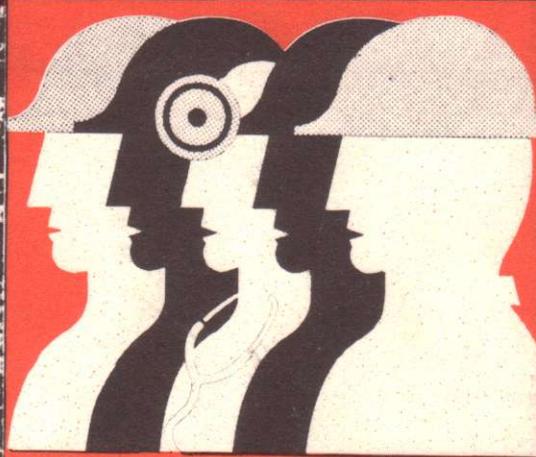


Medicina 10 Democratica

Spedizione in abbonamento postale IV gruppo / inf. 70% aprile-giugno 1978

Movimento
di lotta
per la salute



**Medicina
Democratica**
movimento di lotta per la salute

secondo congresso nazionale 9-11 giugno
C.T.O. aula congressi - Ig. Palagi 1, Firenze

All'interno:
relazione
della segreteria
nazionale di M.D.
al congresso

MEDICINA DEMOCRATICA,
movimento di lotta per la salute
Bimestrale, n. 10, aprile-giugno 1978
Direttore responsabile: Fernando di Jeso
Autorizzazione del Tribunale
n. 23-29/1/1977
Questo numero L. 800
Abbonamento ordinario L. 5.000
Sostenitore L. 10.000
estero L. 7.000
Distribuzione: N.D.E.
Via A. Vallecchi 20 - Firenze
Tel. 055/577240

Redazione nazionale
Andrea Alesini (Perugia), Paolo
Bavazzano (Firenze), Carlo Bucci (Pa-
dova),
Edoardo Giromini (Carrara),
Gruppo di Prevenzione ed Igiene
Ambientale (Castellanza-Varese),
Gianni Moriani (Venezia),
Pierpaolo Polizzi (Napoli),
Guido Valesini (Roma),
Mario Rossini (Varese),
Dario Miedico (segreteria nazionale),
Lalla Bodini (salute della donna),
Giuseppe Deffenu (territorio),
Fernando di Jeso (formazione
socio-sanitaria);
comitato di redazione:
Lalla Bodini, Giuseppe Deffenu,
Fernando di Jeso, Gabriella Fabbri,
Graziella Falaguasta,
G.P.I.A. di Rho, Dario Miedico.

Segreteria nazionale
Graziana Delpierre, Luigi Mara,
Massimo Menegozzo, Dario Miedico,
Maurizio Mori, Baldassarre
Pernice, Augusto Puccetti.

Recapito postale
Casella postale 814
20100 Milano
Tel. 2361302

Stampato dalla
Comunecazione s.n.c.
Bra (Cuneo)

Elenco delle librerie che vendono Medicina Democratica

LOMBARDIA	
MILANO	Sdp Algani, Al Castello, Alice, Calusca, Celuc, Centofiori, Centro Cult. Bovisa, Claudiana, Clesav, Clued, Clup, Coopli Iulim, Di Dergano, Dielle, Edicola S. Stefano, Ecumenica, Einaudi, Feltrinelli-Europa, Feltrinelli-Manzoni, Giambellino, Goliardica, Gorizia 2, Grassi, Incontro, L'Angolo, Libro Libero, Malafemmina, Marco Sedis, Marcon, Milano libri, Pennasilico, Ponte Tre, Proletaria, Quartiere 12, Ringhiera, Rinascita, Rusconi-C. Porta, Sapere, Strada, Tadino, Unicopli, Utopia, Valdina Coop. Popolare Clev Bellotti, Carù Marconi Gramsci Centro Cult. Pop. Bancarella, Luxemburg, Seghezzi Prologo Coop. Pop. Cultura, La Bancarella, Rinascita Rinascita La Strada Il Grifo, La Bussola Centofiori Il Punto Albero del Riccio Del Convegno Margaroli Lecco Libri Nuova Terra L'Intervento Della Piazzetta Centro Documentaz., L'Incontro Neruda Della Cultura Becco Giallo Nuove Vie Celes, dei ragazzi Rizzi Swieh Sgheizz Aliata
BESANA IN BRIANZA	
VAPRIO D'ADDA	
GALLARATE	
ABBIATEGRASSO	
PADERNO D.	
BERNAREGGIO	
BERGAMO	
BORGOMANERO	
BRESCIA	
BUSTO ARSIZIO	
CANTÙ	
CINISELLO BALSAMO	
COMO	
CORSICO	
CREMA	
CREMONA	
INTRA	
LECCO	
LEGANO	
LODI	
NOVATE MILANESE	
PAVIA	
PIACENZA	
RHO	
LUINO	
SARONNO	
SESTO S. GIOVANNI	
CASTELLANZA	
VARESE	
COLICO	
OMEGNA	
PIEMONTE	
TORINO	Arethusa, Bologna Gagliano, Book's Store, Campus, Celid, Centro Doc. Coccinella, Claudiana, C.L.T. Comonardi, Coop. Studentesca, Cortina, Don Milani, Feltrinelli, Hellas, La popolare, OOLP, Luxemburg, Stamp. Universitaria, Ziggurat Centro Libri Coop. Pinerolese Coop. della Torre Dimensioni Gravegna La Talpa Linea Rossa Moderna Dialoghi
PIOSSASCO	
PINEROLO	
ALBA	
ALESSANDRIA	
BRA	
NOVARA	
ASTI	
CUNEO	
VERCELLI	
LIGURIA	
GENOVA	
FINALE LIGURE	
NERVI	
SAVONA	Coop. Cultura Popolare, Io e gli altri, Feltrinelli, Il Sileno D.R. La metà del cielo, L'Ortica, Liguria Libri Rosasco
LAZIO	
ROMA	Al tempo ritrovato, Libreria 146, Eritrea, Feltrinelli-Babuino, Feltrinelli-Orlando, Godel, Il Punto di Giammetti, Nuova Comunicazione, Paesi Nuovi, Piccioni, Psiche Rinascita, Rinascita Universitaria, Stampa Alternativa, Trastevere, Tuttolibri, Uscita, Vecchia Talpa Le mele marce
OSTIA	
ABRUZZO	
ROSETO DEGLI ABRUZZI	Clic
PESCARA	Coop. Clua, Progetto-Utopia
ORTONA	Gong
SAN SALVO	Quarto Stato
TERAMO	Rinascita
PUGLIA	
BARI	
PARABITA	
LECCE	Centro Cultura Popolare, Dell'arca, Il Tritone, Laterza Nostradamus Palmieri, Rinascita
CAMPANIA	
NAPOLI	Centro Documentazione, Centro Edit. Rinascita, Clu, Democratica Sapere, Cuen, Guida A., Internazionale Morra, L'Incontro, Marotta-Via Verdi, Marotta-Via dei Mille, Pironti-P.za Dante, Pironti-Via Capitelli, Pironti-Via Manzoni Carrano, Internazionale, Magazzino Coop. Libr. « Nuovo Politecnico » De Conditii, Fiera del Libro *
SALERNO	
BENEVENTO	
CASERTA	
CALABRIA	
REGGIO CALABRIA	Ambrosiana
AERI	Germinal
COSENZA	Popolare
LAMEZIA T.	Sagio Libri

