i servizi centrali di documentazione sui rischi ambientali e sull'educazione alla salute;

c) al Ministero della pubblica istruzione il compito di adeguare l'ordinamento delle scuole di specializzazione alla normativa CEE per quanto riguarda i tirocini pratici nelle strutture sanitarie; nonché di promuovere l'aggiornamento degli ordinamenti didattici dei corsi di

laurea citati all'articolo 8 per potenziare le attività formative nelle tematiche preventive;

d) al Ministero delle poste e delle telecomunicazioni il compito di promuovere l'accesso alle reti radiotelevisive pubbliche dei servizi sanitari di prevenzione;

e) alla Presidenza del Consiglio dei ministri ed al Ministero del lavoro e della previdenza sociale, di emanare direttive, rispettivamente all'ISTAT ed all'INAIL, per l'accesso da parte delle regioni e delle unità sanitarie locali ai dati di loro interesse;

f) all'ISPESL il compito di trasmettere i dati sulle apparecchiature sottoposte all'omologazione di sicurezza e di fornire ogni collaborazione al Servizio sanitario nazionale per l'attuazione degli interventi programmatici.

ART. 18.

(Servizio centrale per la prevenzione).

1. Presso il Ministero della sanità è istituito il Servizio centrale per la prevenzione.

2. Ad esso è preposto un funzionario con qualifica di dirigente generale del Ministero della sanità che presiede una commissione composta da:

a) un esperto designato dall'Istituto superiore di sanità;

b) un esperto designato dall'ISPELS;

c) un esperto designato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri;

d) otto esperti designati dalla Conferenza permanente delle regioni.

3. Il servizio, che può richiedere proposte e pareri alle associazioni degli utenti e degli operatori, ha il compito di:

a) stimolare e coordinare l'attivazione delle politiche e dei programmi per il pieno funzionamento dei dipartimenti di prevenzione su tutto il territorio nazionale;

b) favorire il coordinamento delle politiche regionali nel settore in accordo con le amministrazioni centrali dello Stato;

c) raccogliere, in collaborazione con gli istituti centrali, i dati epidemiologici concernenti lo stato di attuazione dei programmi;

d) convocare ogni anno una conferenza nazionale sullo stato di attuazione degli interventi previsti dalla presente legge, con la presenza di regioni, comuni, unità sanitarie locali, rappresentanti sindacali, delle associazioni imprenditoriali, dei movimenti ambientalisti e di difesa del consumatore;

e) riferire ogni anno sullo stato dei Dipartimenti con relazione scritta al Ministero della sanità e al Consiglio sanitario nazionale, da trasmettere alle Commissioni parlamentari competenti.

4) Il Servizio centrale per la prevenzione assicura un servizio di documentazione tecnico-scientifica sui rischi ambientali e professionali per i presidi del Servizio sanitario nazionale mediante il coordinamento e l'integrazione operativa delle attività similari svolte dall'Istituto superiore di sanità e dall'ISPESL, allo scopo di produrre una documentazione organica ed omogenea con riferimento a fonti, metodologie, esperienze nazionali ed internazionali in materia di valutazione e di vigilanza sui rischi ambientali e occupazionali.

5. Il servizio centrale per la prevenzione assicura altresì le iniziative per la documentazione finalizzata all'educazione alla salute, per la prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, condotte nell'ambito del progetto prototipale del Consiglio sanitario nazionale « SENDES » (Servizio nazionale di documentazione per la educazione sanitaria) e dal Medikinale Internazionale di Parma.

6. Entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della sanità, in particolare, d'intesa

con le regioni Umbria ed Emilia-Romagna, istituisce un Servizio centrale di documentazione per l'educazione alla salute, con il compito di attuare iniziative documentarie in materia, a favore del Servizio sanitario nazionale e del sistema scolastico. Il predetto Servizio acquisisce le strutture e i materiali di documentazione utilizzati nell'ambito del progetto prototipale SENDES di Perugia per l'educazione sanitaria e del Medikinale Internazionale di Parma.

7. Il Servizio centrale per la prevenzione assicura il coordinamento della programmazione delle attività formative degli operatori del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione predisposta dall'Istituto superiore di sanità e dall'ISPESL.

8. Con apposito decreto del Ministro della sanità è assegnata al Servizio centrale per la prevenzione una segreteria, composta da non più di quindici addetti di cui almeno quattro appartenenti alla nona qualifica, tratti dal personale in ruolo del Ministero stesso o dal personale in attesa di assegnazione iscritto nel ruolo unico presso la Presidenza del Consiglio dei ministri.

TITOLO II

RIASSETTO DEI SERVIZI E DEI PRESIDI DELLE USL.

ART. 19.

