



SNOP (Società Nazionale Operatori della Prevenzione)

**Contributo della SNOP per la Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro, con particolare riguardo alle cosiddette "morti bianche"
Audizione del 10-3-2009**

L'andamento degli infortuni e delle malattie professionali in Italia

I dati INAIL descrivono una situazione in considerevole evoluzione nel corso degli ultimi 60 anni, dall'immediato dopoguerra ai giorni nostri. Si è passati come dati annuali:

- da 1.500.000 infortuni denunciati circa agli attuali 900.000 circa,
- da più di 4.500 infortuni mortali agli attuali 1.200 circa,
- da più di 70.000 malattie professionali denunciate (anni '70) alle attuali 28.000 circa,

e tutto ciò a fronte di una crescita degli assicurati da 10 milioni a circa 19 milioni, che rappresentano circa l'80% dei lavoratori regolari italiani.

Una situazione quindi in **evoluzione evidentemente positiva nel corso del tempo**, che ovviamente deriva da molte e complesse componenti non facilmente approfondibili. Ma non si deve dimenticare che vi sono fenomeni nascosti o non del tutto conosciuti (sottodenunce, lavoro sommerso, non assicurati, ecc.) che complicano il quadro generale, un quadro comunque che deve essere valutato analizzando lunghi periodi, trend storici, gli unici che permettono di trarre indicazioni concrete su fenomeni non misurabili in articolazioni temporali di breve periodo.

Gli infortuni

Dati Inail 2005-2007 Tutti gli infortuni per tutte le gestioni (situazione all'aprile 2008)

ANNI	INDENNIZZATI				DENUNCIATI				
	Tempor.	Perman.	Morte	Totale indennizz.	Positivi senza indennizzo	Negativi	Franchigie	In corso di definizione	Totale
2005	606.875	37.764	1.206	645.845	11.800	145.142	132.631	4.599	940.021
2006	597.360	38.251	1.273	636.884	11.550	147.111	127.735	4.878	928.158
2007	576.458	26.210	1.088	603.756	12.835	139.609	124.682	31.733	912.615

Come si vede, al netto delle franchigie (che rappresentano solo una parte delle franchigie reali, non essendo fino a tutt'oggi - in attesa dell'entrata in funzione di un articolo del D.Lgs. 81/2008 – obbligatoria per legge la denuncia di tali eventi) e degli accadimenti denunciati che l'Istituto assicuratore non ha riconosciuto come eventi infortunistici da lavoro, i numeri degli infortuni che secondo l'INAIL si sono verificati ed hanno provocato conseguenze temporanee o permanenti negli ultimi anni, considerando non ancora vicino alla completa stabilizzazione il 2007, sono :

nel 2005 di poco inferiori ai 660.000,
 nel 2006 attorno ai 650.000,
 nel 2007 inferiori ai 630.000 (dato ancora parzialmente stimato).

Il dato 2008, allo stato ovviamente assolutamente provvisorio, sembra comunque deporre per un'ulteriore flessione pur se non particolarmente rilevante. Il monitoraggio degli andamenti negli ultimi anni è importante anche ai fini di ciò che dovrebbe avvenire proprio a partire dal 2008, anno in cui inizia il periodo temporale 2007-2012 nel corso del quale la Direttiva Comunitaria 63/2007 prevede **per ogni paese U.E. un decremento infortunistico complessivamente pari al 25%**: in altre parole, e senza entrare qui nel merito di questo obiettivo europeo, ciò implica che in Italia il numero degli infortuni indennizzati relativi al 2012 dovrebbe scendere ben sotto i 500.000.

Se i numeri assoluti si pongono in relazione con la popolazione lavorativa, e si calcola l'incidenza infortunistica, si vede che anche gli indici statistici tendono ad un progressivo decremento. Il tasso (o indice di incidenza) degli infortuni indennizzati (dato tratto dai *Flussi informativi Inail-Ispesl-Regioni edizione 2008*), per gli anni cui è disponibile il numero degli addetti assicurati all'Inail, quindi fino al 2006, era pari:

- nel 2004 a 28,02
- nel 2005 a 26,95
- nel 2006 a 25,92

con un decremento quindi piuttosto sensibile.

Le Regioni nelle quali gli indici infortunistici si discostano maggiormente dalla media nazionale, contribuendo quindi maggiormente alla stessa, sono (in ordine decrescente) l'Umbria, l'Emilia-Romagna, la Liguria, il Friuli, Bolzano, la Puglia, le Marche e l'Abruzzo.

Il progressivo decremento nazionale si verifica in quasi tutti i settori (anche se in diversa misura per ognuno), ivi comprese le Costruzioni che rappresentano notoriamente il settore a maggior rischio infortunistico. Tra il 2006 e il 2007 il decremento del numero di infortuni nei settori (valutato dall'Inail) è stato pari al:

9,4% in Agricoltura; 5,4% nell'Industria manifatturiera; 7,7% nelle Costruzioni; 2,1% nel Commercio; 3,7% nei Trasporti; 2,8% nella Pubblica Amministrazione e Istruzione; 4% nella Sanità e Servizi sociali.

Un fenomeno di cui tenere conto, in passato non sufficientemente esplicitato, è il verificarsi degli **infortuni solo in un numero limitato di aziende**: nel 2006, l'ultimo anno ormai pressochè stabilizzato (ma in realtà il fenomeno appare analogo in tutti questi anni 2000) su un totale di 3,7 milioni di aziende più del 92% non ha avuto nessun infortunio sul lavoro. In altre parole in quell'anno solo circa 280.000 aziende hanno denunciato almeno un infortunio sul lavoro. Nel restante 7% circa buona parte degli infortuni (con percentuali diverse nelle varie regioni, ma spesso attorno al 50%) è accaduta in un "piccolo" numero di aziende: complessivamente il 50% circa degli infortuni avvenuti in Italia è stato denunciato da un numero di aziende inferiore alle 20.000.

Un altro aspetto ormai diffusamente noto e che ha relazioni con le conseguenze infortunistiche è quello dell'importanza della **dimensione d'impresa**: nella maggior parte delle regioni e nel complesso del paese il 95% circa delle imprese hanno meno di 10 addetti (sono le cosiddette "microimprese") e proprio in queste microimprese è maggiore l'incidenza degli infortuni, in particolare di quelli di maggior gravità e con esito mortale.

Rispetto al fenomeno infortunistico complessivo, la questione che ha assunto negli ultimi anni emblematica importanza (anche mediatica) è quella degli **infortuni mortali**. Una questione sempre più "alla ribalta", non tanto perché tali eventi aumentano (come vedremo, ciò non corrisponde al vero) ma perché sta evidentemente aumentando la sensibilità collettiva rispetto alla loro inaccettabilità, perché si va modificando quella che qualcuno chiama la "soglia del dolore" di fronte a tale tragico fenomeno.