Questa è una lettera delle tante pervenute a Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute che mostra in termini semplici e chiari una delle centinaia di situazioni in cui la gente del popolo si organizza, denuncia, prende posizione contro lo sfacelo del territorio provocato dall'assurdo sfruttamento (e distruzione) delle risorse naturali.

« LETTERA FIRMATA DA 31 DONNE DEL COMUNE DI SALICETO (SAVONA) NELLA BASSA VAL BORMIDA »

« I potenti continuano a chiederci sacrifici!

Sacrifici alle donne, sacrifici agli operai.

Si deve anche morire di cancro per assecondare i potenti?

Qui nella bassa Val Bormida si muore di cancro.

Per noi l'IPCA di Ciriè o Seveso sono realtà e non notizie lette sul giornale.

Le nubi tossiche le abbiamo quotidianamente, anche se per ora non catastrofiche come quelle di Seveso.

Ma domani?

Il nostro paese, Saliceto, anni fa era tutto circondato da viti. Ora non c'è più nulla. La verdura e la frutta sono immangiabili.

Causa: il "gusto di fabbrica", come qui viene chiamato. La fabbrica, con il benessere apparente ha inquinato il nostro fiume Bormida, la nostra terra e l'aria che i nostri bambini respirano. Dietro a tutto questo c'è l'ACNA di CENGIO, e ACNA vuol dire Montedison.

Il benessere deve essere reale, si deve lavorare e vivere senza la paura di morire di cancro alla vescica, senza la paura che ai nostri figli possa capitare quello che è successo ai bambini di Seveso. È troppo chiedere questo?

È troppo chiedere ai potenti di non calpestare i più elementari diritti umani? »

Quest'ultima domanda non ha risposte positive, in questo sistema.

I fatti lo dimostrano ogni giorno che passa.

Dal dopo guerra ad oggi una tecnologia sempre più sofisticata, la nascita di nuove produzioni industriali, il cambiamento anche del modo di lavorare la terra, l'ideologia consumistica che ne è scaturita, hanno tentato di far dimenticare a tutti il complesso delle forze naturali che costituiscono il nostro mondo:

cioè il cosiddetto ecosistema

Dalle scuole elementari ci hanno insegnato che l'uomo è il dominatore della natura, così l'uomo (ma chi tra tutti gli uomini?) è diventato il distruttore, il rapinatore delle risorse.

Siamo stati e siamo tutt'ora esaltati dalle meraviglie della tecnica, dal progresso della scienza, ma in realtà pochi sono quelli che beneficiano di questo progresso: la gran parte delle masse popolari ricevono anche - insieme all'auto, al frigorifero e alla televisione - la perdita della salute, l'asservimento a modelli culturali alienanti, la chiusura di ogni spazio di espansione della persona umana.

L'Ecologia:

Oggi nascono moltissimi movimenti e associazioni ecologiche.

Questa parola comincia ad essere usata troppo, per questo ci fa un po' paura. Tutti diventano ecologi, a volte gli stessi che inquinano furbescamente organizzano gruppi ecologici; altri ancora sfruttano la situazione per far nuovi e maggiori profitti con l'industria del disinquinamento.

I lavoratori, gli strati popolari della società subiscono i danni dell'inquinamento in fabbrica, nel territorio, lo sfascio delle strutture sanitarie, inoltre attraverso tasse o altro si devono far carico della purificazione dell'aria, della depurazione delle acque, dell'incenerimento dei rifiuti ecc.

Pubblichiamo alcuni articoli che vogliono non solo denunciare dei fatti delittuosi in termini di inquinamento, ma esprimere anche delle indicazioni, socializzare delle lotte che riteniamo possano essere riprese utilizzate e fatte proprie.

Da Porto Marghera, il « Comitato di Lotta contro le lavorazioni nocive » ci ha fatto pervenire un documento che informa e propone mobilitazioni per limitare gli effetti negativi che le lavorazioni nocive di Marghera producono.

La storia di una denuncia, del processo alla Montedison è significativa e va

inserita nella più vasta lotta che il comitato conduce.

Così pure il Gruppo « Amine Aromatiche » di Cesano Maderno ha prodotto un documento, in base alla lotta che sta conducendo contro la « Produzione del Cancro » della ormai famosa ACNA. I coloranti, i composti clorurati devono essere sostituiti da prodotti di comprovata innocuità, ed anche per quelli attualmente non sostituibili deve essere adottata la garanzia del ciclo chiuso.