(Dipartimento di prevenzione).

1. In ciascuna unità sanitaria locale è attivato, secondo le modalità e le procedure previste dalla presente legge, un dipartimento di prevenzione, di seguito denominato DIP, comprendente in modo integrato tutte le funzioni del Servizio sanitario nazionale, relative alla sanità pubblica e al controllo ambientale.

2. Il DIP è articolato di norma in servizi, presidi e unità operative secondo quanto stabilito dall'articolo 22.

ART. 20.

(Finalità e funzioni generali del DIP).

1. Il DIP esercita le funzioni di prevenzione e vigilanza spettanti alle unità sanitarie locali in materia di igiene ambientale, sicurezza e medicina preventiva del lavoro, igiene degli alimenti e delle bevande e igiene veterinaria.

2. Sono compiti generali del Dipartimento:

a) l'individuazione e la valutazione dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro;

b) la comunicazione dei dati accertati e la loro diffusione, sia direttamente che tramite gli organi di decentramento comunali;

c) l'indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio e il risanamento degli ambienti di vita e di lavoro, in applicazione delle norme vigenti in materia nonché l'esercizio delle attività delegate ai sensi dell'articolo 7, primo comma, lettere a), b), c), d) ed e), della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

d) la predisposizione e l'aggiornamento di mappe di rischio territoriali con obbligo per le aziende di comunicare le sostanze presenti nel ciclo produttivo, le loro caratteristiche tossicologiche ed i possibili effetti sull'uomo e sull'ambiente;

e) la profilassi degli eventi morbosi, attraverso la adozione di misure idonee a prevenirne l'insorgenza;

f) la verifica della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamenti industriali e di attività produttive in genere, con le esigenze di tutela dell'ambiente sotto il profilo igienico-sanita-

rio e di difesa dei lavoratori interessati e della popolazione in generale;

g) la programmazione e l'organizzazione di interventi nel settore dell'igiene veterinaria con particolare riferimento alla lotta contro le zoonosi, ai problemi della prevenzione e controllo delle contaminazioni ambientali da sorgenti animali ed alla ricerca dei residui volontari ed involontari sugli alimenti di origine animale;

h) la promozione e l'organizzazione di iniziative di educazione sanitaria nei confronti della popolazione e dei lavoratori, con particolare riferimento ai problemi della prevenzione dei rischi professionali e ambientali;

i) la promozione e l'organizzazione di iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori;

l) il coordinamento delle attività di ricerca finalizzata;

m) il coordinamento dei flussi informativi propri dei vari servizi e presidi.

3. Per l'esercizio integrato delle funzioni di cui al comma 2, il DIP assicura:

a) il coordinamento dei programmi di intervento dei diversi servizi, presidi e unità operative;

b) l'integrazione operativa tra i diversi servizi, presidi e unità operative con particolare riferimento all'esercizio delle competenze di interesse comune;

c) un uso razionale e coordinato delle strutture laboratoristiche presenti all'interno del DIP stesso e il raccordo operativo con la più complessiva rete laboratoristica;

d) il rapporto con università e istituti di ricerca a livello locale e nazionale, con particolare riferimento all'Istituto superiore di sanità e all'ISPESL;

e) il coordinamento dei piani mirati di prevenzione sui rischi ambientali e occupazionali più gravi e diffusi;

f) l'uso coordinato delle risorse a disposizione dei diversi servizi, presidi e unità operative con particolare riferimento al personale, anche al fine di assicurare un'attività di guardia igienica permanente per gli interventi in caso di emergenze igienico-sanitarie e di sicurezza.

ART. 21.

(Organi tecnici del DIP).

1. Sono organi tecnici del DIP il consiglio di dipartimento e il coordinatore di dipartimento.

2. Il consiglio di dipartimento è composto dai responsabili dei diversi servizi, presidi e unità operative.

3. Nelle USL sede di presidio multizonale di prevenzione (PMP), il responsabile del medesimo fa parte integrante del consiglio di dipartimento.

4. Sono compiti del consiglio di dipartimento:

a) predisporre i programmi di lavoro di comune interesse e le necessarie integrazioni operative fra i diversi servizi;

b) provvedere ad un coordinato esercizio delle funzioni di comune interesse e ad una verifica periodica dell'attività svolta;

c) formulare proposte di tipo tecnico-organizzativo con riferimento all'attuazione della programmazione sanitaria regionale, ai programmi propri delle USL, alla gestione del personale, all'acquisto ed alla manutenzione delle attrezzature.

5. Il coordinatore del DIP è nominato, su proposta del consiglio di dipartimento, dall'organo di gestione della Unità sanitaria locale fra i responsabili dei diversi servizi e presidi del DIP appartenenti al livello apicale del ruolo sanitario; dura in carica tre anni e può essere confermato.

