

FA, cartella 4, 23

COME E' SORTO IL PROBLEMA:

Le maestranze femminili della Solari, per affrontare l'esame oncologico (tumore all'utero ed alle mammelle) erano costrette a perdere 2½ giornate di lavoro, ovviamente non retribuite e questo perchè gli orari del Centro Oncologico sono i seguenti: 8 - 12 escluso il sabato.

Quindi esclusione per tutte le lavoratrici di usare il diritto di difendere la propria salute; in questo caso specifico il cancro all'utero e alle mammelle.

Il cancro è non a caso il male "oscuro" del secolo perchè è il risultato dell'organizzazione del lavoro nella società capitalistica; il logorio quotidiano, i ritmi di produzione, la nocività dell'ambiente, etc.. colpiscono i lavoratori esponendo la loro vita ad un rischio giornaliero.

La donna, in quanto tale, viene colpita maggiormente dal tumore all'utero ed alle mammelle.

Oggi si può cercare di prevenire la mortalità di questo processo maligno con un semplice esame preventivo da ripetersi ogni anno.

Quindi è necessario ed urgente per le donne affrontare questa visita in modo da poter bloccare il male al suo insorgere.

Tra l'altro è tragico che si debba andare a vedere se il male esiste e non prevenirlo !

Il Servizio Attività Sociali e Culturali, appunto su dette richieste, ha sviluppato un'iniziativa che ha dato il seguente risultato:

Visita oncologica "concessa" in orario di lavoro con permesso retribuito (questo, purtroppo, solo per la Sede).

Esami svolti: 160 visite di cui quasi la metà risulta coinvolto in problemi sanitari di tipo ginecologico.

(cerviciti - vaginiti - erosioni del collo dell'utero - parassiti - piaghetta - infiammazioni - dolori renali - astenia - esaurimenti - malesse continui - perdite bianche - mestruazioni dolorose - febbre).

Tutti questi disturbi se trascurati perchè non accertati portano ad inevitabili e gravi conseguenze a danno esclusivo delle donne lavoratrici, in quanto donne.

Di fronte a questa tragica realtà è scaturita l'esigenza e la necessità di creare a livello degli organismi dei lavoratori (Consigli di Fabbrica - Sindacati) lo strumento più adatto per affrontare un simile problema.

Pertanto è sorta la COMMISSIONE SALUTE DONNE con il compito attualmente di risolvere il proprio specifico problema sanitario che costringe le donne a perdere 3 giornate lavorative (visita proprio dottore - appuntamento Inam - visita specialistica con il dottore dell'Inam - seconda visita con il proprio dottore per le prescrizioni mutualistiche).

Lo stesso iter si ripete a conclusione della cura per accertarne il risultato (altri 3 giorni di lavoro non retribuiti !!!)

Il capitale - il padrone - ci fa ammalare per i suoi profitti e ci costringe a perdere salario per curarci con i farmaci di loro produzione e che aumentano ulteriormente il loro già considerevole profitto.

A loro, infatti, va bene l'attuale e ormai cronica inefficienza dell'Inam, definita l'anticamera della morte, gli ospedali attuali che rifiutano i ricoveri e la riforma sanitaria che sempre si propone ma che è inesistente.

Non accettiamo più deleghe sulla nostra pelle tantomeno in un settore così specifico che è solo nostro.

Si prospetta attualmente un'unica soluzione: portare avanti noi donne lavoratrici, colpite da questa drammatica realtà, una lotta in questo momento verso l'Ospedale in quanto istituto senza fini lucrativi, di conseguenza senza alcuna perdita economica e di salario da parte nostra.

#### c h i e d i a m o

in termini chiari e precisi un'assistenza ed una educazione sanitaria gratuita, in orario di lavoro, retribuita.

Da ciò scaturisce una lotta che deve coinvolgere tutti i lavoratori della Solari per rivendicare il diritto che tutte le visite sanitarie effettuate in orario di lavoro vengano retribuite (di sabato i medici non visitano e d'altro canto noi abbiamo il diritto di usare il nostro riposo settimanale)--

Quanto ottenuto dalla Direzione (1 ora per la visita oncologica) è solo una "concessione" e non quel diritto che noi, invece, rivendichiamo.

Questa "concessione" non deve rimanere tale ma deve garantirci un servizio sanitario sicuro, continuato e gratuito : unica salvaguardia per la difesa della nostra salute.

Tanto più che esso è un servizio permanente in quanto prevede visite annuali e controlli periodici.

Vedi caso la direzione non ha considerato il problema per gli stabilimenti di Feletto e Artegna perchè comportava delle ulteriori implicazioni organizzative.

Tutto ciò dimostra in maniera evidente che i padroni affrontano sempre qualsiasi discorso in modo ambiguo, facendo ricadere su di noi le conseguenze.

L'unica garanzia è il diritto che il lavoratore ha di appropriarsi della propria persona, salute, benessere.