Come già detto, dagli anni 50 ad oggi la frequenza di questi eventi è rilevantemente diminuita, sostanzialmente in un rapporto 4:1. Oggi il fenomeno è attestato sui **1200 eventi annuali** circa, con una tendenza pur incostante al decremento, comunque non particolarmente rilevante soprattutto negli ultimi anni del nuovo secolo. Si tratta pur sempre di un fenomeno inaccettabile, ancor più se lo si consideri in una dimensione temporale ampia: nei circa 60 anni trascorsi al dopoguerra ad oggi gli infortuni mortali sul lavoro in Italia "misurati" dall'Inail assommano complessivamente ad almeno 150.000. E negli ultimi tempi ha particolarmente colpito l'attenzione pubblica il ripetersi di tragedie collettive (in pochi eventi in Piemonte nel 2007, a Molfetta in Puglia, a Mineo in Sicilia ed a Barberino del Mugello in Toscana nel 2008 - si sono verificati complessivamente 25 morti).

Tipo di infortunio mortale	2004	2005	2006	2007
In ambiente di lavoro	828	587	646	565
Stradali	500	693	695	642
di cui				
in occasione di lavoro	205	413	421	342
in itinere	295	280	274	300

Totale	1.328	1.280	1.341	1207
---------------	--------------	--------------	--------------	-------------

Il dato 2007 è aggiornato al 31/10/2008 e va considerato come pressochè definitivo. Riprende dunque il trend diminutivo degli anni precedenti che si era interrotto nel 2006; permane anche nel 2007 il prevalere della componente di eventi legati alla strada, in parte in occasione di lavoro ed in parte nei percorsi casa-lavoro (gli infortuni in itinere sono ulteriormente aumentati come componente percentuale, pur dovendosi ricordare che nel computo degli stessi vi è una piccola quota, percentualmente non significativa, non ascrivibile ad eventi legati alla circolazione stradale).

Le **costruzioni** rimangono il settore che contribuisce in misura nettamente principale al numero complessivo, con quasi 1/4 dei casi (e sono tra l'altro il settore in cui è relativamente meno rilevante la frequenza degli eventi "legati alla strada").

La distribuzione geografica evidenzia naturalmente ai primi posti le regioni con maggiori popolazione lavorativa, con i seguenti contributi percentuali:

18% la Lombardia, circa 10% sia il Veneto sia l'Emilia-Romagna, 9% il Piemonte, 8% il Lazio, 7% la Puglia e la Sicilia, 6% la Campania e la Toscana, inferiori al 3% (ognuna) le restanti regioni.

Il decremento sopra citato per il complesso del paese nella fase recente, in particolare nel 2007 rispetto al 2006, risulta di un'evoluzione diminutiva del fenomeno in quasi tutte le regioni, che appare particolarmente rilevante in talune (Liguria, Trento, Toscana, Umbria, Abruzzo) mentre si rileva un andamento non positivo o stabile in Veneto, Bolzano, Marche, Basilicata e Sardegna.

Da notare che sia nella totalità infortunistica sia nell'andamento degli eventi mortali si sta facendo progressivamente sempre più rilevante il **contributo dei lavoratori stranieri**. La popolazione lavorativa immigrata è in aumento ed attualmente è stimata in più di 3 milioni (regolari, cui naturalmente non si può aggiungere se non con larghe stime la parte "sommersa" o irregolare).

I lavoratori stranieri in regola rappresentano dunque circa il 6% della popolazione lavorativa assicurata all'Inail ma s'infortunano di più di quella italiana, infatti in misura percentuale pari ad almeno il 15% di quella complessiva. E la stessa percentuale si verifica anche per gli eventi mortali. Naturalmente questi dati vanno interpretati non affrettatamente, perché tra le motivazioni interpretative vi è certamente anche il fatto che una percentuale rilevante di questi lavoratori viene addetta ad attività ed a settori produttivi più a rischio (in particolare l'edilizia), comunque sia anche queste sommarie indicazioni evidenziano che si tratta di un aspetto da monitorare e su cui rivolgere particolare attenzione anche ai fini delle strategie preventive.

Grazie al Sistema permanente di sorveglianza nazionale sugli Infortuni mortali messo in opera da Ispesl, Inail e Regioni e Province autonome, si è in grado di conoscere progressivamente assai di più sulle cause e circostanze degli eventi infortunistici mortali: da ciò che emerge, si evincono:

- il ripetersi di analoghe modalità infortunistiche negli stessi comparti produttivi e nelle stesse attività di lavoro;
- la comprensione che spesso le cause accertate sarebbero "facilmente" eliminabili con una corretta valutazione dei rischi da cui far derivare procedure di lavoro corrette, formazione e addestramento dei lavoratori.

Tuttora dunque le modalità di tali eventi appaiono spesso prevedibili e prevenibili ed intrinseci a modalità di effettuazione del lavoro ampiamente migliorabili dal punto di vista della sicurezza e della tutela preventiva. La diffusione di queste informazioni potrebbe certamente influire sull'ulteriore riduzione di questi eventi.

Va ricordato che il Sistema di sorveglianza ha permesso di incrementare i rapporti, le conoscenze e le sinergie e collaborazioni tra i diversi Enti coinvolti e ciò rappresenta una fondamentale premessa per un lavoro comune anche nell'attività di prevenzione. Per fornire informazioni utili al sistema

della prevenzione nei luoghi di lavoro, il “ritorno” dei risultati (principali situazioni a rischio e relative soluzioni tecniche e organizzative) dovrebbe riguardare sia le istituzioni addette a funzioni di prevenzione e vigilanza sia le imprese e le parti sociali. In particolare per le imprese e per gli operatori delle strutture territoriali di prevenzione e vigilanza, i “determinanti degli infortuni”, individuati ancora nella loro fase “potenziale”, devono costituire un patrimonio da usare nell’attività quotidiana (di vigilanza ma anche di informazione ed assistenza).

Si potrebbe ad esempio **intervenire sui principali aspetti evidenziati con campagne informative nazionali, regionali e locali a tema** (rischi specifici di macchine, attrezzature, strutture, tipi di lavorazioni ecc.) o **per comparti produttivi**.

Si potrebbero considerare in particolare

- le cadute dall’alto (nel comparto edile ma non solo) (da tetti, da tetti in eternit, da impalcature, da carrelli elevatori, da scale portatili, da soppalchi),
- le cadute di materiali (o dei loro contenitori) (dalle forche dei muletti, da gru, da soppalchi, da accatastamenti),
- gli investimenti (da carrelli elevatori, da macchine movimento terra, da materiali movimentati con gru o paranchi),
- “perdita di controllo” di utensili, macchine ed impianti ed attrezzature (in particolare durante le fasi di attrezzaggio e manutenzione).