6. Sono compiti del coordinatore del DIP:

a) assicurare il funzionamento del consiglio di dipartimento;

b) garantire uno stretto coordinamento operativo del DIP con gli altri servizi e presidi dell'USL, anche attraverso uno stretto collegamento con l'ufficio di direzione dell'USL;

c) favorire attraverso opportune forme di consultazione e di informazione, l'effettivo funzionamento dei coordinamenti tecnici fra i vari dipartimenti operanti nello stesso ambito provinciale;

d) rendere conto semestralmente con relazione scritta al comitato di gestione sullo stato di avanzamento del programma.

ART. 22.

(Assetto strutturale e organizzativo del DIP).

1. La legge regionale stabilisce i criteri per l'articolazione dei DIP in servizi, presidi e unità operative, fermo restando che ciascun DIP è costituito almeno dalle seguenti strutture organizzative, di seguito denominate servizi, senza pregiudizio per le denominazioni adottate in sede di legislazioni regionali attuative:

a) igiene pubblica;

b) prevenzione nei luoghi di lavoro;

c) igiene veterinaria;

d) educazione alla salute;

e) presidio multizonale di prevenzione (PMP) laddove previsto.

2. I servizi di cui al comma 1 ed il presidio multizonale di prevenzione sono dotati di propria autonomia tecnico-funzionale, di proprie dotazioni organiche di personale e di propria strumentazione, fermo restando quanto previsto dal comma 2, lettera b), articolo 20 in ordine all'uso coordinato e integrato delle risorse.

3. La legge regionale, di cui al comma 1, può prevedere l'aggregazione nel DIP di altre funzioni prevenzionistiche, riconducibili ad altri servizi e presidi dell'unità sanitaria locale, sulla base di specifiche esigenze regionali o locali.

ART. 23.

*(Funzioni e compiti specifici
del servizio di igiene pubblica).*

1. Sono in particolare funzioni specifiche del Servizio di igiene pubblica:

a) l'esame sotto il profilo sanitario e igienico-ambientale, dei piani regolatori e di altri strumenti urbanistici, dei progetti di costruzione e ristrutturazione edilizia;

b) la vigilanza igienica sull'ambiente per l'individuazione, l'accertamento e il controllo dei fattori di rischio per la salute della popolazione, con particolare riguardo:

1) alle condizioni igieniche degli edifici e dell'abitato;

2) all'igiene delle acque potabili, degli alimenti e delle bevande;

3) agli inquinamenti dell'atmosfera;

4) ai controlli sugli scarichi di qualsiasi tipo nelle acque superficiali e sotterranee, marine e lacustri, nonché in fognatura, nel suolo e nel sottosuolo;

5) alla raccolta, al trasporto e allo smaltimento dei rifiuti urbani, speciali e tossici;

c) la profilassi delle malattie infettive e parassitarie;

d) le disinfezioni e disinfestazioni eseguite dai comuni, dalle aziende municipalizzate, e da altri enti pubblici e privati;

e) la vigilanza igienico-sanitaria sugli stabilimenti termali e su quelli che producono acque minerali;

f) la vigilanza sulle condizioni igieniche delle strutture che ospitano colletti-

vità, di quelle socio-assistenziali nonché dei luoghi di cura;

g) la consulenza dietetica per le mense collettive;

h) le certificazioni e gli accertamenti medico-legali non attribuiti espressamente ad altri servizi dell'USL;

i) l'igiene e la polizia mortuaria;

l) gli adempimenti connessi a quanto previsto dall'articolo 7, lettere a), c), d), e) della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Relativamente a quanto previsto dalla precedente lettera a), il servizio di igiene pubblica, d'intesa con il Servizio di prevenzione nei luoghi di lavoro e in conformità con i regolamenti locali di igiene e di edilizia, formula pareri preventivi sui progetti di insediamenti industriali e produttivi in genere, nonché sulla loro ristrutturazione al fine di accertarne la compatibilità con la tutela dell'ambiente e la difesa della salute della popolazione e dei lavoratori.

3. Il servizio propone al sindaco o al comitato di gestione dell'USL i provvedimenti di rispettiva competenza; in caso di immediato pericolo per la salute pubblica il responsabile del servizio adotta gli atti cautelativi necessari.

ART. 24.

(Funzioni e compiti specifici del Servizio prevenzione nei luoghi di lavoro).

1. Sono in particolare funzioni specifiche del Servizio di prevenzione nei luoghi di lavoro, la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, la vigilanza sul rispetto delle norme di sicurezza e di igiene del lavoro, l'adozione di prescrizioni volte alla rimozione delle cause di nocività e infortunio.