Per noi donne aprire la lotta per la nostra salute vuol dire contribuire a costruire la possibilità materiale e gli strumenti organizzativi per strappare sempre più salute all'organizzazione che il padrone vuole imporre alla nostra vita complessiva.

STRUTTURE della Commissione Salute Donne

La Commissione Salute Donne deve avere una sua struttura e per struttura va intesa la composizione in termini di persone DONNE che sentono questo

problema e che intendono risolverlo politicamente.

Dato l'urgenza del problema si prevede una riunione di 1 ora settimanale fino a che non si sia concretizzata l'iniziativa.

COMPETENZE della Commissione Salute Donne

La funzione di sviluppare il discorso politico sulla situazione della donna che lavora in fabbrica con relativa elaborazione di dati - analisi - documenti, con la prospettiva di allargare la partecipazione di coloro che ne sono direttamente interessate.

Quindi larga partecipazione e responsabilizzazione della base (esempio: difficoltà riscontrate nei rientri dopo malattia - maternità - aspettativa etc., dove l'operaia e l'impiegata viene indotta a mansioni discontinue e dequalificanti - comportamento ricattatorio dei capi per indurre il personale femminile a dimissioni volontarie che consentono al padrone di rinnovare forza lavoro più giovani - deboli e a basso costo).

Per tutto questo discorso il Servizio Attività Sociali e Culturali della Solari è stato determinante, non in quanto servizio (istituito dalla Direzione come raffinato strumento di controllo e quindi di repressione) ma per la persona che vi opera.

La sig.na Anna Gottardo, infatti, ha raccolto la necessità emersa dai problemi specifici delle donne, ne ha fatto un momento di lotta, ha organizzato gli agganci e il dibattito con l'interno e l'esterno.

Pertanto la sua presenza e partecipazione nella Commissione Salute Donne è per noi garanzia imprescindibile della continuità del discorso e della sua corretta gestione.

Detto documento viene consegnato agli Atti del Consiglio Unitario di Fabbrica della Solari & C./Udine.

LA POSIZIONE DEL SINDACATO IN MATERIA DI MEDICINA E IGIENE DEL LAVORO  
SERGIO MUSSO

I padroni, abituati come sono a guardare solo all'aumento della produzione e dei profitti, hanno sempre dimostrato una scarsa attenzione alla tutela dell'integrità fisica dei lavoratori e quando succedono infortuni, siano essi gravi o mortali, sono sempre pronti a scaricare le colpe su presunte disattenzioni dei lavoratori o alla fatalità.

Non solo, ma anche gli enti preposti a garantire misure di prevenzione, quando si comportano con correttezza o quando fanno delle prescrizioni all'azienda, non hanno mai informato la struttura sindacale di fabbrica dei lavoratori; hanno sempre escluso cioè l'unica forza in grado di poter imporre al padrone di fare, nei tempi dati, le modifiche prescritte dalla legge.

Questa situazione, che fa registrare al nostro paese livelli impressionanti di infortuni e di casi di invalidità da lavoro, è anche quella che va convincendo sempre di più i lavoratori che non si può continuare a delegare ad altri la difesa della propria salute.

Oggi i lavoratori sono sempre più consapevoli che la salute è un bene inestimabile, persa la quale si viene esclusi dal contesto produttivo e sociale, si entra nel novero degli assistiti, degli emarginati.

Per questo la forte reazione operaia sviluppata in questi anni contro gli omicidi bianchi (1), contro la prassi padronale di monetizzare con poche lire orarie il rischio e il danno alla salute e con pensioni di fame la invalidità lavorativa, ha fatto sì che la tematica dell'ambiente di lavoro sia diventata uno dei cardini delle rivendicazioni e della contrattazione sindacale.

Questa volontà di affrontare in prima persona i problemi dell'ambiente di lavoro ha portato il

sindacato e i lavoratori a ricercare, in ogni situazione omogenea di lavorazione, le cause di rischio e di possibile danno alla salute e poi a lottare per imporre tutte quelle modifiche all'ambiente e alle condizioni di lavoro atte a ridurre o eliminare i rischi e le cause di danno.

Il sindacato, in questi anni, ha cioè affermato nei contratti di lavoro e negli accordi aziendali principi di contrattazione che aprono la strada ad un modo nuovo di difendere la salute dei lavoratori valorizzando al massimo il momento della prevenzione. Poiché i lavoratori vogliono gestire in prima persona la tutela della loro salute e non vogliono più delegare ad altri la soluzione di problemi che solo loro possono imporre con la contrattazione e con la lotta, è però anche necessario far sì che i tecnici e le tecniche vengano utilizzati dai lavoratori in modo diverso da come è avvenuto sinora.

Scartata l'ipotesi del tecnico positivista o del tecnico buono, i lavoratori hanno anche preso atto che non basta affermare genericamente che le cause principali che producono il rischio e danno alla salute sono da ricercarsi nell'ambiente di lavoro.