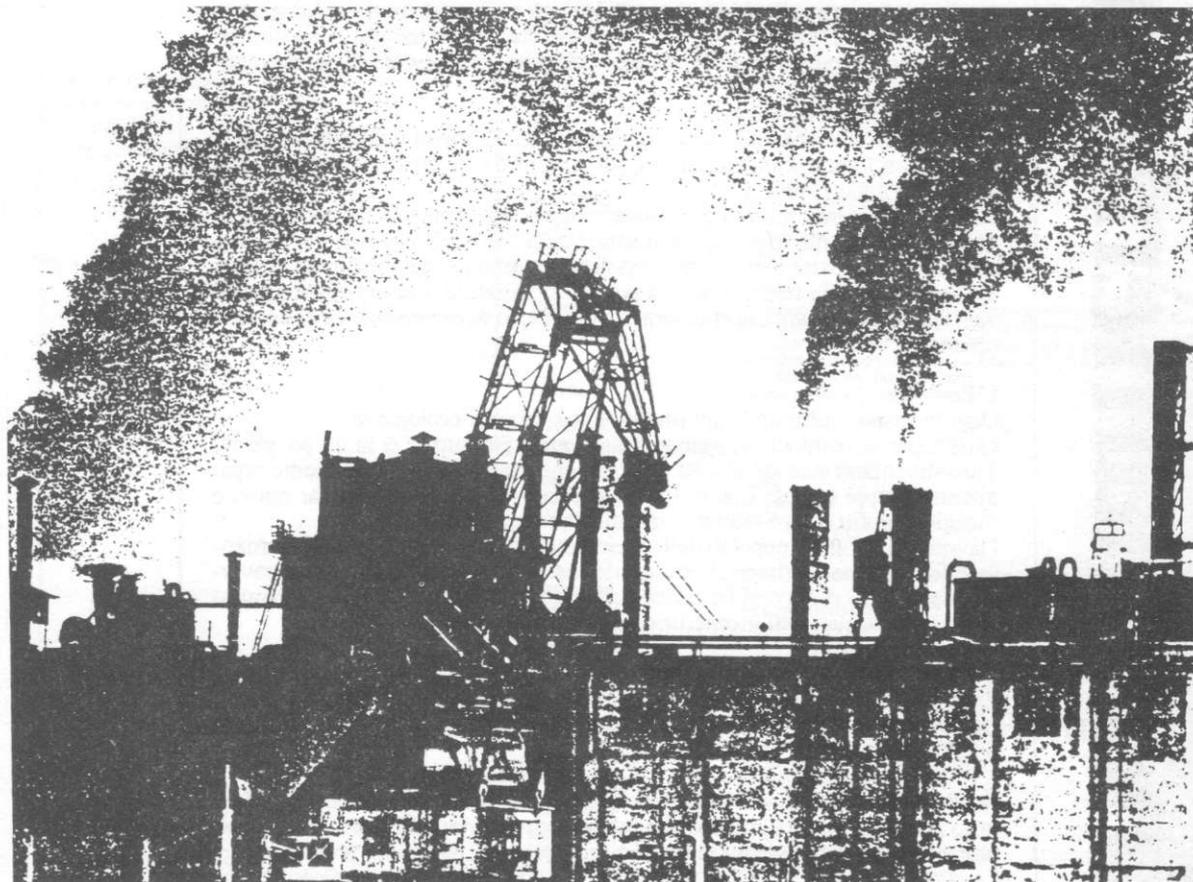
Le indicazioni emerse dal convegno di Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute a Gerenzano (VA) possono essere utilizzate – ed è giusto che sia fatto – da altri movimenti e gruppi che vogliono iniziare una lotta contro le discariche pubbliche e private.

Lo stesso discorso vale per la lotta che si sta sviluppando a Figino (Milano), un quartiere dove alle molte nocività prodotte da grandi e piccole aziende che lo circondano si aggiungono i fumi di un grande inceneritore per i rifiuti solidi urbani; il comitato di quartiere e la popolazione vogliono controllare il suo funzionamento come inizio di controllo di ogni fonte di inquinamento.

Per concludere questa raccolta, riteniamo sia significativo presentare un documento di analisi critica sul « Monte - Ore » dell'ITIS Cannizzaro di Rho, preparato dagli studenti che l'hanno organizzato. Ci pare una iniziativa seria nata per collegare una riqualificazione della scuola non un discorso generico di « efficienza » e di « scientificità », bensì a dei contenuti di classe precisi, a dei riferimenti concreti, ai CdF e alle strutture di base.

Da queste ed altre esperienze possiamo sintetizzare la posizione di Medicina Democratica intorno al problema dell'ecologia:

- 1) il movimento ecologico, non può essere un movimento interclassista.
- 2) la tecnologia più moderna deve essere messa a servizio della bonifica in fabbrica e nel territorio e produrre servizi utili alla *massa della popolazione*
- 3) Ogni ricatto tendente a ridurre l'occupazione deve essere respinto; anzi la necessità della bonifica, la riconversione produttiva (da produzioni nocive a utili) devono tendere a impiegare un numero più alto di lavoratori degli attuali.



Lavorazioni nocive a Porto Marghera: L'inquinamento della Laguna e proposte di bonifica.

Dire che a P. Marghera, Mestre, Venezia esiste l'inquinamento, è come scoprire l'acqua calda.

Ma cominciare a dare dei dati sul problema, collegare questi alla produzione, conoscere le responsabilità connesse con gli insediamenti industriali, è un modo per cominciare a capire che l'inquinamento dell'ambiente è qualcosa di affrontabile con la lotta.

Bisogna fin d'ora osservare che soprattutto in questo ultimo periodo, si sta conducendo una campagna di vera e propria disinformazione estremamente pericolosa riguardo alla nocività e all'inquinamento: dal caso del satellite Cosmos a quello delle « arance al mercurio », si cerca di creare un generico allarmismo verso fatti eccezionali, allo scopo di poter poi far passare per « normale » l'inquinamento continuo, giorno per giorno, determinato dall'attuale modo di produzione. Si può fare una MAPPA DEL TERRITORIO VENEZIANO: dalla mappa si vede come i cicli di produzione più importanti, siano responsabili della « qualità della morte ».

I fanghi della laguna sono diventati una specie di miniera di metalli pesanti: Cromo, Mercurio (Hg), Piombo, Cobalto, Rame, Zinco e altri. Avengono ogni tanto delle morie di pesci. L'aria molte volte è irrespirabile. Nel territorio circostante alle fabbriche di Marghera esistono discariche pubbliche e private che rendono pericolosa a lungo andare l'acqua della falda, e sono una fonte continua di contaminazione.

Vogliamo analizzare in un primo momento 4 sostanze nocive per la loro enorme diffusione nel territorio veneziano; è chiaro che ne esistono altre, le analizzeremo in seguito.

CVM cloruro di vinile monomero

Questo gas, che è alla base della produzione della maggior parte degli oggetti di plastica in uso comune, È ORMAI NOTO COME UN POTENTE CANCEROGENO: mentre in fabbrica, al Petrolchimico si tende a raggiungere il minimo livello di esposizione al gas (MAC ZERO), dopo che centinaia di lavoratori sono stati colpiti da disfunzioni epatiche e altre

IL LAVORO È NOCIVO. LAVORARE PER FORZA COME SIAMO COSTRETTI A FARE, SENZA POTER SCEGLIERE COSA FARE, COME FARLO, QUANDO E PER CHI, È UNA CONDANNA DALLA QUALE L'INTERO PROLETARIATO VUOLE LIBERARSI.

IN QUESTO SENSO LA LOTTA CONTRO LE PRODUZIONI NOCIVE È PARTE INTEGRANTE DEL PROGRAMMA DI ORGANIZZAZIONE PER LA RIDUZIONE DEL TEMPO DI LAVORO E CIOÈ NON SOLO DELL'ORARIO DI LAVORO MA ANCHE DI TUTTO IL TEMPO, NON PAGATO CHE SPENDIAMO PER LAVORARE: TEMPO DI TRASPORTO, TEMPO DI MENSA, IL TEMPO DI LAVORO DOMESTICO CHE SERVE PER RIPRODURCI ECC..

malattie e alcuni sono morti di cancro, la MORTEDISON continua imperturbabile a riversare enormi quantità di CVM all'aria attraverso le ciminiere dell'impianto (una media di 4 tonnellate di gas al giorno). È chiaro così che questo gas va a finire, a seconda del vento, nei vari quartieri di Marghera, Venezia, Mestre.