2. Nello svolgimento delle funzioni di cui al comma 1, il servizio di prevenzione nei luoghi di lavoro promuove e coordina le attività di ricerca e gli interventi pre-

ventivi, ispettivi e di controllo volti alla conoscenza e alla eliminazione dei fattori di nocività e di pericolosità presenti negli ambienti di lavoro, al fine di garantire il benessere psico-fisico dei lavoratori nel rispetto delle vigenti norme di sicurezza.

3. Rientra in particolare nei compiti del Servizio lo svolgimento delle seguenti attività:

a) controllo preventivo sui nuovi insediamenti produttivi o sulla modificazione di quelli esistenti anche attraverso la formulazione, in collaborazione con il Servizio di igiene pubblica, di pareri preventivi in relazione al rilascio delle concessioni edilizie;

b) interventi nei luoghi di lavoro, di carattere globale o con specifiche finalità mirate ai fattori di rischio più gravi e diffusi, finalizzati alla conoscenza, al controllo e alla bonifica degli ambienti di lavoro. A questo fine il Servizio realizza e promuove indagini e ricerche sugli specifici problemi e formula indicazioni in ordine al risanamento degli ambienti di lavoro;

c) predisposizione e aggiornamento delle mappe territoriali dei rischi per comparto produttivo e specifici fattori di rischio, quale presupposto conoscitivo per la programmazione selettiva degli interventi;

d) coordinamento, -vigilanza e controllo di qualità sulla esecuzione degli accertamenti sanitari preventivi e periodici;

e) promozione, anche mediante la collaborazione di università e istituti di ricerca, di iniziative formative e di educazione alla salute finalizzate ad estendere i livelli d'informazione e di partecipazione dei lavoratori e ad una diffusione sistematica delle conoscenze sui temi dei rischi ambientali e delle patologie correlate;

f) attivazione di un sistema informativo sui rischi e danni da lavoro, integrato con un più complessivo sistema informativo del DIP e dell'USL nonché collegato con i livelli centrali preposti a detta funzione.

4. Nello svolgimento delle attività di cui al comma 3, il Servizio esercita le funzioni di vigilanza sul rispetto delle norme di sicurezza del lavoro anche mediante personale con specifica qualifica di Ufficiale di polizia giudiziaria attribuita secondo le procedure previste dall'articolo 21 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. A detti operatori sono attribuite le potestà previste dall'articolo 21 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché il potere dispositivo di cui all'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1955, n. 520.

ART. 25.

*(Funzioni e compiti specifici
del Servizio di igiene veterinaria).*

1. Sono in particolare funzioni specifiche del Servizio di igiene veterinaria:

a) la prevenzione e la profilassi delle malattie degli animali trasmissibili all'uomo per contatto diretto, con gli alimenti od attraverso il terreno;

b) il miglioramento dei controlli igienici delle derrate di origine animale;

c) il controllo dell'alimentazione e delle terapie degli animali di interesse zootecnico, con particolare riferimento all'impiego di farmaci e mangimi medicati, al fine di prevenire la formazione di residui volontari nei prodotti di origine animale;

d) la sorveglianza sugli allevamenti e sui macelli per l'individuazione della presenza di residui involontari e nocivi nei prodotti di origine animale, nonché di patologie da cause fisico-chimiche ambientali;

e) il controllo ambientale in relazione alle contaminazioni derivanti dagli insediamenti zootecnici a carattere intensivo e dall'industria agro-alimentare collegata;

f) la collaborazione con i Servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro per la lotta alle malattie dei lavoratori del set-

tore zootecnico e della relativa industria di trasformazione;

g) l'igiene degli insediamenti urbani in relazione alla presenza di animali domestici e sinantropici;

h) il miglioramento della qualità igienico-sanitaria dei prodotti zootecnici destinati all'alimentazione umana attraverso il perfezionamento della gestione sanitaria e tecnica degli allevamenti;

i) il miglioramento degli *standard* strutturali ed igienico-sanitari degli impianti di produzione-trasformazione degli alimenti di origine animale;

l) la vigilanza sulle fasi di conservazione, distribuzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale, anche in collaborazione con i Servizi di igiene pubblica;

m) la collaborazione alle predisposizioni delle mappe di rischio ambientale attraverso la raccolta di dati epizootologici e la rilevazione di eventi sentinella;

n) gli adempimenti connessi a quanto previsto dall'articolo 7, lettera b) della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

ART. 26.

(Funzioni e compiti relativi all'educazione alla salute).