L'esperienza di questi anni, infatti, ha dimostrato che non si modifica l'unilateralità delle decisioni padronali su ogni aspetto dell'ambiente di lavoro senza una conoscenza partecipata e senza la possibilità di decisione e di intervento da parte del gruppo di lavoratori interessato a queste modifiche.

Coerentemente con questa impostazione, il sindacato ha anche polemizzato nei confronti di coloro che pensano di poter affrontare e risolvere i problemi della nocività negli ambienti di lavoro iniziando dagli interventi tecnici: rilevazio-

(1) Su 19 milioni di lavoratori occupati si sono registrati:  
— 1.000.000 di infortuni denunciati e 3.750 morti sul lavoro nel 1954;  
— 1.500.000 infortuni denunciati e 4.780 morti sul lavoro nel 1968;  
— 1.640.000 casi di infortuni denunciati e 4.360 morti sul lavoro nel 1970.

ni tecniche dei dati ambientali, visite mediche, esami.

Per il sindacato la prima cosa da fare, per imporre la modifica di un ambiente o di certe condizioni di lavoro, è conoscere questo ambiente e valutare i rischi e i danni che esso determina o può provocare.

Questa operazione di analisi e di valutazione per individuare le cause di rischio e di danno presenti in ciascun luogo di lavoro è fondamentale che venga fatta prima di tutto dai lavoratori che lavorano in quell'ambiente di lavoro, dai lavoratori di quel gruppo omogeneo di lavorazione.

La ricerca e la valutazione, inoltre, non devono essere un fatto individuale — distribuzione di una scheda a tutti i lavoratori del gruppo e poi sintesi delle risposte — o fatta dal delegato interpretando la volontà dei lavoratori del gruppo, ma deve essere organizzata in modo da garantire la partecipazione congiunta di tutti i lavoratori alla discussione.

Infatti, solo se si riesce a determinare questa partecipazione si ha poi la garanzia di un successivo impegno di tutti i lavoratori del gruppo a costruire e sostenere l'iniziativa e la lotta per modificare l'ambiente di lavoro. *E UN TIPO DI ASSISTENZA*

Per favorire questo tipo di analisi e di valutazione partecipata, il sindacato ha formulato un questionario di gruppo che consente di realizzare:

• l'analisi delle possibili cause di rischio e di danno alla salute presenti nell'ambiente di lavoro, condotta in base ad uno schema che raggruppa i fattori nocivi in quattro gruppi (2);

• l'analisi degli effetti sulla salute dei lavoratori del gruppo, che derivano dagli infortuni, dai disturbi e dalle malattie;

• l'analisi e la valutazione delle rivendicazioni da presentare all'azienda per le necessarie modifiche all'ambiente e alle condizioni di lavoro;

• l'analisi e la valutazione delle richieste da sottoporre ai tecnici e ai medici per le rilevazioni

dei dati ambientali, per le visite mediche e esami.

Nelle situazioni dove il questionario è stato utilizzato correttamente, tutti i lavoratori del gruppo non solo hanno partecipato attivamente all'analisi per la individuazione delle cause di rischio e di danno alla salute provocate dall'ambiente di lavoro, ma, assieme alla costruzione di una visione autonoma delle loro condizioni, hanno anche maturato la coscienza di cambiare con la lotta queste condizioni.

Dopo aver analizzato collettivamente le cause di possibile danno e gli effetti del danno della loro salute, i lavoratori del gruppo pongono ai tecnici quesiti ben precisi e pretendono dai tecnici risposte altrettanto precise:

— quali sono i rischi che possono derivare dalle cause di possibile danno presenti nell'ambiente di lavoro;

— partendo dagli effetti (infortuni, malattie, disturbi), che i lavoratori riscontrano su di loro, quali sono i rischi che ne possono derivare rispetto ad un ulteriore aggravamento del loro stato di salute;

— quali rilevazioni dei dati ambientali e quali visite e esami devono essere richiesti.

L'affermazione della non delega e della contrattazione permanente e diretta della propria salute diventa, quindi, anche un confronto permanente e dialettico con i ricercatori e gli operatori e, inoltre, afferma e rafforza l'aspetto soggettivo che l'analisi del gruppo ha introdotto nella contrattazione dell'organizzazione del lavoro.

Attraverso questo tipo di contrattazione e l'affermazione che l'analisi del gruppo è, in definitiva, l'unico punto di riferimento veramente scientifico, i lavoratori del gruppo riescono anche ad affermare come accettabili solo quelle condizioni di lavoro che essi ritengono tali in base ad una valutazione che si riferisce direttamente all'esperienza dei lavoratori stessi.