Interventi su vasta scala su questi aspetti particolarmente ripetitivi, tramite l’utilizzo e la diffusione di materiali divulgativi agili, di facile diffusione e possibilmente plurilingue, potrebbero portare certamente ad una progressiva contrazione degli eventi.

Le malattie professionali

Riguardo alle malattie professionali, va detto innanzi tutto che si tratta di un fenomeno assai più “complicato” da valutare rispetto a quello degli infortuni.

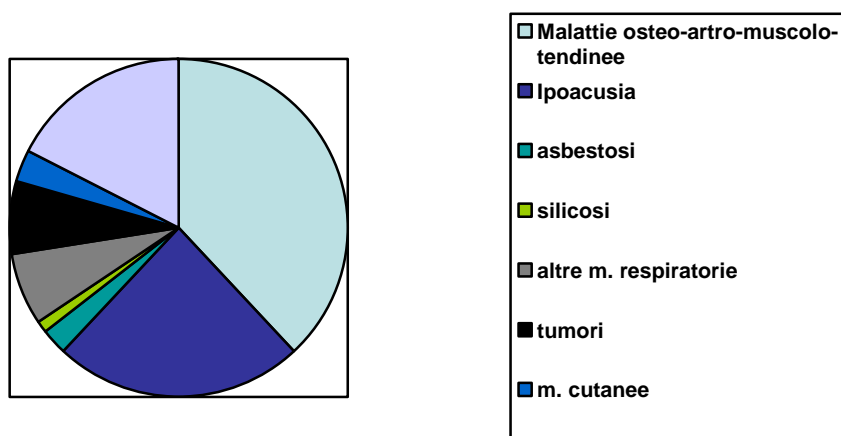
Negli ultimi 2 decenni sono progressivamente diminuite le denunce, rispetto alle quali non più di 1/3 delle malattie denunciate viene riconosciuto dall’Inail; tendono a diminuire significativamente (talora verso la scomparsa) alcune malattie storiche, sempre maggiore è la difficoltà di individuare e riconoscere quadri più sfumati e spesso a genesi multifattoriale (ossia non solo di origine lavorativa). Per descrivere il fenomeno è spesso invalsa (utilizzata) l’immagine dell’iceberg, esplicitiva di un sommerso, di entità non nota ma presumibilmente rilevante, che si dovrebbe auspicabilmente e progressivamente cercar di far emergere con un impegno multiforme va crescendo in Italia la consapevolezza che solo “insieme” tra tutti i soggetti aventi titolo, competenze e conoscenze si può pensare di risolvere il problema o almeno di rendere le conoscenze meno distanti dall’effettiva realtà. E’ dunque opinione abbastanza diffusa che più si lavora/lavorerà su questi aspetti più - almeno in un primo periodo non breve - i numeri probabilmente aumenteranno (appunto con l’emersione del sommerso e del sottonotificato....).

Dall’inizio degli anni 2000 l’andamento delle denunce di m.p. è stato praticamente stabile attorno ai 25-26.000 casi annui, senza variazioni quantitative significative nel corso del periodo; nel 2007 si è invece verificato un discreto incremento, fino a circa 28.500 denunce. E’ forse presto per dire se questa è un’inversione di tendenza aderente a quanto detto poc’anzi, conseguente quindi alle varie iniziative che si stanno assumendo per favorire una maggior emersione del fenomeno, ivi compreso l’avvio del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate di cui al comma 5 dell’art. 10 del D.lgs. n.38/2000: occorrerà da un lato incrementare le stesse e naturalmente monitorare la situazione nel prossimo periodo, che potrebbe vedere novità anche in base alle innovazioni introdotte con l’emanazione del Decreto Ministeriale 14 gennaio 2008 con cui è stato considerevolmente aggiornato l’Elenco delle malattie professionali per le quali è obbligatoria, da parte del medico che ne venga a conoscenza, la denuncia.

Una novità che si sta progressivamente verificando è rappresentata dall'aumento delle cosiddette malattie "non tabellate" (quelle per le quali non esiste la presunzione d'origine ma per cui va dimostrato il nesso causale professionale): queste ultime rappresentavano nel 2007 più dell'80% di tutti i casi denunciati. E' peraltro possibile, se non probabile, che il passaggio a regime del nuovo Elenco di malattie tabellate prima ricordato comporti nel prossimo periodo un'ulteriore modificazione ed una ripresa della quota di queste ultime (visto che l'Elenco accoglie varie "nuove" patologie precedentemente non tabellate).

Da notare tra l'altro che l'entità del fenomeno rimane assolutamente diversificata tra Industria-Servizi ed Agricoltura: in quest'ultima la denuncia di m.p. è assolutamente rara (negli ultimi 3 anni le denunce sono passate da circa 1300 nel 2005 a 1600 nel 2007).

Stante ciò, vediamo rapidamente la situazione nell'Industria e Servizi.



Come si vede, tuttora "resiste" al primo posto (tra malattie tabellate e non) l'ipoacusia, che - pur se in decremento - rimane attorno ai 6000 casi (circa 1/4 del totale dei denunciati). In evidente aumento sono invece le denunce di malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (tendiniti, patologie del rachide, artrosi, sindromi del tunnel carpale), che - se considerate nel complesso (come nella Tabella sopra) e non come singoli quadri nosologici - risultano decisamente al primo posto (quasi 10.000 casi nel 2007). Permangono naturalmente in posizione di rilievo le patologie respiratorie, pur se in progressivo decremento soprattutto per la diminuzione delle pneumoconiosi (soprattutto le silicosi e non le asbestosi).

Stanno aumentando le denunce di patologie della psiche (nel 2007 sono stati denunciati circa 600 casi di "disturbi psichici lavoro-correlati", prevalentemente imputati a "mobbing").

Decisamente in rialzo, rispetto al passato non lontano, sono infine le neoplasie di origine professionale, che rappresentano con tutta evidenza una delle questioni più delicate nel campo delle malattie da lavoro. Queste patologie (assai poco "esplorate" e quindi denunciate fino all'ultimo decennio del secolo scorso) stanno invece considerevolmente aumentando, pur restando tuttora attorno ad un'entità probabilmente largamente sottostimata rispetto alle attese. I due fenomeni della latenza (sono patologie che compaiono e si affermano a distanza di decenni dall'esposizione) e della non specificità (i tumori professionali - salvo pochissime eccezioni - non sono distinguibili come caratteristiche da quelli di origine non professionale), unitamente alla prevalente non conoscenza dell'eziopatogenesi che le contraddistingue, hanno fatto sì che il numero di neoplasie primarie, non associate a "classiche" patologie professionali (silicosi ed asbestosi soprattutto), fosse fino agli anni recenti assai ridotto sia come denunce sia conseguentemente come riconoscimenti INAIL.