1. Per il coordinamento delle iniziative in materia di educazione alla salute il DIP si avvale di un'apposita struttura organizzativa al fine di assicurare il necessario supporto metodologico ai diversi servizi e presidi con particolare riferimento:

a) alla predisposizione dei piani di interventi;

b) al reperimento e all'uso coordinato delle risorse necessarie;

c) all'addestramento degli operatori dei servizi e presidi per la realizzazione dei programmi educativi;

d) alla elaborazione e diffusione di materiale di informazione e documentazione, in accordo con diversi servizi e presidi;

e) alla valutazione dei risultati ottenuti;

f) al collegamento con centri locali e nazionali, con particolare riferimento alla struttura di cui all'articolo 22.

2. Detta struttura organizzativa può costituire punto di riferimento organizzativo per tutte le iniziative della USL in materia di educazione alla salute.

ART. 27.

(Funzione e compiti specifici del Presidio multizonale di prevenzione).

1. Il Presidio multizonale di prevenzione (PMP) è una struttura tecnica deputata a fornire prestazioni di supporto specialistico ai DIP con riferimento ai bacini di utenza più ampi di una singola USL. Per determinate funzioni o prestazioni il bacino di utenza può coincidere anche con l'intero territorio regionale.

2. Gli ambiti di attività del Presidio multizonale di prevenzione riguardano in particolare l'inquinamento ambientale, l'igiene e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro, l'igiene degli alimenti e delle bevande, l'igiene veterinaria e la tossicologia.

3. Il Presidio multizonale di prevenzione coadiuva i servizi della USL nelle attività di vigilanza e nei casi di emergenza sanitaria; svolge funzioni di ricerca, formazione, aggiornamento e informazione in collaborazione con le USL e in accordo con l'ISS, con lo ISPESL con gli Istituti zooprofilattici, con Istituti universitari e di ricerca nonché con i sistemi informativi regionali e nazionali.

4. Il Presidio multizonale di prevenzione si articola in strutture organizzative primarie dedicate a problemi, di seguito denominate Settori; in strutture laboratoristiche; in servizi tecnici e amministrativi di supporto.

5. I settori sono organizzati con riferimento rispettivamente ai problemi relativi:

- a) all'igiene e alla sicurezza degli ambienti confinati;
- b) all'inquinamento dell'aria;
- c) all'inquinamento delle acque;
- d) all'igiene del suolo e dei rifiuti solidi;
- e) all'igiene degli alimenti e delle bevande.

6. I laboratori sono articolati per competenze:

- a) biomediche;
- b) chimiche;
- c) epidemiologiche;
- d) fisiche;
- e) impiantistiche;
- f) tossicologiche.

7. Relativamente alla articolazione dei Presidi multizonali di prevenzione la legge regionale:

a) determina il profilo delle strutture laboratoristiche, tecniche e amministrative in rapporto alla complessità dei compiti cui ciascun presidio deve far fronte;

b) individua i presidi in cui collocare laboratori dedicati a funzioni di alta specializzazione;

c) definisce modalità e tempi per la elaborazione dei programmi di attività fissando i criteri per il coinvolgimento dei comuni, delle province e di altre istituzioni pubbliche.

8. Prestazioni di carattere specialistico di supporto alle attività dei DIP possono essere svolte, per particolari esigenze e per specifici obiettivi, anche da altre strutture tecniche del Servizio sanitario nazionale o di enti pubblici. Nel caso trattisi di istituzioni esterne al Servizio sanitario nazionale la legge regionale fissa le modalità per il loro convenzionamento.

ART. 28.

(Modalità gestionali e organizzative del Presidio multizonale di prevenzione).

1. Le modalità specifiche per l'assetto e l'organizzazione dei Presidi multizonali di prevenzione, quelle per la loro gestione tecnico-amministrativa, e quelle per il loro funzionamento sono determinate con legge regionale.

2. Per quanto riguarda l'assetto, l'organizzazione e la ubicazione spetta alla legge regionale tra l'altro:

a) determinare le articolazioni dei singoli Presidi multizonali di prevenzione nei settori, laboratori tecnici ed amministrativi in rapporto alla complessità dei compiti cui ciascun presidio deve far fronte;

b) individuare i presidi in cui collocare laboratori dedicati a funzioni di alta specializzazione con bacino di utenza regionale o subregionale;

c) prevedere ulteriori forme di articolazione interna dei presidi, oltre a quelle indicate nell'articolo 27, sulla base di specifiche esigenze operative;

d) indicare i criteri per il decentramento di talune funzioni a livello di singole USL.

3. Relativamente alla gestione tecnico-amministrativa, la legge regionale determina in particolare:

a) le modalità specifiche della gestione amministrativa del presidio multizonale di prevenzione ai sensi dell'articolo 18 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

b) le forme attraverso cui garantire autonomia tecnico-funzionale al presidio multizonale di prevenzione anche sul piano della gestione contabile;

c) i criteri per il convenzionamento con istituzioni esterne al Servizio sanitario nazionale, ai sensi del precedente articolo 27, comma 8.