Infatti, i tecnici con i loro strumenti misurano un aspetto alla volta (temperatura, polvere, rit-

(2) Lo schema dei quattro gruppi di fattori è così suddiviso:

- Il 1° gruppo comprende i fattori legati all'ambiente, di per sé non nocivi, ma che possono diventarlo quando vi siano eccessi o carenze: temperatura, umidità, ventilazione, rumore, illuminazione, cubatura e spazio;
- Il 2° gruppo comprende i fattori nocivi connessi alla lavorazione: polveri, liquidi, solventi, fumi, gas, vapori, vibrazioni, radiazioni, ecc.;
- Il 3° gruppo comprende i fattori nocivi derivanti dallo sforzo fisico e dalla attività muscolare: lavoro molto faticoso, posizioni obbligatoriamente scomode e innaturali, ecc.;
- Il 4° gruppo comprende i fattori nocivi diversi dalla attività muscolare e tipici dell'attuale organizzazione del lavoro: ritmi e carichi di lavoro, mancanza di pause, monotonia, ripetitività, responsabilità, turni alternati, ecc.

mi ecc.) e poi con complicati ed empirici calcoli cercano di mettere questi valori in correlazione tra loro alla ricerca di fasce di valori ottimali all'interno delle quali i lavoratori dovrebbero trovare una condizione di benessere.

Ma i lavoratori sanno per esperienza diretta che, a fronte di un rumore e di una illuminazione ottimali, quando a questi si aggiungono la presenza di polvere di silice, ritmi di lavoro molto intensi e parcellizzati, tre turni di lavoro alternati, per loro il danno alla salute è una delle poche cose che si realizzerà con certezza.

A questo riguardo è forse opportuno citare ciò che, durante un corso di formazione sindacale, diceva a delle lavoratrici tessili un tecnico: « Voi non avete assolutamente bisogno di tecnici che con complicati apparecchi vengano a misurare minuziosamente i fattori presenti nei vostri ambienti di lavoro. Lo strumento migliore lo avete tutti voi ed è il vostro stesso corpo, dotato di una sensibilità superiore ad ogni apparecchio. È quindi il vostro corpo che dovete per prima cosa esaminare. Dovete cioè valutare le varie sensazioni che voi stessi provate nell'ambiente di lavoro: sensazioni di caldo, di freddo, di rumorosità, di fastidio, di fatica, di noia estrema, di ribellione ad una situazione intollerabile. È chiaro che se un gruppo di persone che lavorano nello stesso ambiente mi dicono che l'ambiente in cui lavorano è troppo caldo, anche se il termometro del tecnico mi dà dei valori che secondo tabelle elaborate dai più valenti scienziati indicano quella temperatura come confortevole, io considererò valido il giudizio dei lavoratori di quel gruppo e getterò via quel termometro inutile ».

Si tratta qui di un modo concreto di incentivazione per dare coscienza e far crescere prima di tutto la capacità di contrattazione dei lavoratori del gruppo che può, però, realizzarsi solo se i tecnici riconoscono che il gruppo omogeneo è l'interlocutore indispensabile. Ecco quindi che la classe operaia afferma la sua egemonia su questi problemi, prima di tutto rifiutando la monetizzazione, ma anche attraverso una reale capacità di contestare permanentemente la concezione padronale del rischio e dei danni e l'uso che il padrone ha sempre fatto dei tecnici e delle tecniche.

È partendo da queste basi e da questi presupposti che, nella regione Piemonte, il sindacato ha cercato di costruire una saldatura ed una con-

tinuità tra l'iniziativa di fabbrica e quella sul territorio. Si tratta di una iniziativa difficile e complessa che trova i suoi ostacoli prima di tutto nella linea che persegue la giunta regionale e specificatamente l'assessorato alla sanità, ma anche nella estrema lentezza, diffidenza e discontinuità che il sindacato dimostra per far assumere ai comuni precisi e concreti impegni nel campo della medicina e igiene del lavoro.

Per quanto si riferisce alla regione Piemonte basterà dire che i bilanci della regione del 1972 e del 1973 non prevedevano alcun stanziamento per la medicina e l'igiene del lavoro.

Solo nel secondo semestre del 1972 e su esplicita richiesta delle organizzazioni sindacali la regione Piemonte ha istituito, sotto la responsabilità dell'assessorato alla sanità, una commissione politico-tecnica composta di rappresentanti della regione e delle organizzazioni sindacali allo scopo di formulare precise proposte nel campo della tutela sanitaria nei luoghi di lavoro aventi come riferimento prioritario le conquiste realizzate dai lavoratori nei contratti di lavoro e negli accordi aziendali in tema di ambiente di lavoro.

Nel corso dei confronti che si sono susseguiti, la regione Piemonte, pur non potendo negare che i comuni sono destinatari dei servizi di primo livello, nei fatti ha sempre teso a realizzare una situazione di accentramento gestionale di questa attività. Malgrado questi ostacoli il consiglio regionale votò all'unanimità la proposta di deliberata presentata dall'assessorato alla sanità in cui si affermava che « l'amministrazione regionale promuove l'istituzione di unità di base, operanti in circoscrizioni comprendenti il territorio di uno o più comuni, su deliberazione dei comuni interessati, adottata d'intesa con l'amministrazione regionale ».