Com'è noto, secondo molti una parte non irrilevante dei tumori, con percentuali variabili tra il 4 e l'8-10%, dovrebbe essere collegata ai rischi lavorativi, e ciò implica che gli attuali numeri rappresentano evidentemente anch'essi una punta del già citato iceberg. Comunque sia, le denunce di neoplasie professionali negli ultimi 3 anni stanno salendo verso i 2000 casi l'anno (mentre nei

primi anni '90 venivano denunciate poche centinaia di casi ogni anno); tra i casi attuali, la maggior parte riguarda l'apparato respiratorio, con particolare riferimento ai mesoteliomi pleurici ed ai tumori polmonari legati entrambi all'amianto. Ma stanno entrando in scena anche neoplasie di altri organi (da segnalare in particolare, negli ultimi anni, i tumori della vescica e quelli del naso).

Nel periodo 2000-2007 le neoplasie riconosciute hanno rappresentato complessivamente poco meno del 10% del totale di m.p. riconosciute, ma è interessante notare che il "numero" nazionale deriva da una distribuzione territoriale assai disomogenea. L'82% delle neoplasie riconosciute riguarda 8 Regioni, 6 del Nord (Lombardia, Piemonte, Liguria, Friuli, Emilia-Romagna, Veneto), la Toscana e la Puglia. Da notare che due "piccole" regioni, la Liguria (12,7%) ed il Friuli (10,5%), contribuiscono da sole al 23% delle neoplasie riconosciute nell'intera Italia (si tratta di due regioni marine, con un passato - ed un presente - caratterizzato da una significativa concentrazione di attività di cantieristica navale).

In estrema sintesi, si tratta, sia per gli infortuni sia per le malattie professionali, di fenomeni che si stanno **modificando**, che sono in progressiva **diminuzione (con diverse implicazioni per infortuni e m.p.)**, non molto rilevante negli ultimi anni, con **mutamenti interni** (tipologie, distribuzione anche geografica, gravità, connessioni con le diverse tipologie organizzative e tecniche del lavoro) che andrebbero tuttora conosciuti meglio (cosa possibile solo con un **approccio sistematico, integrato e partecipato**) e che rimangono sempre su livelli che non dovrebbero essere accettabili.

Quindi accanto a quello che, nel nostro paese, è stato fatto per migliorare le condizioni di lavoro e di tutela della salute e sicurezza sul lavoro ed arrivare a questi risultati, è certo che molto si può e si deve ancora fare.

Sta divenendo sempre più condivisa la consapevolezza che un miglioramento delle condizioni di lavoro, di tutela sul lavoro, dipende anche da un'organica conoscenza dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori. Ciò implica la fondamentale necessità di disporre di un sistema di conoscenze e naturalmente di tradurre tali conoscenze in azioni finalizzate all'eliminazione/riduzione dei rischi stessi.

Negli ultimi anni si sono finalmente poste le basi per la costruzione di un Sistema informativo nazionale: le iniziative dei Flussi informativi tra Inail, Ispesl, Regioni e Province Autonome, il Sistema nazionale di sorveglianza che gli stessi soggetti hanno attivato sugli Infortuni mortali e gravi, sono due pietre miliari, già funzionanti, di questo sistema che oggi l'art. 8 del D. Lgs. 81/2000 ha ulteriormente codificato, prevedendone l'avvio ed allargando la base dei soggetti contribuenti e partecipanti. C'è sicuramente molto da fare in questa direzione, ma occorre non dimenticare che già oggi le conoscenze disponibili sono rilevanti e possono (e devono) essere comunicate, rese disponibili (partecipate) e utilizzate diffusamente per migliorare le condizioni di salute e sicurezza sul lavoro, un obiettivo di civiltà e di giustizia sempre più irrinunciabile per le istituzioni e per le parti sociali, in sostanza per tutta la società.

Il coordinamento nella Pubblica amministrazione ma anche il sostegno sociale, culturale e finanziario alle azioni di prevenzione

Il miglioramento della salute e sicurezza dei lavoratori, ma anche il modo di rapportarsi alle imprese deve rispondere all'esigenza per la Pubblica Amministrazione di operare in una logica di sistema e con trasparenza ed equità a livello nazionale e regionale

Il DLgs 81/2008 può rappresentare, pur con dei limiti, uno strumento di indirizzo funzionale ad un disegno omogeneo del sistema della prevenzione nei luoghi di lavoro i cui principi fondamentali dovrebbero essere

- integrazione tra tutte le istituzioni che si occupano di promozione e tutela della salute nei luoghi di lavoro
- coordinamento della vigilanza
- conoscenza dei fenomeni di salute legati alla attività lavorativa (infortuni, malattie professionali e da lavoro, indicatori sociali e di benessere...)
- centralità e circolazione delle informazioni nella costruzione di un adeguato sistema informativo nazionale per la prevenzione (SINP)
- riqualificazione e rivisitazione del ruolo dei vari soggetti
- definizione di priorità, strategie, piani di intervento a livello nazionale , regionale e territoriale
- condivisione di indicatori di processo, esiti, efficacia e monitoraggio delle attività

I servizi stanno nei Dipartimenti di prevenzione di Aziende sanitarie, l'Ispettorato del Lavoro non è più certo quel sistema burocratico ma in molte situazioni un sistema di operatori competenti e motivati, meglio organizzati su programmi di lavoro concreti nel contrasto al lavoro illegale , al lavoro nero, al lavoro precario irregolare.

Solamente programmi integrati e sistemi informativi (o almeno notizie) condivisi tra ASL, DPL, INAIL e INPS potranno essere utili per scegliere dove fare indagini.(vedi nota 1)

Oggi i sistemi informativi (INAIL-ISPEL), che permettono pur con dei limiti una conoscenza dei fenomeni, esistono e vanno usati in ogni ambito territoriale.

Oggi il sistema OCCAM-SDO, registri di mortalità, registri di patologia aumentano la potenzialità conoscitiva epidemiologica in modo esponenziale anche sulle patologie professionali.

Nessuno potrà dire che non sa se nel suo territorio o nelle aziende ci sono e ci sono stati tumori a possibile eziologia professionale.

In molti territori sono oramai consolidati sopralluoghi congiunti DPL-ASL in cantieri, magazzini e logistica, aree agricole.

Sono stati firmati protocolli di lavoro, osservatori su aziende critiche ecc.

In molti territori si fanno inchieste congiunte su situazioni di chiara problematicità.

Ma non possiamo sottacere che la spinta propulsiva del Ministero del Welfare sulle attività della DPL è andata man mano attenuandosi: vi sono le circolari su un tipo di vigilanza "ammorbidita", la questione del libro unico del lavoro che sostituisce il libro matricola e quindi la possibilità di controllo immediato sulla regolarità e regolarizzazione delle assunzioni che tanta parte hanno avuto nel 2006-2007 con i Decreti Bersani e Damiano sulla emersione dal lavoro nero, ha di fatto spuntato molte delle armi amministrative introdotte al contrasto al lavoro nero e irregolare.