4. Per quanto concerne il funzionamento, la legge regionale fissa tra l'altro:

a) i criteri e le procedure per l'attivazione di una struttura di coordinamento tra i responsabili dei settori in cui si articola il presidio multizonale di prevenzione, nonché quelli per l'individuazione e la nomina di un responsabile del presidio con incarico a termine;

b) i compiti di tale struttura e del responsabile con particolare riguardo alle funzioni di indirizzo e programmazione dell'attività del presidio, nonché alla gestione del personale;

c) le forme di partecipazione degli operatori alla attività del presidio multizonale di prevenzione, da realizzare in modo particolare attraverso conferenze periodiche di organizzazione;

d) gli indirizzi per il coordinamento tra il presidio multizonale di prevenzione e le unità sanitarie locali che si avvalgono delle sue prestazioni, nonché le altre strutture a funzione multizonale;

e) le modalità e i tempi di definizione dei programmi di attività e i criteri per il coinvolgimento dei comuni, delle province e di altre istituzioni pubbliche.

ART. 29.

(Dotazioni organiche dei servizi e dei presidi).

1. Ciascun servizio e presidio, sulla base delle attività specifiche cui è proposto, può essere articolato, nelle realtà più complesse, in settori operativi, e può prevedere, sulla base di criteri stabiliti dai piani regionali, il decentramento di talune funzioni a livello distrettuale.

2. Ciascun servizio e presidio, che è costituito da un organico di personale di diversa professionalità e specializzazione, opera secondo i criteri della programmazione e adotta un metodo di lavoro interdisciplinare, pur nella salvaguardia delle specifiche competenze professionali.

3. Le USL provvedono all'acquisizione del personale per i servizi e i presidi, sulla base degli *standard* di riferimento di cui alle tabelle dell'allegato A, che costituisce parte integrante della presente legge.

4. Agli *standard* suddetti possono essere apportate variazioni aggiuntive in sede di attuazione di quanto previsto dall'articolo 31, tenendo conto delle diverse realtà territoriali, con particolare riferimento:

a) alla presenza di grosse concentrazioni urbane o industriali o a particolari fenomeni di tipo stagionale legati al flusso turistico;

b) alla presenza di particolari situazioni di rischio ambientale e occupazionale;

c) alla presenza di ampie concentrazioni di allevamenti e di insediamenti zootecnici;

d) alla presenza, all'interno del territorio di ciascuna USL di un elevato numero di comuni;

e) alla estensione territoriale di ciascuna USL;

f) alla presenza di strutture specialistiche di interesse regionale e sovraregionale richiedenti specifiche professionalità.

5. In relazione alle variazioni di cui al comma 4, o all'attuazione di specifici piani di prevenzione di interesse nazionale o regionale, le USL mediante le previste procedure autorizzative regionali, procedono anche alle necessarie trasformazioni dei posti vacanti in pianta organica.

ART. 30.

(Partecipazione degli operatori).

1. Il DIP si avvale della partecipazione degli operatori nelle diverse forme che ogni USL avrà cura di determinare, definendo al riguardo specifiche norme regolamentari.

TITOLO III

ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI
PROGRAMMATICI

ART. 31.

*(Piani attuativi degli interventi
programmatici regionali).*

1. Gli interventi programmatici regionali di cui all'articolo 5 sono realizzati mediante piani attuativi dei comuni o delle loro associazioni.

2. La legge regionale stabilisce criteri, procedure, modalità organizzative e tempi per la predisposizione dei piani attuativi, con riferimento sia agli obiettivi di tipo strutturale-organizzativo che a quelli di prevenzione e controllo.

3. La legge regionale stabilisce altresì modalità e strumenti per il controllo dell'attuazione dei piani di cui al comma 1.

4. Per la loro predisposizione e attuazione i comuni e le loro associazioni, si avvalgono oltre che delle strutture tecniche delle USL anche di altri supporti messi a disposizione della regione, nonché dalle province secondo quanto previsto all'articolo 32.

5. I piani attuativi definiscono gli impegni triennali di ciascuna USL per il raggiungimento degli obiettivi relativi all'intera area di riferimento.

6. In caso di inerzia o di inadempienza da parte dei comuni o delle loro associazioni, la regione promuove gli idonei provvedimenti sostitutivi.

ART. 32.

(Compiti delle amministrazioni provinciali).