Nel dibattito tutti i capo gruppo e lo stesso presidente della giunta Calleri sottolineavano che la regione doveva assolvere compiti di promozione e di coordinamento al fine di consentire ai comuni (singoli o associati) di poter gestire direttamente l'attività di medicina e igiene del lavoro.

Si poteva quindi dire, senza tema di smentita, che la delibera votata all'unanimità da tutto il consiglio regionale il 19 luglio 1973 era il risultato della pressione svolta dal sindacato e anche dai comuni per la costruzione dal basso degli obiettivi di riforma sanitaria e per far assumere

alla Regione, sul piano della promozione e del coordinamento, quest'aspetto fondamentale dell'attività delle future unità sanitarie e locali.

Inoltre, per il sindacato e nelle esplicite dichiarazioni dei capigruppo all'atto dell'approvazione della delibera, le unità di base sono previste come strutture delle future unità sanitarie locali.

Infatti i compiti delle unità di base previsti dalla delibera regionale sono:

- censire le attività produttive, i procedimenti tecnologici, le sostanze usate, ecc.;
- effettuare direttamente o indirettamente le rilevazioni dei dati ambientali;
- raccogliere e elaborare tutti i dati riguardanti la salute dei lavoratori.

La realizzazione delle unità di base, per il sindacato, rappresenta una reale alternativa ai servizi di fabbrica e all'ENPI e, rispetto agli interventi di primo livello, alle stesse cliniche del lavoro.

L'unità di base diventa cioè « l'ente scelto di comune accordo » (dizione largamente presente nei contratti nazionali di lavoro e negli accordi aziendali), garantendo così continuità e saldatura dell'iniziativa in fabbrica con quella sul territorio.

Nella impostazione del sindacato i gruppi omogenei attraverso il consiglio di fabbrica o il consiglio intercategoriale di zona opereranno in modo da presentare alla unità di base precise richieste o programmi di intervento e i tecnici delle unità di base prima dovranno assumere tutti i dati dei gruppi omogenei (cause di danno, effetti, rischi, richieste di rilevazioni, visite e esami contenute nelle schede riepilogative dei questionari di gruppo), e solo in un secondo tempo organizzare i loro interventi come, dove e quando indicato e richiesto dai lavoratori.

Si tratta di un'impostazione anche qui coerente con l'affermazione della non delega e della istituzione di un rapporto con i tecnici non strumentale, basato su un reciproco scambio di informazioni e di responsabilizzazione; si tratta della formazione di un metodo di intervento che vuole impostare e realizzare la prevenzione a livello di gruppo e a livello dei singoli componenti il gruppo, mettendo in correlazione il rischio e il danno con l'organizzazione del lavoro e con le condizioni di vita.

La realizzazione delle unità di base (così come le concepiscono le organizzazioni sindacali) può

rappresentare quindi un primo e concreto atto di costruzione dal basso e con gestione partecipata di un servizio importante come la tutela sanitaria nei luoghi di lavoro, che nella sua attività facilita la saldatura con gli altri servizi (poliambulatori, centri diagnostici e di prevenzione, ospedali, servizi psichiatrici, ecc.) e apre la strada ad una azione incisiva per realizzare modelli di unità dei servizi e, quindi, vera riforma. Tuttavia, violando tutti gli impegni assunti e ignorando sprezzantemente le delibere adottate nello spirito e nella lettera della delibera regionale del 19 luglio 1973 da circa trenta comuni del Piemonte con forti realtà operaie, l'assessorato alla sanità della regione ha fatto approvare alla giunta regionale una serie di atti e di scelte che, avendo avuto conferma nel bilancio regionale per il 1974, vanno contro la realizzazione del decentramento dei poteri, sanciscono il rifiuto della partecipazione dei lavoratori e dei cittadini e di ogni intervento gestionale dei comuni.

Si tratta però di una linea che viene contrastata non solo dalle organizzazioni sindacali, ma anche con precise iniziative e documenti pubblici da comuni, che hanno chiesto al riguardo l'intervento dello stesso nuovo presidente della giunta regionale Oberto.

In base a questa specie di mediazione, l'assessore alla sanità, in un incontro avvenuto il 24 aprile 1974, si era assunto l'impegno di sottoporre ai rappresentanti dei comuni interessati e alle organizzazioni sindacali una proposta con l'intento di sbloccare la situazione.

Ma, come era facile prevedere, tutti gli sforzi fatti dall'assessore regionale alla sanità e dai suoi collaboratori sono stati tesi a riconfermare e rafforzare le precedenti posizioni accentratrici e di potere (v. l'allegato 1).