Bisogna ricordare inoltre che il CVM ha proprietà MUTAGENE cioè causa cambiamenti nelle cellule dello sperma maschile o dell'ovulo femminile, e quindi può dare luogo a malformazioni congenite oltre che ad aborti. Da un documento della FULC (sindacato chimici) risulta che il 30 per cento circa dei figli di operai che hanno lavorato ad alte esposizioni di CVM sono nati con malformazioni. (Convegno nazionale su « Rischi e danni da cloruro di vinile » Roma - 7/8 luglio 1977).

HG mercurio (metallico e in composti organici)

Al Petrolchimico di Marghera esistono due impianti che usano il mercurio: l'impianto CLORO-SODA dove è usato come catodo delle celle elettrolitiche per la produzione di cloro, e

il « vecchio » impianto di CVM dove lo si usa come catalizzatore. Da questi impianti le scorie di mercurio escono attraverso gli scarichi liquidi ma soprattutto come vapore.

Si calcola che da un impianto di cloruro per es., esca all'aria qualcosa come 35 grammi di mercurio per ogni tonnellata di cloro prodotta; nel caso del Petrolchimico sono circa 160 tonnellate al giorno.

Quali sono gli effetti dell'avvelenamento da mercurio lo si sa molto bene da quando nel 1956 a MINAMATA in Giappone, 21 persone morirono intossicate dal mercurio presente negli scarichi di una industria chimica locale.

Da tenere presente che ci sono stati 2 morti per avvelenamento da carne di maiale alimentato a grano trattato con fungicidi a base di mercurio.

Gli effetti più vistosi sono: morie di pesci, di crostacei e molluschi. I gatti sembrano ubriachi con abbondante salivazione con convulsioni.

Nei bambini e negli adulti: intorpidimento delle mani, dei piedi e della testa; senso di formicolio; fiacchezza, pesantezza, dolori alla testa, specialmente alla parte posteriore; offuscamento della vista, difficoltà dell'udito, « campanelli » nelle orecchie.

Inoltre difficoltà nel muovere le dita, nell'abbottonarsi, nel parlare, crampi, contrazioni muscolari, insonnia, svenimenti, fiacchezza, ecc.

Questi effetti che sono dovuti a dosi piccole di mercurio, sono comunque irreversibili, proprio perché derivano da danni al sistema nervoso le cui cellule non sono rinnovabili.

Quando le dosi sono più ingenti, si hanno convulsioni, paralisi e infine la morte.

Il pericolo maggiore, come dimostrato dal caso di Minamata, è dato dalla trasformazione spontanea in ambienti lagunari, del mercurio in METILMERCURIO. In questa forma, composta organica, esso supera molto più facilmente le barriere protettive del cervello. Non solo ma occorre molto più tempo perché il mercurio ingerito si riduca a metà della dose originaria.

I DATI ESPOSTI SONO LA DIMOSTRAZIONE CHE IL LIVELLO ATTUALE NEI FANGHI DELLA LAGUNA (fino a 38 ppm), È DO-

VUTO AGLI SCARICHI INDUSTRIALI E NON SOLO AL MERCURIO DI ORIGINE NATURALE. UNA PARTE CONSISTENTE DI MERCURIO, COME DIMOSTRANO GLI STESSI DATI DEL DESE DERIVA DALL'USO CHE SE FA IN AGRICOLTURA: PESTICIDI ERBICIDI, CONSERVANTI DI SEMENTI, TUTTI PRODOTTI A BASE I CLOROMETILMERCURIO.

QUALE È LA CONCENTRAZIONE DI MERCURIO NEI PEOCI DELLA LAGUNA E NEI PESCI, QUANTO MERCURIO MANGIAMO CON UN ETTO DI PESCE O CON UN PIATTO DI « MOLEC-CHE »?



Questa è la concentrazione di mercurio nei fanghi alla foce del fiume Dese - Fonte: Croatto et al. « dinamica del contenuto di mercurio totale nei sedimenti della laguna di Venezia ».

Ossido di azoto

Dagli impianti petrolchimici di Marghera una nube di 80,5 tonnellate al giorno di ossido di azoto viene immessa in aria. Qui, in parte si trasforma direttamente in acido nitrico già di per se estremamente dannoso, nella maggiorparte però, entrando nell'apparato digerente, trasformano l'emoglobina in meta-emoglobina con l'effetto di impedire il trasporto dell'ossigeno ai tessuti.

Un altro effetto degli ossidi di azoto è quello di reagire con altre sostanze chimiche (le ammine) per dar luogo a prodotti altamente cancerogeni (Fonte: Scienza e Lavoro N 1).

Questa quantità di gas mista ad acidi viene respirata giornalmente da 300.000 persone, quante vivono nella zona.

E dire che di fronte all'acido nitrico ci si preoccupa molto di più per i monumenti!

Allarme per l'aria Il 7 si respirava... SO₂

Così intitolava il Gazzettino del 13/12/77. Questi i dati forniti rispetto ad una soglia di 0,30 ppm (ma chi e in base a cosa ha stabilito sopportabile questo valore? e sopportabile da chi e per quanto tempo?)

SO₂ ANIDRIDE SOLFOROSA

Favaro 0,43 ppm alle ore 21,19
Corso del Popolo

0,39 ppm alle ore 21

S. Giuliano 0,38 ppm alle ore 20,30

Carpenedo 0,35 ppm alle ore 22,05

Sacca Fisola 0,31 ppm alle ore 23,58

Da dove viene tutta questa SO₂?

Le ciminiere dell'AMMI delle centrali ENEL, della MONTEDISON riversano in continuazione e lo hanno fatto per tanti anni l'anidride solforosa nel territorio, senza che nessun provvedimento sia stato mai preso al di là dell'insediamento della rete di rilevatori che forniscono appunto i dati del tipo descritto sopra.

Il 90 per cento dei bambini di Marghera è ammalato in forme più o meno gravi di malattie bronchiali e polmonari. In particolare si è rilevato che i bambini che abitano nelle zone più vicine alle fabbriche (Marghera e Viale San Marco) sono colpiti dalla tonsillite in percentuale doppia rispetto a quelli delle zone più lontane (Venezia - centro storico);

il 65 per cento a Mestre Marghera contro

il 35 per cento a Venezia.