Così come con il decreto 112 si sono tolte le violazioni sulla durata del lavoro come causa di sospensione della attività produttiva. Non solo la Tyssen Krupp ma banalmente le autostrade o gli ospedali viaggiano su orari molto lunghi, talora oltre le 12 ore.

Nell'ultimo periodo il Governo nelle parole del Ministro Sacconi, facendo propri gli appelli del Capo dello Stato e dei Presidenti delle Camere per "un impegno più intenso dello Stato, delle Regioni e delle parti sociali affinché i luoghi delle attività produttive e le strade siano più sicure per quelli che vi lavorano" dice che occorre un piano straordinario di formazione e informazione e che il Governo presenterà un' unica Agenzia Nazionale delle funzioni pubbliche dedicata alla salute e sicurezza dei lavoratori, a partire da quelle attualmente gestite da INAIL e ISPEL. Il

Governo inoltre afferma che la capacità di vigilanza potrà essere incrementata non solamente dalla maggiore integrazione tra i corpi ispettivi dello stato e le ASL, ma anche dalla collaborazione di queste strutture con il controllo sociale che può essere garantito da una più diffusa rete di organismi bilaterali promossi dalle organizzazioni di lavoratori e degli imprenditori (ANSA 18 ottobre 2008)

nota 1)

In molte parti di Italia i CLES (Comitati per il lavoro e l'emersione del sommerso), dei quali fanno parte DPL, INAIL, INPS, stanno decidendo programmi di intervento su vari fronti

- *sui processi elusivi di esternalizzazione nei settori della logistica e movimentazione merci ma anche nei settori dei servizi socio-sanitari soprattutto privati*
 - *contro il lavoro nero (non dichiarato) di cittadini italiani e stranieri (edilizia, esercizi pubblici, sub-fornitura, trasporti, etc)*
 - *ricorso elusivo a forme contrattuali di lavoro non subordinato (finte collaborazioni a progetto, artigiani in proprio etc. nei settori edilizia, servizi alla persona, pulizie, etc.).*
-

Le forze in campo- la multidisciplinarietà

Il 7 marzo 2008 il Sole 24 ore , nel pieno della discussione sul testo Unico pubblicava una bella tabella sulle “forze in campo”, basata su dati ufficiali degli Enti.

La tabella recitava:

***Aziende sanitarie locali:** 3220 operatori di cui 2100 tecnici della prevenzione, 780 medici, 340 laureati tecnici (tra ingegneri, chimici , biologi, etc)*

***DPL:** circa 3400 Ispettori del lavoro, di cui 3000 addetti a controlli amministrativi (regolarità contrattuali, retributive, etc) e 400 addetti anche di area tecnica per i cantieri edili*

***INPS:** 1500 (ispettori addetti ai controlli sulla regolarità contributiva)*

***INAIL:** 500 addetti, si tratta in questo caso solamente degli operatori Contarp, ovvero dei soggetti che verificano le situazioni di rischio aziendali.*

Quindi tra ASL e parte degli altri Enti sono circa 4000 gli operatori che vigilano su salute e sicurezza, e circa 5000 quelli che vigilano sulla regolarità contrattuale e retributiva

Noi riteniamo sbagliato e riduttivo parlare genericamente di “ispettori”.

Le nostre battaglie sulle figure professionali definite sono state importanti in questi 18 anni di attività anche con la CIIP Consulta Italiana per la prevenzione .

Nella prevenzione vi sono molte figure professionali e nel sistema pubblico vi deve essere un' interfaccia complessa.

Il modello di interdisciplinarietà e multidisciplinarietà che si richiede al sistema produttivo, sia un cantiere, un' azienda chimica, una RSA, deve avere come contraltare un modello di intervento e controllo della pubblica amministrazione di uguale complessità.

Parlare di controlli e di “ispettori” come spesso fa la politica, senza indicare quali figure professionali, quali controlli, significa semplificare la situazione senza capirla e tantomeno risolverla.

I compiti della ASL e del Servizio PSAL non sono intercambiabili con quelli delle altre forze ispettive in campo.

Non a caso nelle situazioni migliori vi è un coordinamento di sistema informativo e operativo tra i soggetti istituzionali che si occupano di contrasto al lavoro nero e illegale (DPL, INAIL, INPS, etc), e un lavoro su progetti, comparti e su singoli casi critici con la ASL.

Le forze in casa ASL

I Servizi di prevenzione e sicurezza delle Regioni/ASL anche se variamente denominati hanno da sempre compiti chiari, integrando le funzioni di vigilanza a quelle di prevenzione e controllo.

Ne annotiamo le principali:

- *vigilanza e controllo nei cantieri e nelle aziende (su programmi regionali, territoriali e su richiesta)*

- sistema informativo e valutazioni (Nuovi insediamenti, notifiche aperture nuovi cantieri, infortuni, malattie professionali, relazioni sanitarie, esposti, piani di bonifica amianto, documentazioni su valutazioni di rischio, pareri edilizi su insediamenti produttivi, etc.)
- inchieste infortuni
- ricerca attiva delle patologie professionali e inchieste mirate
- controllo attività dei medici competenti
- informazione, formazione e assistenza alle figure della prevenzione (incontri, sportello informativo, corsi, etc)
- autorizzazioni (attività residuali dopo molte delibere regionali basate anche su EBP)

I dati del Coordinamento delle Regioni e delle associazioni rappresentative degli operatori pubblici (vedi tabella integrata allegata) indicano una situazione di estrema criticità in molte regioni, con una povertà di figure tecniche laureate che consideriamo per semplicità accorpate (ingegneri, chimici, biologi, psicologi), incredibile se pensiamo alla complessità dei rischi e dell'analisi dei sistemi e a fronte di una sempre maggiore complessità del mondo del lavoro.

Occorre sempre tenere presente che attualmente, quando parliamo di “tecnici della prevenzione” (sicuramente il “core” dei servizi), parliamo e parleremo sempre di più per le ultime generazioni di “rivoluzione” attuata nel nostro settore con la realizzazione del percorso di studi universitario.

Ci sono due questioni che ci stanno a cuore, il potenziamento dei servizi, che in troppe realtà sono a livelli di risorse veramente indegni, e la valorizzazione della nuova figura professionale del tecnico della prevenzione, vera grande innovazione nel panorama della prevenzione di questo Paese.