Alle organizzazioni sindacali non restava che puntualizzare le proprie posizioni, formulando una precisa e costruttiva ipotesi alternativa (v. l'allegato 2) che fosse coerente con le posizioni assunte dai comuni che hanno deliberato l'istituzione delle unità di base e in linea con gli obiettivi di riforma, con i disposti dello statuto regionale e della stessa costituzione che prevedono che l'esercizio delle funzioni regionali venga delegato agli enti locali.

L'esperienza di circa due anni di rapporti con i rappresentanti del governo regionale per realizzare nella regione Piemonte un'attività omoge-

nea, decentrata e partecipata nel campo della medicina e igiene del lavoro, porta il sindacato a dire che l'assessorato alla sanità ed i suoi collaboratori perseguono l'obiettivo di accentrare nelle loro mani tutto quanto sarà loro consentito.

Non hanno ancora finito di accentrare la parte riferita alle rilevazioni dei dati ambientali che già guardano alla medicina del lavoro e ai servizi di pronto soccorso.

Al sindacato e ai lavoratori resta il compito di operare per realizzare, in accordo con i comuni, iniziative concrete e scelte che si contrappongano a quella che persegue attualmente la regione Piemonte e che affermino la volontà e la capacità di realizzare una vera saldatura tra l'iniziativa di fabbrica e quella sul territorio, nella prospettiva di una vera riforma in campo sanitario e assistenziale e della realizzazione delle unità locali dei servizi sanitari e sociali.

#### Allegato 1

#### DOCUMENTO DELL'ASSESSORATO ALLA SANITÀ DELLA REGIONE PIEMONTE

Vista la delibera del Consiglio Regionale in data 19 luglio 1973 viene istituito il servizio di tutela sanitaria dei luoghi di lavoro di cui al D.P.R. 14-1-1971, n. 4, art. 1, lettera « C ».

Il servizio di Igiene del lavoro viene svolto dalle Unità di base operanti in circoscrizioni comprendenti il territorio di uno o più Comuni consociati su deliberazione dei Comuni interessati e adottata di intesa con l'Amministrazione Regionale, la quale indicherà le circoscrizioni di competenza delle singole unità.

L'attività delle Unità di base comunali o intercomunali è diretta dagli Ufficiali Sanitari Comunali.

L'attività delle unità sarà svolta sotto la direzione dell'Ufficiale Sanitario del Comune ove ha sede l'unità d'intesa con l'Ufficiale Sanitario del Comune ove l'attività si svolge.

Il servizio di Igiene del lavoro al fine di tutelare la salute dei lavoratori nel territorio di competenza si avvale di propri presidi forniti dalla Regione.

#### Compiti specifici del servizio:

— censimento delle attività produttive nelle singole circoscrizioni, descrizione dei procedimenti tecnologici adottati nelle singole lavorazioni, individuazione delle sostanze usate;

— rilevazione dei rischi ambientali mediante: il prelievo, la raccolta campioni, la registrazione dei fenomeni fisici negli ambienti di lavoro e la rilevazione di ogni altro fattore potenzialmente lesivo alle condizioni di lavoro, secondo i criteri e le procedure che saranno indicati dall'Amministrazione Regionale sentito il Comitato Regionale per la tutela sanitaria dei luoghi di lavoro;

— raccolta dei dati biostatistici, compresi gli infortuni, le malattie, le risultanze delle visite di assunzione, periodiche, di idoneità; la verifica degli esiti delle visite e degli esami periodici, la verifica del registro delle vaccinazioni antitetaniche obbligatorie;

— la registrazione e/o la verifica del registro dei dati ambientali;

— esecuzione di indagini epidemiologiche che secondo le direttive stabilite dall'Amministrazione Regionale sentito il Comitato Regionale può verificare periodicamente le condizioni igienico ambientali dei luoghi di lavoro e degli impianti industriali che per loro natura rendono consigliabile detta verifica;

— controllo sanitario sulle emissioni ed immissioni nell'ambiente circostante dei rifiuti industriali fatte salve le indicazioni di legge e le competenze di altri organismi legalmente preposti.

I dati raccolti verranno trasmessi in copia dalla Unità di base all'Amministrazione Regionale secondo procedure da stabilire.

Al fine di garantire il miglior funzionamento del servizio, l'Assessorato della Sanità prenderà opportuni accordi con l'Ispettorato del lavoro e con ogni altro Ente interessato per legge alla tutela sanitaria dei luoghi di lavoro.

In ogni singola Provincia il collegamento dei detti organi ed Enti è demandato al Medico Provinciale quale capo dell'ufficio decentrato dell'Amministrazione Regionale.

#### Organico del nucleo operativo

Il personale minimo è costituito dall'Ufficiale Sanitario, direttore responsabile dell'Unità, da un tecnico diplomato, da un applicato addetto alla segreteria. Questo organico può essere opportunamente ampliato in relazione alle effettive esigenze locali del servizio.