Lo stesso si verifica per l'otite purulenta, i bambini di Mestre Marghera ne sono colpiti nella percentuale del 10 per cento, quelli di Venezia del 5 per cento.

I POLMONI DEI BAMBINI DI MESTRE SONO NELLA STESSA CONDIZIONE CHE SE FUMASSE RO 20 SIGARETTE AL GIORNO.

Quanti sono gli aborti, le malformazioni congenite dovute alla politica di rapina della Montedison e &?

Quante volte ci sentiamo « stanchi », oppure accusiamo formicolii, difficoltà di coordinazione dei movimenti (specialmente nei bambini)? Se pensiamo che tutto questo può essere dovuto alla quantità spaventosa di mercurio, di altri metalli pesanti, come il piombo, che quotidianamente ingeriamo con l'acqua da bere con i cibi, o semplicemente respirando, DOBBIAMO DIRE CHE È VENUTO IL MOMENTO DI LOTTARE TUTTI, IN FABBRICA E FUORI.

Perciò lottare contro le produzioni nocive non è un compito di un settore

particolare, per es. gli opera chimici, ma UN BISOGNO DI TUTTI.

Rifiutare un piatto di pesce al mercurio non è compito del laureato in chimica o in medicina. Stabilire la impossibilità di continuare a lavorare non è compito nè del padrone nè del medico della mutua.

Parlare delle cause degli aborti o delle malformazioni congenite non può essere delegato solo ai « consultori » o al consiglio di quartiere. Bisogna rompere le divisioni, il ricatto del posto di lavoro non ci deve impedire di lottare per il miglioramento delle condizioni di lavoro e di vita.

OGGI ABBIAMO LA FORZA DI AFFRONTARE QUESTI PROBLEMI: È NECESSARIO SOSTENERE LA UNITÀ DELLA LOTTA TRA FABBRICA QUARTIERE SCUOLA.

Perciò vogliamo cominciare a fare alcune proposte pratiche:

le proposte

1) sul piano della produzione

PER IL CVM:

a) bloccando qualsiasi espansione della produzione di PVC e quindi di CVM e cambiando il suo impiego con materiali non nocivi che già esistono. In questo senso bisogna dire NO alla costruzione di autoclavi giganti.

b) Imponendo la fermata di quegli impianti non risanabili, con la garanzia di reddito per gli addetti.

c) bonifica degli impianti risanabili con il principio della FERMATA, RISANAMENTO, RIAVVIO CON LA GARANZIA DEL SALARIO.

d) la presenza di gas CVM nella produzione di CVM/PVC deve essere ridotta a ZERO.

e) il CVM non va sfiatato nell'atmosfera nè scaricato nelle fogne, l'impianto deve essere a ciclo chiuso.

f) a partire dalle grandi fabbriche come il Petrolchimico, bisogna im-

porre che il polimero (PVC) non contenga CVM).

Questo per salvaguardare anche i lavoratori delle fabbriche di trasformazione del PVC (per es. la PANSAC).
PER L'S02:

Dai reparti AS del Petrolchimico, dalle centrali termiche, dall'AMMI (fino a poco fa), escono ogni giorno tonnellate di anidride solforosa; basta con la plitica dei camini sempre più alti!!!. L'S02 non deve uscire dagli impianti, per esempio può essere riciclato dentro.

NO A ULTERIORI INSTALLAZIONI DI CENTRALI TERMICHE. SOSTITUZIONE DELL'OLIO PESANTE USATO COME COMBUSTIBILE CON IL METANO.

PER L'OSSIDIO DI AZOTO:
Anche in questo caso abbattimento e riciclaggio per evitare la sua immissione in aria con gli effetti descritti prima

PER IL MERCURIO:
Bisogna attuare una denuncia capillare nel territorio dei terroristi che scaricano scorie e prodotti che contengono mercurio nelle discariche pubbliche e private.

Come si sa il mercurio va a finire nelle falde acquifere, negli scoli nei terreni agricoli, viene disseminato dappertutto.

LA MONTEDISON DEVE BLOCCARE LO SCARICO DI RESIDUI DI MERCURIO DALL'IMPIANTO CLORO-SODA (CS) E DAI CV 10-11 in laguna.

Per la agricoltura bisogna fare un'opera di propaganda capillare a cominciare dai piccoli produttori, per non usare erbicidi, conservanti di sementi, pesticidi a base di CLOROMETIL-MERCURIO o simili.

È noto che in questa forma organica il mercurio viene facilmente assorbito dalle piante specialmente tuberi (PATATE) e così ingerito anche dall'uomo.

Come si vede, la dimensione dei problemi è molto grande: affrontarli è compito di tutti i proletari, non solo degli operai nei luoghi di produzione, anche perché le strutture sindacali di categoria o di fabbrica si cullano, a dir poco, nel più beato immobilismo.

Dopo Manfredonia, Ravenna, Seveso, l'IPCA, Brindisi e Massa, è chiaro che nessuno che sia in buona fede può venire a parlare di « immancabili vittime del progresso ».

Come ha dimostrato recentemente lo scoppio di Brindisi e il documento interno della Montedison sopra ripreso, in cui si teorizza il rischio e la non manutenzione degli impianti a fronte di costi economici di gestione, ci troviamo di fronte ad UNA BANDA INTERNAZIONALE DI CRIMINALI

DISPOSTI A TUTTO.

Questa situazione impone in ogni luogo di lavoro la revisione di tutto il discorso sulla progettazione e manutenzione degli impianti e cioè il fatto che non bisogna dare per scontata la « necessità » di certe produzioni né del lavoro in turni, del turno di notte o della mobilità come ci viene in questi giorni proposta.

Da tutto questo non sono escluse anche le responsabilità di quanti nelle amministrazioni pubbliche, con le licenze edilizie, tenendo nascosti i dati, non intervenendo sulle modifiche produttive, contribuiscono con continuità, dalle giunte di Centro-Sinistra a quelle « rosa », al perpetuarsi di questo meccanismo di strage.

Ci sono degli esempi rilevanti di queste responsabilità. Ne citiamo alcuni. Il primo riguarda la decisione della costruzione dell'impianto TDI al Petrolchimico di Marghera, quello in cui si sono verificate le fughe di gas con centinaia di intossicazione tra gli operai delle imprese e dei reapri.

Anche il processo che si è concluso a Mestre con la condanna dei dirigenti Montedison dell'epoca, non ha detto nulla riguardo alle licenze edilizie. Per quanto se ne sa, le licenze vennero concesse, se lo furono, (eravamo in centro-sinistra) a impianti in fase avanzata di costruzione, quando già era nota la pericolosità estrema di questi impianti, che in altri paesi sono costruiti in zone desertiche o comunque lontanissime dai centri abitati. Tutto questo ai personaggi del centro-sinistra, da Longo a De Michelis, come diretti responsabili non è bastato evidentemente per dire no a questi impianti...