Per il primo aspetto rileviamo che dalle tabelle di distribuzione dei tecnici della prevenzione, figura chiave del sistema (ma ovviamente potremmo facilmente desumere tali carenze per le altre essenziali figure, medici del lavoro, ingegneri, chimici etc) si evince una situazione piuttosto critica nella maggior parte delle regioni. A fronte di regioni come la Valle d'Aosta e la Toscana, dove il rapporto TdP/imprese è di poco superiore ad 1/1000-1100 (ma dove mancano altre figure), vi sono regioni come la Puglia o la Sicilia dove il rapporto è 1/6000 o 1/8000, quando la media nazionale è circa 1/3100 (che in ogni caso é una cifra che comunque non permette una programmazione seria degli interventi). E dire che ogni anno si laureano 800/900 TdP nei 37 atenei italiani in cui esiste il corso di laurea in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro. Vorremmo evitare che tutte queste preziose risorse umane vadano disperse (e con loro un patrimonio culturale unico al mondo per percorso formativo universitario) con l'istituzione della Agenzia Nazionale per la Sicurezza del Lavoro, o solamente disperse nel sistema privato e non valorizzate nel sistema pubblico .

Dalla tabella allegata si evince anche una forte carenza di figure con corso tradizionale di laurea universitaria (ingegnere, chimico, biologo, etc)

Il Servizio della ASL deve avere una gamma di figure professionali diversificate e qualificate: medici specialisti in medicina del lavoro, tecnici della prevenzione, ingegneri, chimici, assistenti sanitarie... ma anche biologi, comunicatori psicologi, etc ed esperti in materia giuridica.

Occorre quindi puntare sul potenziamento operativo dei Servizi delle ASL, anche in seguito alla rilevazione dell'assetto organizzativo e produttivo dei Servizi medesimi, coerente e funzionale in rapporto ai LEA ed alle esigenze territoriali riguardo alla struttura produttiva/occupazionale, alle situazioni di rischio, ai dati epidemiologici sui danni alla salute della popolazione lavorativa. Il potenziamento operativo, oltre che riguardare la consistenza numerica e professionale dei Servizi, si realizzerà attraverso l'aggiornamento continuo degli operatori al fine di adeguare l'attività di prevenzione alle esigenze di tutela della salute all'interno del mercato del lavoro in continua evoluzione .E' l'occasione di ricordare che la soglia del 5% del Fondo sanitario nazionale previsto per i Dipartimenti di prevenzione ,di cui il settore salute e sicurezza sul lavoro è una parte, non è stato mai raggiunto e in molte realtà le risorse dedicate sono state molto inferiori. Esiste ora con il

dlgs 81 il possibile corretto utilizzo ai fini delle attività di prevenzione dei proventi derivanti dalle attività di tipo sanzionatorio.

Occorre tenere presente che ai servizi territoriali vanno aggiunti, per quanto riguarda il sistema ASL, i servizi impiantistici e di sicurezza che hanno funzioni di verifica e controllo degli impianti di sollevamento (gru, piattaforme elevabili, etc), impianti elettrici, apparecchi a pressione.

Si tratta di circa 1000 operatori tecnici ingegneri e tecnici della prevenzione (ma su questi servizi nemmeno il Coordinamento delle Regioni ha dati completi per tutte le realtà regionali), che tutt'oggi hanno un impiego importante ma limitato nelle tematiche affrontate.

Occorre anche che in ogni regione funzioni il Comitato Regionale di coordinamento ex art. 7 del Dlgs 81/08 così come era stato previsto dal DPCM del 17 dicembre 2007 pubblicato sulla G.U. n. 3 del 4 gennaio 2008 " Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro " , un importante provvedimento che delinea in maniera specifica le azioni che le Regioni devono attuare per dare luogo compiutamente al mandato che la legge stessa assegna a loro in questa materia.

Il finanziamento del sistema pubblico

*La questione del finanziamento va posta con forza in tutto il sistema pubblico (scuola, ricerca, forze dell'ordine e sanità) e i fatti degli ultimi mesi ne sono un esempio il continuo riferimento alla previsione di **nessun onere aggiuntivo** per la finanza pubblica confligge con le prevedibili necessarie risorse umane, formative e tecnologiche da collocare nel sistema di prevenzione e di controllo.*

Risulta difficile comprendere un'attenzione dei media centrata sulle carenze delle Direzioni Provinciali del Lavoro e del tutto assente per quanto riguarda le gravi carenze del sistema delle ASL, quando sono le ASL le uniche istituzioni che intervengono direttamente sul contrasto a infortuni e malattie professionali.

Occorre invece destinare/riassegnare alla prevenzione nelle ASL, oltre al reale 5% delle risorse sanitarie, anche gli introiti ottenuti dalle sanzioni..

L'abbiamo detto tante volte ma se perdiamo questa occasione crediamo che vi sia solo la prospettiva di un lento declino.

Anche la previsione contenuta nel Testo Unico Decreto 81/2008 dell'utilizzo delle risorse economiche derivanti dalla applicazione del 758/94 , tema sostenuto da CIIP, da molte associazioni e dalle forze sindacali, non solamente è perlopiù disatteso (e chiediamo al Coordinamento tecnico delle Regioni di rilevare questo dato conoscitivo), ma da fonti autorevoli è criticato e rischia, ancor prima di nascere , di defungere.

Nel Testo Unico era previsto infatti che le risorse economiche derivanti dalle sanzioni dovessero essere accantonate (art. 13 comma 6 e articolo 14 comma 8 del Dlgs 81-2008) per incrementare l'apposito capitolo della Regione deputato a finanziare l'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro svolta dai Dipartimenti di prevenzione delle ASL.

Voci di corridoio ci riferiscono invece che è in previsione proprio l'opposto, cioè di togliere il finanziamento alle attività di prevenzione basato anche sulle risorse derivanti dalle sanzioni.

Non risulta comprensibile il permanere di una scarsa visibilità pubblica dell'attività istituzionale svolta dalle ASL nell'ambito della salute e sicurezza sul lavoro; Occorre quindi che a livello del Coordinamento delle Regioni si corregga tale situazione, facendo il punto su tutte le forze in campo con il forte sostegno del Ministero del Welfare.

Un'attenzione alle carenze territoriali delle attività di Prevenzione è da ritenersi dovuta, e ad essa va posto immediato rimedio. Richiamiamo il concetto dei minimi etici dei LEAP (Livelli Essenziali di Assistenza nella Prevenzione), da pretendere qualitativamente e quantitativamente come presenza pubblica nei vari territori.

Il fondo sanitario nazionale e regionale devono già oggi prevedere la quota per la Prevenzione e trasparente deve essere la comunicazione su qualità e quantità dell'utilizzo.

Uguualmente i Ministeri coinvolti e gli Enti centrali possono contribuire a rappresentare qualità e quantità di risorse impegnate.

La questione della vigilanza

L'enfasi che si è evidenziata sulla necessità dell'incremento della vigilanza può essere condivisibile, se si fa riferimento alle realtà dove la presenza delle attività di controllo è relativamente ridotta se non assente, ma non può far perdere di vista che ai servizi pubblici di Prevenzione va richiesto di fare Prevenzione, oltre che vigilanza per la Prevenzione.