#### Regolamento operativo

Il servizio viene attivato su richiesta:

- dell'Amministrazione Regionale;
- dell'Amministrazione Comunale;
- delle rappresentanze dei lavoratori;
- dei datori di lavoro;
- dell'Ispettorato del lavoro;
- di Enti o organismi legalmente interessati alla tutela sanitaria nei luoghi di lavoro.

Gli interventi sono stabiliti dall'Ufficiale Sanitario.

I sopralluoghi negli ambienti di lavoro saranno previamente concordati con le organizzazioni sindacali e padronali.

I dati rilevati saranno direttamente trasmessi alle parti interessate e copia di questi verrà trasmessa all'Assessorato alla Sanità.

Le Unità di base terranno un diario aggiornato sul quale viene annotata tutta l'attività del servizio.

Le Unità di base richiedono direttamente l'intervento dei servizi di igiene e medicina del lavoro di secondo livello.

L'esecuzione delle visite mediche periodiche di controllo, di idoneità non rientra nei compiti istitutivi delle Unità di base.

Il prelievo e l'esecuzione degli esami su materiale biologico può essere effettuato in caso di esami di maggior complessità servendosi dei laboratori degli Ospedali dei capoluoghi di provincia ed altri indicati dall'Amministrazione Regionale.

Delimitare l'area degli esami che non sono pagati dalle Mutue, ecc.

Per gli altri, dovrebbero mettere a carico degli Istituti. Si segnala l'obbligo di denuncia all'Ispettorato del lavoro delle inadempienze alle leggi vigenti e l'opportunità di segnalazione all'Ispettorato del lavoro di tutte le situazioni abnormi che vengano evidenziate nell'ambito dell'UDB.

Gli interventi delle UDB sono programmati dall'Ufficiale Sanitario e concordati con l'Amministrazione Regionale ogni qualvolta venga richiesto l'intervento dei servizi di medicina ed igiene del lavoro di terzo livello. Le prestazioni richieste da aziende direttamente ed in seguito ad accordi sindacali saranno fatturate in base ad un tariffario approvato dalla Regione.

#### Allegato 2

#### DOCUMENTO CGIL, CISL, UIL DEL PIEMONTE

*Punti d'intesa per una convenzione tra Amministrazione Regionale e Comuni (singoli o associati) che deliberano l'istituzione delle Unità di base ai sensi della delibera del Consiglio Regionale del 19 luglio 1973.*

Il servizio di medicina e igiene del lavoro viene svolto dai Comuni (singoli o associati) mediante propri servizi operanti in circoscrizioni comprendenti il territorio di uno o più Comuni e (per quelli metropolitani) parte di essi su deliberazione dei Comuni interessati e valida sino all'approvazione della legge regionale di delega ai Comuni delle funzioni sanitarie e di servizio sociale.

In attesa dell'istituzione delle unità sanitarie locali e di servizio sociale, l'Amministrazione Regionale indicherà le circoscrizioni di competenza delle singole Unità di base.

Le Unità di base dipendono dai servizi comunali o consortili e operano in stretto rapporto di collaborazione con gli organismi rappresentativi dei lavoratori.

#### *Compiti specifici dell'Unità di base:*

— censimento delle attività produttive nelle singole circoscrizioni, descrizione dei procedimenti tecnologici adottati nelle singole lavorazioni, individuazione delle sostanze usate;

— rilevazione dei rischi ambientali mediante il prelievo, la raccolta campioni, la registrazione dei fenomeni fisici negli ambienti di lavoro e la rilevazione di ogni altro fattore potenzialmente lesivo alle condizioni di lavoro;

— raccolta dei dati biostatistici, compresi gli infortuni, le malattie, le risultanze delle visite di assunzione, periodiche e di idoneità; raccolta e verifica degli esiti delle visite e degli esami periodici; verifica del registro delle vaccinazioni antitetaniche obbligatorie;

— contribuire (direttamente o indirettamente) alla compilazione e all'aggiornamento del registro dei dati ambientali;

— esecuzione di indagini epidemiologiche (su indicazione dell'Amministrazione Regionale in base a conforme parere del Comitato regionale) per verificare periodicamente sulla scorta dei dati in possesso, le condizioni igienico ambientali dei luoghi di lavoro e degli impianti industriali.

Tutti i dati in possesso dell'Unità di base devono essere trasmessi ai Comuni (singoli o associati) ed il Comune dove ha sede l'Unità provvederà ad inoltrarne copia all'Assessorato Regionale della Sanità.

Allo scopo di garantire nel territorio della Regione un'attività omogenea di intervento nel campo della medicina e igiene del lavoro, gli interventi di cui ai punti precedenti vengono effettuati secondo criteri e procedure indicate dall'Amministrazione Regionale su parere conforme del Comitato regionale.

In assenza dell'indicazione di detti criteri e procedure, parte dell'Amministrazione Regionale, i Comuni (singoli o associati) procederanno di loro iniziativa.