Il secondo esempio riguarda la storia controversa della decisione Montedison per il raddoppio del reparto CR (Cracking) sempre al Petrolchimico. Siamo in giunta « rosa » (PCI-PSI). È una storia strana: tutti d'accordo per il raddoppio, dai partiti al sindacato, e quindi anche per le licenze edilizie, che in questo caso spettano al coordinatore della Legge Speciale Pellicani (PCI); poi una contessa manca a una riunione di un organo consultivo come il « Comitato per la salvaguardia di Venezia » e tutto si ferma, passano i mesi, e avviene l'esplosione di un reparto analogo al CR al Petrolchimico di Brindisi, che « dimostra » (ma non era necessario) la pericolosità enorme di questi impianti anche per come sono progettati.

Evidentemente ci sono dei centri di decisione che credono di poter fare e disfare sulla testa e sulla pelle degli operai e dei proletari, come è successo per la Legge Speciale per Venezia. In questo caso per « superare » i vincoli delle tabelle di nocività permessa

per gli scarichi industriali, è stata votata nel più grande silenzio e da quattro gatti (tra cui l'on. Busetto del PCI) la legge Merli.

Questa, in quanto valida su tutto il territorio nazionale, e in quanto molto più permissiva della stessa legge speciale, ha dato modo alla Montedison e & di « guardare con più fiducia al futuro ». Ma allora cosa ci stanno a fare i « centri di ricerca » che operano nel territorio veneziano?

Evidentemente se i dati riguardanti il mercurio che supera i limiti ammessi nei peoci della laguna o la presenza di PCB negli stessi sono tenuti « nel cassetto » o riservati a pochi « responsabili », questi « centri di ricerca » sono al servizio del padrone.

2) Sul piano della qualità della vita

La proposta che abbozziamo è la formazione nel territorio.

COMITATI DI ZONA CONTRO LE LAVORAZIONI NOCIVE che comprendano operai, studenti, donne.

Con il comito di assumere iniziative di lotta e di informazione e di prendere decisioni riguardo ai problemi pratici che derivano dal fatto di mettere in discussione certe produzioni e un certo modo di produrre.

Questo anche perché il discorso sulla « qualità della vita » non debbe essere strumentalizzato attraverso i soliti strumenti di informazione al servizio del padrone.

I COMITATI DI ZONA CONTRO LE LAVORAZIONI NOCIVE devono porsi il problema del finanziamento. Questo deve essere ottenuto dagli enti locali, dallo stato, attraverso la legge sulla disoccupazione giovanile. **I COMITATI** formati da giovani, da studenti, da donne, da operai (per esempio quelli in cassa integrazione) sono lo strumento pratico per rispondere alla divisione tra lavoro « manuale » e « intellettuale ».

È chiaro che i collettivi di studenti e di insegnanti presenti nelle scuole di Mestre- marghera-Venezia, possono dare un grosso contributo a queste iniziative, anche sul piano della « sperimentazione didattica » dando un senso preciso alla lotta contro l'utilizzo del tempo di scuola che ha come unica ragione quella del controllo sociale dei giovani.

**COMITATO DI LOTTA
CONTRO LE
LAVORAZIONI NOCIVE
VENEZIA - MESTRE
MARGHERA**

A Figino la salute si vende

Figino è una di quelle poche frazioni all'estremo confine Nord-Ovest di Milano sull'asse della « perfida » Via Novara sempre intasata.

È un vecchio borgo contadino che la speculazione edilizia degli anni '60 non è riuscito a distruggere del tutto. Oggi vi abitano 530 famiglie, poco meno di 1500 abitanti.

Una lunga serie di problemi, dalla viabilità alla scuola, dall'acqua potabile alle fogne, tengono vivo un Comitato di Quartiere che in un certo modo fa da tramite fra la popolazione e il Consiglio di zona del Decentramento Comunale.

La popolazione è composta sostanzialmente da lavoratori che partono al mattino e rientrano la sera; permangono una quindicina di contadini e allevatori a cui è rimasta ormai ben poca terra su cui lavorare: per la tangenziale che passa su di esse e per le acque, il Lura in particolare, che grazie agli alti tassi di acidità, (per dirla con un eufemismo) produce diarree alle bestie che si nutrono dell'erba bagnata dalle sue acque.

Dal maggio 1975 è entrato in funzione un forno inceneritore per rifiuti domestici urbani dell'AMNU (Milano 2), che dista circa 1 Km dal paese. Un forno decisamente nato male (forse perché costruito dalla De Bartolomeis) con due linee ed una turbina dovrebbe bruciare 200.000 t. di rifiuti e produrre circa 67 milioni di Kwh ogni anno; le percentuali di efficienza dal maggio '75 all'agosto '77 sono:

1975 gg.	245 rifiuti bruciati	53% energia prodotta
1976 gg.	334 rifiuti bruciati	39,3% energia prodotta
1977 gg.	243 rifiuti bruciati	33% energia prodotta

Una lunga serie di guasti, modifiche, riparazioni (anche non di poco conto) ha portato ad effettuare il collaudo solo nel marzo 1978, probabilmente ancora in tempi prematuri visto che sembra non sia andato bene niente: fermata forzosa della linea 1, disfacimento pigiata gradone seconda griglia accensione e prima griglia combustione forno 1, scariche allo elettro-filtro.

Inoltre il parere del CRIAL, febbraio '76, è stato dato senza aver controlla-

to l'impianto, come precisa l'Amnu, e sembra su dati forniti della sola De Bartolomeis.

Il 5 dicembre 1978 in una intervista che Il Giorno pubblica in prima pagina, il Dr. Maiuri, medico condotto da 30 anni a Figino, denuncia in 20 mesi 24 casi di cancro (10 decessi e 14 ancora in vita) che alla fine dell'anno erano 27; oggi si è abbondantemente oltre i 30.

Il clamore della notizia, ripresa (per buona morale) da tutti i giornali, muove autorità e « scienziati » (anche perché il medico avanzava l'ipotesi, da verificare, di una correlazione con la presenza dell'inceneritore) in smentite, discussioni su varie ipotesi e sulla necessità di indagini.

Il Sindaco di Milano in Consiglio Comunale impegna l'assessore alla sanità Sirtori ad insediare una commissione tecnico-scientifica per le indagini.