1. Per i fini di cui alla presente legge le province svolgono attività di coordinamento attraverso:

a) l'indizione di conferenze periodiche dei comuni e delle USL allo scopo di integrare i piani attuativi nel territorio di competenza;

b) il raccordo delle proprie competenze istituzionali in materia di igiene ambientale con gli obiettivi previsti dai programmi regionali e dai piani attuativi comunali;

c) la messa a disposizione per i comuni e le loro associazioni di supporti tecnici per qualificare le attività di programmazione, formazione degli operatori, ricerca finalizzata, informazione e documentazione.

ART. 33.

(Informazione e partecipazione).

1. I programmi regionali e i piani attuativi prevedono le modalità di informazione dei cittadini singoli o associati sui problemi della tutela ambientale, sull'attività dei servizi e sul loro funzionamento.

2. Prevedono altresì sedi e modalità di consultazione delle forze sociali, delle organizzazioni culturali, di volontariato e ambientaliste, sullo stato di attuazione dei programmi regionali e dei piani attuativi.

TITOLO IV

CONTROLLI E DISPOSIZIONI FINANZIARIE E FINALI

ART. 34.

*(Personale dei Servizi
di prevenzione).*

1. Ai fini della realizzazione degli obiettivi della presente legge il numero degli operatori da assegnare ai Servizi di prevenzione è stabilito nella misura prevista all'articolo 29.

ART. 35.

(Assunzione di nuovo personale).

1. Per la copertura dei fabbisogni risultanti dalla applicazione dell'articolo

34, viene autorizzata l'assunzione nel triennio 1989-91 di nuovo personale entro il numero massimo di 10.000 unità, così suddivise:

- a) 1.000 unità nel 1989;
- b) 4.000 unità nel 1990;
- c) 5.000 unità nel 1991.

2. La ripartizione dei suddetti contingenti nelle figure professionali viene determinata secondo gli *standard* di cui alla tabella A allegata.

3. Il programma annuale di assunzioni viene approvato dal CIPE, sentito il Consiglio sanitario nazionale, entro il 31 marzo di ogni anno.

4. A tal fine entro il 31 dicembre di ciascun anno le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano comunicano la consistenza numerica degli addetti ai servizi e ai presidi e indicano il fabbisogno del personale dell'anno successivo definendone la priorità per numero e figure professionali e ne danno comunicazione al Servizio centrale per la prevenzione.

5. L'Ufficio determina per ciascuna regione e provincia autonoma le assunzioni autorizzabili nell'ambito del contingente annuale.

ART. 36.

(Assegnazione degli stanziamenti a disposizione degli enti locali).

1. Con lo stesso provvedimento di cui all'articolo 35 e con le stesse procedure istruttorie, il CIPE approva la quota parte del fondo speciale di cui all'articolo 37 da mettere a disposizione di ciascuna regione e provincia autonoma per finanziare le assunzioni autorizzate.

2. Di tale quota il 50 per cento viene assegnato contestualmente al primo provvedimento di erogazione degli stanziamenti del FSN successivo al provvedimento del CIPE.

3. Il restante 50 per cento viene accantonato come fondo di riserva ed assegnato con l'ultimo provvedimento annuale di erogazione degli stanziamenti del FSN previa documentazione dell'avvenuta assunzione mediante autocertificazione del presidente della giunta, e nella misura corrispondente ai costi effettivamente sostenuti nell'anno, fatto salvo il conguaglio delle somme già erogate.

4. Gli stanziamenti del fondo di riserva non utilizzati nell'anno di competenza sono iscritti nel fondo speciale dell'anno successivo, ad incremento della quota annuale.

ART. 37.

(Finanziamento).

1. Per l'attuazione di quanto previsto dalla presente legge per l'attivazione e il potenziamento dei DIP, su tutto il territorio nazionale, per il triennio 1989/1991 è vincolata una quota pari al 10 per cento del fondo previsto all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (legge finanziaria 1988).

2. Tale stanziamento garantisce:

a) per il primo anno, alle regioni e province autonome, una disponibilità di risorse che consentano gli interventi di immediata esecuzione, capaci di avviare programmi regionali;

b) per i successivi anni del triennio, il residuo del finanziamento previsto relativo ai succitati programmi.