L'attività tecnica delle Unità di base comunali o intercomunali è svolta sotto la direzione degli Ufficiali sanitari comunali.

L'attività tecnica delle Unità di base che interessa più Comuni, sarà svolta sotto la direzione dell'Ufficiale sanitario del Comune ove ha sede l'unità, d'intesa con l'Ufficiale sanitario del Comune ove l'attività si svolge.

#### *Compiti specifici dei Servizi comunali o consortili:*

— controllo sanitario sulle emissioni ed immissioni nell'ambiente circostante dei rifiuti industriali fatte salve le indicazioni di legge e le competenze di altri organismi legalmente preposti;

— promozione dell'idoneità strutturale ed operativa dei luoghi di lavoro sotto il profilo igienico sanitario.

#### *Organico del nucleo operativo*

Il personale minimo dell'Unità di base è costituito dall'Ufficiale sanitario, direttore responsabile sul piano tecnico dell'unità, da un tecnico diplomato e da un applicato addetto alla segreteria.

Questo personale è assunto nei ruoli organici del Comune e può essere opportunamente ampliato in relazione alle effettive esigenze locali del servizio.

Al fine di garantire il miglior funzionamento del servizio di medicina e igiene del lavoro, i Comuni (singoli o associati):

— prenderanno accordi opportuni con il Centro Regionale per la tutela sanitaria nei luoghi di lavoro, con l'Ispettorato del Lavoro e con ogni altro Ente pubblico interessato per legge alla tutela sanitaria nei luoghi di lavoro;

— si avvalgono del personale medico e paramedico dei propri uffici e possono utilizzare le strutture esistenti a livello provinciale preposte ad attività di prevenzione.

Le Unità di base terranno un diario aggiornato sul quale viene annotata tutta l'attività del servizio.

L'esecuzione delle visite mediche periodiche, di controllo, di idoneità non rientra nei compiti istitutivi delle Unità di base ma in quelli comunali o consortili.

I tecnici che operano all'interno delle Unità di base hanno l'obbligo di denuncia all'Ispettorato del lavoro delle inadempienze delle leggi vigenti e devono assolvere all'opportunità di segnalare all'Ispettorato del lavoro tutte le situazioni abnormi che vengono evidenziate.

L'Amministrazione Regionale assicura il coordinamento delle attività e dei servizi nell'ambito della programmazione sanitaria regionale attraverso l'Assessore alla Sanità della Regione e al Comitato regionale istituito, con compiti di consulenza e proposta, presso l'Assessorato alla Sanità della Regione.

#### *Contributo finanziario della Regione*

Il servizio di medicina e igiene del lavoro è gratuito per i lavoratori.

Le contribuzioni aziendali, derivanti dagli accordi sindacali per interventi effettuati o da effettuarsi nel campo della medicina e igiene del lavoro, spettano al Comune in cui lo stabilimento ha la propria sede operativa. All'atto della istituzione delle Unità sanitarie locali le contribuzioni di cui sopra passeranno dai Comuni alle U.S.L. -

Le attrezzature di cui la Giunta regionale ha già deliberato l'acquisto (delibere n. 1640-1641-1787-1789) verranno assegnate per l'insediamento di altrettante Unità di base ai Comuni.

Per l'acquisto di nuove attrezzature, ampliamento dell'organico e/o spese di gestione del servizio, i Comuni (singoli o associati) in cui è istituita l'Unità di base presenteranno all'Amministrazione Regionale entro il . . . . di ogni anno una relazione di attività con bilancio consultivo nonché un programma di intervento con relativo bilancio preventivo.

I Comuni (singoli o associati) che intendano deliberare l'istituzione dell'Unità di base presenteranno all'Amministrazione Regionale un programma di attività con relativo bilancio preventivo.

All'atto dell'istituzione delle Unità sanitarie locali e di servizio sociale l'intervento delle Unità di base verrà ri-

strutturato e collocato all'interno dei servizi delle U.L.S. e di servizio sociale.

Entro il . . . . di ogni anno il Consiglio Regionale approva il programma annuale di intervento nel campo della medicina e igiene del lavoro con relativo piano di finanziamento.

*Punti che si suggerisce vengano assunti nelle delibere dei Comuni che istituiscono le Unità di base*

1. Per garantire la massima partecipazione dei lavoratori al funzionamento politico-organizzativo dell'Unità di base i Comuni (singoli o associati) si avvalgono, a livello di ciascuna Unità, di un organismo con funzione programmatica e con poteri consultivi composto da rappresentanti del Consiglio comunale, da rappresentanti dei lavoratori e dall'Ufficiale sanitario.

Le Amministrazioni Comunali o consortili adottano i necessari provvedimenti ed iniziative su parere conforme degli organismi di cui sopra.

2. Per agevolare le procedure, l'Unità di base è autorizzata a trasmettere direttamente i dati ai richiedenti gli interventi e all'Amministrazione Regionale.