I primi nomi forniti al Comitato di Quartiere dallo stesso Sirtori, a cui sembra se ne siano aggiunti altri, sono:

Assessore alla sanità	(Sirtori)
Ufficiale sanitario	(Suzzivalli)
Istituto dei Tumori	(Berrino)
Igienista	(Fara)
Tossicologo	(Marazzi)
Farmacologo	(Paoletti)
Chimico	(Cattabeni)
Igienista	(Cavallaro)
Statista	(Buzzi)
l'Amnu	(Pezzetti)

Si deve tuttavia aspettare fino al 9/2/78 per assistere all'insediamento di questa commissione, a cui il Comitato di Quartiere portava delle richieste precise rispetto alla necessità di una sua costante presenza, al metodo per le indagini e per la verifica.

Ma dopo questa prima riunione cosa abbiano fatto questi signori non si sa, probabilmente niente (dice la gente: aspetteranno il bel tempo) di fatto non si sono più riuniti. Quello che è grave comunque è che già alla prima riunione non è stato definito alcun metodo di indagine, nessun programma di intervento, neppure scadenze precise di verifica.

Una seconda segnalazione alle autorità è stata fatta rispetto alla percentuale degli aborti spontanei avvenuti in questo periodo che è pari al 26%.

La realtà e la situazione di Figino può

essere meglio valutata tenendo conto anche che a Nord esistono situazioni ambientali tipo Pero e Rho, mentre più a Ovest c'è Settimo Milanese e Cornaredo, tutti paesi che hanno presentato da sempre (specialmente Pero e Rho) concentramenti industriali molto intensi e soprattutto con fabbriche (raffinerie - chimiche - fonderie) che scaricano nell'ambiente enormi quantità di polveri, fumi, gas al punto da portare Rho al primo posto nel mondo per i casi di tumori alla Laringe.

Quindi Figino non è un caso: oltre Rho e Pero, situazioni simili si trovano a Muggiano e a Corsico, tutte realtà situate in pochi chilometri quadrati.

A questo punto ogni commento può essere inutile, l'evidenza del « caso » Figino mette in rilievo come questa società e questo sistema distruggono ogni patrimonio ambientale e senza rispetto per la salute, per la vita dell'uomo.

Le autorità e la scienza hanno scoperto la loro insufficienza e la loro incapacità non solo di fronte ad un discorso di prevenzione, ma a dare risposte adeguate ad una reazione che si è innescata ma che rischia di portare, anche su questo terreno primario della vita, la rassegnazione.

Gravi ritardi si trovano anche nel Movimento Operaio, costantemente ricattato dalla crisi e dall'occupazione, che non riesce a produrre lo sforzo necessario perché nell'ambiente di lavoro partano e si impongano le indagini, gli SMAL e le modifiche necessarie a salvaguardare la salute e l'ambiente.

Ora il sistema capitalistico può essere superato anche partendo dallo slogan « la salute non si vende » ma è necessario dargli peso politico e riempirlo di contenuti riscoprendo un rapporto diverso con l'ambiente e la popolazione.

Vediamo come il Comitato di quartiere di Figino sta reagendo a questo attacco alla vita:

A) Anzitutto verso gli abitanti. Si è cercato di recuperare e intensificare un rapporto con la popolazione per capire i fatti e raccogliere informazioni, per poi ritornare queste ai cittadini attraverso volantini e assemblee. Inoltre si sta procedendo con assemblee per gruppi « omogenei » (Agrì-

coltori - lavoratori - casalinghe) per mettere a punto un questionario individuale, giungendo così ad una indagine epidemiologica di massa. Inoltre questo rapporto costante e preciso con la popolazione serve a dare ad essa gli strumenti necessari per capire e difendere meglio la propria salute.

B) Verso le autorità.

Incontri con le autorità comunali (Sindaco - Assessori) per giungere ad un coordinamento tra i vari settori (epidemiologici - ambientali) e soprattutto perché sia costantemente garantita la presenza di rappresentanti della gente, affinché metodi e contenuti e soprattutto i dati che emergono dalle varie indagini, siano sempre conosciuti e valutati dalla popolazione.

Inoltre si tratta di stabilire dei collegamenti precisi con Pero, Rho e Settimo affinché le indagini possano estendersi per tutta quest'area in modo da meglio determinare le cause.

Rispetto al Consiglio di Zona (decentramento del Comune), oltre al richiamo per la sua sostanziale assenza, si sta premendo affinché apra una indagine più ampia e metta a disposizione tutte le strutture ed il personale necessario.

C) Verso l'Inceneritore.

Pur coscienti che difficilmente l'inceneritore può essere la causa determinante di questa situazione (anche se vari elementi emersi dagli incontri con i cittadini e la popolazione hanno messo in luce non poche correlazioni tra danni agli ortaggi e periodi in cui l'inceneritore ha funzionato male se non addirittura senza gli elettrofiltri) rimane ancora il problema di una attenta verifica del suo funzionamento mettendo in moto tutte quelle analisi che fin'ora non si sono fatte.

Anche dagli incontri con i responsabili politici e tecnici dell'Amnu non è stato possibile avere il più piccolo dato: sul funzionamento, sulle analisi, e sui rifiuti inceneriti; proprio perché, ormai si è certi, non sono mai stati raccolti.

Tuttavia le molte contraddizioni emerse chiameranno a rispondere di precise responsabilità l'Amnu/Amne dell'Amnu. Comunque anche su questo terreno è necessario determinare un continuo controllo popolare, anzitutto perché alcune modifiche promesse (lavaggio fumi) siano mantenute; soprattutto, con la collaborazione del Consiglio dei Delegati, giungere al controllo periodico dei rifiuti.

Gerenzano: Assemblea di Medicina Democratica sulle cave e gli inceneritori

Riportiamo qui di seguito la mozione approvata nel corso dell'assemblea del convegno tenuto a Gerenzano (VA) il 18/3/1978.

L'assemblea di Medicina Democratica movimento di lotta per la salute nell'ambito del Convegno indetto a Gerenzano (Va) il 18 marzo '78 presso le Scuole Elementari di Via Zaffaroni su:

- LE CAVE

- GLI INCENERITORI

fra le altre, ha assunto le seguenti decisioni:

1) richiesta a tutte le Autorità amministrative, tecniche e politiche a livello comunale, provinciale e regionale di chiusura immediata e permanente di qualsiasi tipo di scarico nelle cave di Gerenzano al fine di impedire l'ulteriore avvelenamento dell'ambiente con particolare riferimento alla falda idrica;

2) realizzazione di un piano di bonifica delle cave suddette a spese di coloro che hanno gestito e scaricato nelle cave stesse;