Il modello dei Servizi ha dimostrato che la vigilanza con l'assistenza, l'educazione e la formazione, a partire da un corretto livello di conoscenza dei rischi e danni presenti nel territorio, consente di fare programmazione per le finalità di Prevenzione. La direttiva quadro di cui al Dlgs 626/94, e poi il Dlgs 81/2008 hanno introdotto nuovi soggetti e nuove responsabilità nei luoghi di lavoro:

- *dai precetti "slegati" contenuti nei decreti degli anni '50, al percorso dalla valutazione dei rischi alle soluzioni,*
- *dalla "estemporaneità", alla programmazione delle azioni per il miglioramento continuo*
- *dalle responsabilità legate a singole azioni, alle responsabilità collegate con il sistema "circolare" delle interrelazioni tra soggetti*
- *dalla tutela "passiva" del lavoratore al suo ruolo di co-protagonista della tutela*
- *dalla conflittualità tra le parti sociali al ruolo promotore della bilateralità*
- ° *dalla vigilanza sui prodotti alla vigilanza sui processi*

La questione della informazione e formazione

Vorremmo affermare che la questione della informazione e formazione per tutti i soggetti (lavoratori, preposti, RLS, datori di lavoro, RSPP, medici competenti) è un campo dove la responsabilità datoriale è acclarata, così come il ruolo diretto degli Enti Bilaterali, delle forze sociali, il ruolo promozionale delle istituzioni nazionali (INAIL, ISPESL). Sembra marginale e poco promosso quello delle Regioni con le ASL e i loro servizi territoriali.

Certamente rimane la vigilanza sul rispetto dell'obbligo di formazione-informazione, importante, ma che rischia di essere solo adempimento burocratico e notarile se l'esperienza professionale ultradecennale di tecnici e medici dei servizi è mortificata, sia con la previsione che non si possa nemmeno partecipare a corsi come "docenti esperti" (fuori orario di lavoro) con convenzioni enti-ASL e associazioni datoriali e sindacali-ASL, sia perché questa attività mirata non viene incentivata ma anzi talora scoraggiata dalle ASL.

Semplificazione e prevenzione integrata - il supporto alle aziende

Un altro tema cardine è la semplificazione, e qualche Regione come ad esempio la Lombardia e il Veneto hanno tentato di praticarla togliendo pareri inutili e visite mediche prive di valore

epidemiologico come quelle agli apprendisti e agli alimentaristi. Ma non è così in tante altre Regioni e le scarse forze in campo continuano a fare attività inutili.

Ma come semplificare ?

Un' ovvietà: la semplificazione deve essere correlata al livello di rischio e non al numero degli addetti. La semplificazione deve essere strumento per liberare risorse ed attenzione e non deve portare a minori tutele. Ogni semplificazione deve essere collegata alla densità dei rischi lavorativi e non alle dimensioni aziendali. Vi sono aziende molto grandi per fatturato e numero di lavoratori ma con rischi minimi per i quali alcuni processi possono essere molto semplificati, e viceversa microaziende dove i rischi sono ancora molto rilevanti.

Riteniamo vadano recuperati riferimenti al rischio tipico dei differenti settori produttivi ed economici. Il riferimento possibile è ai criteri con cui INAIL tipizza i vari settori produttivi con indici complessivi di rischio per gli infortuni. Vanno, su questa strada, costruiti indicatori legati ai cicli produttivi, alla rischiosità dei cicli in sé e delle materie prime utilizzate.

Per la Pubblica Amministrazione, va integrato il rischio per i lavoratori con quello legato alla presenza di utenti.

L'aumento del dato infortunistico nel settore dei "Servizi" va analizzato per quello che è: un addensamento del rischio nelle aziende di fornitura di lavoratori.

Si conferma la novità della vulnerabilità delle forme del lavoro atipico.

Va affrontata la questione dei lavori stressanti e faticosi, dei lavori ad elevata responsabilità: elenco a geometria variabile che si profila sia se si parla di lavori usuranti e anticipi di pensionamento, sia se si parla di accertamenti per tossico-alcool- dipendenza.

Caso mai si tratta di trovare i modi per supportare le aziende che hanno poche competenze specifiche interne. Fondamentale diviene il ruolo territoriale di ASL, associazioni datoriali e sindacali, così come quello delle associazioni professionali nel costruire reti territoriali di supporto alle piccole aziende.

La sicurezza e la tutela della salute devono fare parte della *gestione normale delle attività aziendali*. Sono un "modo" di lavorare e non una serie di procedure e strutture che si aggiungono alle normali procedure di lavoro per porre vincoli più o meno determinati per legge. Non esistono procedure di sicurezza, ma buone procedure di lavoro, che consentono di perseguire le finalità di quella attività in sicurezza.

In questo senso la formazione sui rischi e su come gestirli è parte inscindibile della formazione e addestramento continuo al lavoro che si attua in azienda. Non ha senso una formazione alla sicurezza separata dall'addestramento al lavoro.

Questo concetto si scontra con la cultura attuale di molte aziende che vedono la sicurezza e la salute solo come vincolo e come costo.

La questione Agenzia

Ciclicamente e anche negli ultimi tempi da fonti autorevoli (Ministero del Welfare) si avanza l'ipotesi di un' Agenzia unica per la prevenzione. La proposta emersa molti anni fa ancora prima del referendum che ha tolto le ARPA (e la tutela dell'ambiente esterno) dal sistema sanitario, oggi appare piuttosto eccessivamente centralistica, come se centralizzare a "Roma" tutto il sistema e la dipendenza degli operatori riuscisse a risolvere il problema degli infortuni.

Purtroppo le ultime sortite sulla vigilanza "ammorbida" per la DPL ci fanno pensare che a livello centrale non si voglia investire ma spegnere le iniziative.

Crediamo invece che sia proprio nella conoscenza del territorio, nei rapporti con le forze sociali e le amministrazioni e le istituzioni locali, che possa nascere anche dal basso una partecipazione e un lavoro utile per la prevenzione.

La discussione su centralizzazione o periferizzazione delle competenze in materia pubblica su salute e sicurezza sul lavoro è asimmetrica perché non possiamo confondere la vigilanza amministrativa sulla correttezza dei rapporti di lavoro, sul rispetto dei contratti e dei profili orari, con la vigilanza sui contenuti della prevenzione, complessa per la varietà dei temi tecnici, sanitari, scientifici in gioco. Ricordiamo gli alti profili formativi universitari e specialistici che il personale delle ASL deve acquisire per svolgere attività di vigilanza promozione e controllo in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e le ASL e le DPL hanno professionalità e competenze differenti, non sovrapponibili (uno non può fare quello dell'altro) ma semmai complementari.