3. Per le finalità di cui al comma 2 si provvede:

a) per il primo anno mediante il riparto di lire 1.500 miliardi dello stanziamento previsto al comma 1 di cui il 60 per cento in ragione proporzionalmente inversa al personale già presente nella pianta organica delle regioni e province autonome alla data del 31 dicembre 1988 e che svolge funzioni che, ai sensi della presente legge, saranno organizzate dai DIP; il 30 per cento in ragione diretta alla spesa corrente di competenza dell'e-

servizio 1988, sostenuta dalle regioni e dalle province autonome, tramite le USL o direttamente per i servizi afferenti al DIP il 10 per cento in ragione diretta alla popolazione residente in ciascuna regione e provincia autonoma alla data del 1° gennaio 1988;

b) per gli anni successivi: il 25 per cento delle risorse residue dello stanziamento previsto al comma 1 (1.500 miliardi) destinato al completamento dei progetti finalizzati regionali; il 30 per cento delle medesime risorse in ragione diretta alla popolazione residente, in ciascuna regione e provincia autonoma alla data del 1° gennaio 1989; il 45 per cento delle medesime in ragione diretta alla spesa corrente sostenuta dalle regioni e province, autonome, tramite le USL o direttamente per i servizi afferenti al DIP, rispettivamente per l'esercizio 1990-1991.

4. Il Servizio centrale per la prevenzione previsto dall'articolo 18, propone al CIPE, sentito il Consiglio sanitario nazionale, la ripartizione dello stanziamento previsto al comma 1 sulla base dei criteri precedentemente enunciati.

ART. 38.

(Provvedimenti in caso di omissione, ritardo, inadempienza).

1. Il Presidente del Consiglio dei ministri d'intesa con il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale quando da parte delle regioni risulti la persistente inerzia in relazione alle attività ed alle competenze contemplate dalla presente legge, ai sensi del terzo comma dell'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, con proprio decreto provvede al blocco dei finanziamenti a destinazione vincolata e ad interventi riparatori e sostitutivi da eseguirsi da parte del commissario di Governo.

ART. 39.

(Competenze dei comuni).

1. Sono di competenza dei comuni, con vincolo di esercizio mediante le USL

le funzioni di prevenzione e vigilanza relative a servizi e impianti gestiti dalle Ferrovie dello Stato, alla protezione dei lavoratori e dei cittadini dai rischi derivanti da esposizione a radiazioni ionizzanti.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

ALLEGATO A
(articolo 29)STANDARD DI RIFERIMENTO PER LE DOTAZIONI ORGANICHE DI PERSONALE
PER I SERVIZI, PRESIDÌ E UNITÀ OPERATIVE DEL DIP.

1. SERVIZIO DI « IGIENE PUBBLICA ».

	Medici igien.	Inferm. ASV	Tecn. laur.	Tecn. dipl.	Altri	Ammi- nistr.	Totale × USL
1ª fascia 50.000 abitanti	3	3	2	9	3	3	23
2ª fascia 50/100.000 abitanti	4	4	2	14	4	4	32
3ª fascia 100/150.000 abitanti	5	5	2	18	5	5	40
4ª fascia 150/200.000 abitanti	7	7	3	24	6	6	53
5ª fascia 200/300.000 abitanti	9	9	4	32	8	8	70
6ª fascia 300.000 abitanti	11	11	5	43	11	10	91

2. SERVIZIO PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO

Figure Profili	Medici del lavoro	Pers. Infer. Prof. ASV	Laur. tecni- ci	Dipl. tecni- ci	Ammi- nistra- tivi	Totale
1ª fascia - fino a 15.000 addetti...	2	2	2	3	1	10
2ª fascia - 15/30.000 addetti	2	2	2	5	2	13
3ª fascia - 30/50.000 addetti	3	3	3	6	2	17
4ª fascia - 50/70.000 addetti	3	3	4	8	3	21
5ª fascia - 70/100.000 addetti	4	4	4	10	3	25
6ª fascia - oltre 100.000 addetti...	5	5	5	12	3	30

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

3. SERVIZIO IGIENE VETERINARIA.

Sanità animale e igiene delle produzioni.

Zona	Capi	Veterinari	Pers. Amm.	Vig. sanitari
montagna	ogni 2.000	1	0,3	0,2
collina	ogni 3.000	1	0,5	0,3
pianura	ogni 5.000	1	0,8	0,5

Igiene della produzione e della commercializzazione degli alimenti di origine animale

Zona	Controllo Ton/anno di alimenti di orig. anim.	Veterinari	Pers. amm.	Vig. sanitari
montagna	ogni 500	1	0,1	0,2
collina	ogni 1.000	1	0,2	0,3
pianura	ogni 3.000	1	0,3	0,5

4. PRESIDIO MULTIZONALE DI PREVENZIONE

Operatori n. abitanti	Laureati	Diplomati	Altri	ammini- strativi	Totale
300.000	19	42	10	12	83
3 - 500.000	26	50	12	13	101
5 - 800.000	29	53	12	16	110
800.000 - 1.500.000	37	73	14	17	141

Tra il personale laureato devono essere presenti: biologi, chimici, fisici, geologi, ingegneri e medici.

Il rapporto tra operatori tecnici laureati e non laureati va compreso tra 1:2 e 1:4.