Le funzioni dei Servizi DI PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO E IL SISTEMA ASL REGIONI, richieste e necessarie, si possono raggruppare in 4 grandi aree

- CONOSCENZA E RICERCA
- CONTROLLO E VIGILANZA
- ORIENTAMENTO E INDIRIZZO
- INFORMAZIONE E FORMAZIONE

Non è immaginabile una strategia operativa che prescindendo da questi requisiti:

la conoscenza dei problemi del territorio ed i flussi informativi che la permettono

la modalità ed i criteri per la programmazione dei piani di attività e degli interventi che li costituiscono

gli strumenti che gli SPSAL possono utilizzare per conseguire gli obiettivi dei piani

il sistema informativo di supporto e gestione all'attività degli SPSAL

Riteniamo che lo strumento di rilevazione dei dati di attività in materia delle Asl dovrebbe superare la fase sperimentale ,ora siamo al secondo anno ,ed esser in grado di rappresentare tutti questi ventagli di attività.

Oggi è necessario un adeguamento delle funzioni di vigilanza (utilizzo coordinato di tutti gli strumenti disponibili, di informazione, assistenza, sanzione:

- Dalla prevenzione **contro** alla prevenzione **con**
- Dalla vigilanza al controllo
- Dal controllo sugli oggetti al controllo sui processi
- Dal sistema delle regole e delle norme all'autocontrollo controllo interno alle imprese di derivazione dalla normativa comunitaria
- Unireferenzialità, trasparenza e semplificazione per l'utente(sportello unico per le imprese)
- Multidisciplinarietà,
- Appropriately delle azioni e dei contenuti
- **Progettazione per obiettivi(bonifica amianto, progetti di comparto, nuovi insediamenti produttivi,).**

Cosa si può e si deve già attivare e rilanciare

Si richiama la necessaria attività continuativa ,da oggi in avanti , per un complesso di azioni indirizzate ad un rilancio della prevenzione con gli strumenti legislativi e gestionali, già ampiamente disponibili su questi versanti :

- azioni d'intervento di controllo e di tipo promozionale territoriali e nazionali su settori e problematiche di maggior rischio ,a partire dall'edilizia
- sviluppo delle attività coordinate fra pubbliche amministrazioni ASL DPL Inail Inps,in coerenza con i presupposti dell'art 27 del Dlgs 626 oggi art 7 dlgs 81/2008
- campagne di informazione nazionali a partire dai temi delle settimane europee coordinate dall'Agenzia di Bilbao e dal comitato del focal point italiano
- attività formative e promozionali nel settore scolastico e formativo in generale a partire dal progetto interregionale sicurezza in cattedra

sul fronte del lavoro illegale e/o clandestino enormi sono le possibilità d'intervento sia delle Direzioni Provinciali del lavoro che dell'Inps e dell'Inail

Crediamo quindi che il punto di forza del sistema pubblico di prevenzione stia proprio nei suoi legami e conoscenza del territorio; come abbiamo cercato di spiegare in queste note si tratta di un sistema multi e interdisciplinare che ha nella presenza contemporanea di figure sanitarie e tecniche i propri cardini.

Le disomogeneità territoriali nel nostro paese riguardano purtroppo varie amministrazioni centrali o periferiche e non sono individuabili solo nel sistema Asl ,parallelamente esistono disomogeneità anche nel livello di legalità nei vari territori.

Il sistema a nostro avviso non si può non basare su questi 2 assi :

- da un lato si conti ancora sul **decentramento**, si lavori (come in parte lo stesso dlgs 81 dice) per un lavoro territoriale (irrinunciabile) coordinato tra i vari soggetti competenti, facendo però in modo (vedi dopo) che ciò avvenga realmente su tutto il territorio nazionale,
- ma anche, sul **piano nazionale**, si definisca e renda operativo in momento strutturato e funzionale (regolato e formalizzato) di indirizzo, coordinamento e verifica che non può non essere tale da non avere il pieno coinvolgimento di tutti i soggetti (Stato e Regioni con gli Istituti centrali).

Dati Associazione SNOP

Sede Legale: via Prospero Finzi 15, 20126 Milano
La SNOP (Società Nazionale Operatori della Prevenzione), formalmente costituitasi nel 1986 a Bologna, raccoglie adesioni in tutte le regioni italiane e fra tutti gli operatori della prevenzione ambientale e sanitaria che condividono i principi ispiratori dell'Associazione contenuti nello Statuto.
Lo statuto della Associazione, rinnovato a Rimini il 2 giugno 2000, contiene le indicazioni degli scopi societari e le regole che governano l'Associazione. SNOP organizza incontri e convegni, nazionali o regionali, sui temi generali della prevenzione o su temi particolari i cui programmi sono comunicati attraverso la *newsletter del sito*. Per ricevere la newsletter è sufficiente iscriversi (gratuitamente) nello spazio in alto a destra. STATUTO Società Nazionale Operatori della Prevenzione

approvato a Rimini il 2 giugno 2000

Art.1 - È costituita l'Associazione denominata "Società Nazionale Operatori della Prevenzione", in sigla SNOP, con finalità scientifiche e culturali. L'Associazione, in quanto ente non commerciale, si propone di:

*** sostenere l'impegno politico e culturale per lo sviluppo di un sistema integrato di prevenzione, finalizzato alla rimozione dei rischi ed alla promozione della salute negli ambienti di vita e di lavoro, con particolare attenzione alla rete dei Servizi e Presidi pubblici;**

*** promuovere conoscenze ed attività che sviluppino la prevenzione e la promozione**

della salute dei lavoratori e della popolazione in relazione

ai rischi derivanti dallo stato dell'ambiente e dalle condizioni di vita e di lavoro;

*** favorire lo scambio di esperienze ed informazioni fra gli operatori ed il confronto sulla metodologia ed i contenuti dell'attività, per raggiungere l'omogeneità delle modalità di intervento perseguendo il miglioramento continuo di qualità e l'appropriatezza delle attività di prevenzione a livello nazionale;**

*** promuovere il confronto e l'integrazione tra sistema di prevenzione pubblico e sistema di prevenzione delle imprese;**

*** promuovere un ampio confronto con le Istituzioni, le Forze Sociali e le altre Associazioni Scientifiche su questi temi;**

*** diffondere l'informazione e la cultura della prevenzione.**

L'Associazione non ha fini di lucro.....

PER CONTATTI

Di Leone Giorgio Presidente SNOP

Regione Puglia -

Via Vittime di via Fani

Acquaviva delle Fonti

Bari

70021 0803077022 0803077001

g.dileone@tin.it

Domenico Taddeo Past president dal 5-3-2009

Regione Toscana - Presidente SNOP

ASL 5 PISA- Galleria G.B. Gerace, 14

Pisa 56124 050954480

05054454

d.taddeo@usl5.toscana.it

Laura BODINI vicepresidente CIIP per SNOP

ASL MILANO via OSLAVIA 1 Sesto s.Giovanni

Milano

0224982731

responsabile.psalsestosg@aslmi3.it