3) al fine di attuare un piano tempestivo di bonifica delle cave è indispensabile realizzare una serie di interventi di cui Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute richiede, fra gli altri, copia scritta del contenuto degli interventi stessi. Pertanto si richiede copia di:

a) tutte le analisi chimiche e/o biologiche (a seconda degli scarichi) di tutti i rifiuti già scaricati, l'ente e/o i tecnici che hanno effettuato le analisi e le relative metodiche analitiche, comprensive del tipo di apparecchiatura utilizzata e della loro sensibilità analitica;

b) relazione tossicologica scritta sui rischi anche potenziali per l'uomo, gli animali e l'ambiente per ogni sostanza scaricata precedentemente, l'ente e/o i tecnici che hanno effettuato le ricerche e le relazioni in oggetto;

c) relazione scritta che documenti la localizzazione comunale e il nome delle industrie e/o enti (es. Ospedali, ecc.) che scaricavano e scaricano nelle cave di Gerenzano e se negli stessi comuni o in comuni limitrofi sono installati inceneritori e quali sono le caratteristiche di questi impianti;

d) tutte le relazioni scritte effettuate dall'ufficiale sanitario di Gerenzano, dal Medico provinciale, da altri tecnici e/o enti, concernenti i controlli analitici qualitativi e quantitativi sulle sostanze scaricate;

e) tutte le relazioni scritte effettuate sullo stato delle acque e del letto del torrente Bozente, sulle acque della roggia maestra, nonché sulle acque di superficie ed a cielo aperto delle cave di Gerenzano, effettuate dall'ufficiale sanitario, dal medico provinciale, da altri tecnici e/o enti concernenti i controlli analitici qualitativi e quantitativi di tutti i possibili inquinanti;

f) relazioni scritte di tutte le analisi qualitative e quantitative concernenti i vari CAROTAGGI effettuati nel terreno delle cave con particolare riferimento a quelle parti di cave riempite di rifiuti, gli enti e/o i tecnici che hanno effettuato le analisi del terreno i metodi analitici adottati e la loro sensibilità;

g) relazione scritta concernente la o le strutture tecniche ed igienico-sanitarie, nonché altri enti di cui si è avvalsa l'AMNU di Milano per attuare i controlli analitici nonché i dati analitici preventivamente prelevati (qualitativi e quantitativi), prima dell'effettuazione degli scarichi nelle cave;

h) relazioni scritte che documentino quantitativamente e qualitativamente nel tempo le tonnellate e/o i metri cubi dei vari tipi di rifiuti per ogni azienda, da quando si è iniziato a scaricare nelle cave di Gerenzano; tutto ciò al fine di acquisire dati certi sull'accumulazione e concentrazione di tossici in un'area delimitata in modo da realizzare le bonifiche delle cave, addebitando i costi a chi materialmente ha inquinato;

i) relazioni e dati sulle analisi di tutti i possibili inquinanti della falda idrica ed in particolare su tutti i pozzi delle acque, pubblici e privati, dei comuni di Gerenzano, Rescaldina, Uboldo, Cislago ed altre zone limitrofe che si rendes-

sero necessarie per la realizzazione di un'indagine adeguata sullo stato delle acque della falda idrica interessata;

l) relazione scritta sul tipo e/o i tipi di larvicida, sua composizione chimica, sue caratteristiche, sua tossicologia e suo consumo quantitativo giornaliero risultante dalle fatture o bolle di acquisto o da qualsiasi altro tipo di controllo;

m) relazione scritta sulla ditta che ha effettuato la derattizzazione, metodiche e sostanze utilizzate, con tutti i possibili riflessi sulla fauna locale (qualitativamente e quantitativamente);

n) tutte le eventuali relazioni scritte esistenti in materia sono richieste;

4) Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute chiede un incontro specifico con la commissione intercomunale (Gerenzano, Rescaldina, Uboldo) che è stata eletta per condurre ed elaborare proposte sulla problematica delle cave di Gerenzano;

5) *Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute si riserva, tra l'altro, di costituirsi parte civile nei confronti di tutti i responsabili dell'inquinamento provocato dagli scarichi attuati nelle cave di Gerenzano e denuncia già da ora che tutti gli scarichi in atto sono abusivi ed illegali in quanto la convenzione tra la ditta SORRI-CASTELLI e il Comune di Gerenzano non è mai stata deliberata dal Consiglio Comunale dal lontano marzo 1977 data in cui era stata sospesa dal consiglio Comunale stesso.*

Questa mozione è stata approvata all'unanimità dall'assemblea e sarà inviata a tutte le autorità amministrative, tecniche e politiche interessate a livello comunale, provinciale e regionale.

Inoltre, alla stessa sarà data la più ampia diffusione nel movimento a partire dalla popolazione di Gerenzano.

Gerenzano, ore 19 del 18 marzo 1978

Le fabbriche del cancro: ACNA

CANGEROGENI

Le fabbriche di coloranti: ACNA di Cesano Maderno

Capita sovente di litigare con chi di prevenzione, di bonifiche ambientali, di lotta all'inquinamento non ne vuole sapere, considerando tali questioni « variabili dipendenti », sottomesse all'unico (per lui) elemento indipendente: lo sviluppo industriale.

Spiace constatare che oggi – più che nel passato – ci si scontra su questi temi anche con forze che per tradizione dovrebbero essere ben più disponibili.

La sensibilità diffusa sui temi della salute e della lotta alla nocività del Capitale aumenta, mentre purtroppo tende a diminuire quella delle forze a cui tradizionalmente il movimento operaio, democratico, fa riferimento.

Il fascino discreto delle istituzioni fa scivolare sullo sfondo il ruolo principale, dominante, che devono avere i lavoratori: la non-delega mentre è riconosciuta sempre più come posizione corretta ed efficace dai lavoratori, è sovente slogan formale nella attività sindacale.

Che la salute non si deve vendere ormai lo sanno tutti, ma pericolosamente anche negli ambiti sindacali ci sembra ci sia chi pensa che non si possa lottare contemporaneamente per salute ed occupazione, ed allora cerca di salvare la seconda anche a scapito della prima, non conquistando poi né l'una né l'altra.

Ci sono però importanti momenti di resistenza a queste tendenze da sconfiggere. Pubblichiamo un documento di alcuni dei lavoratori che con tecnici e operatori sindacali hanno costituito un GRUPPO LAVORO AMINE AROMATICHE, che interviene sull'ACNA di CESANO MADERNO, lavorando contemporaneamente per costruire collegamenti con le fabbriche analoghe e approfondendo le conoscenze sulle amine cancerogene.

Questo gruppo di lavoro è uno di quegli esempi positivi di resistenza, anzi di inversione delle tendenze negative di cui parlavamo. Il documento offre considerazioni interessanti e materiali di lavoro, non solo per le fabbriche di coloranti.

Precisiamo che abbiamo dovuto ridurre – e parzialmente correggere – l'articolo per renderlo leggibile. Questo ci sembra non modifichi assolutamente le posizioni espresse.

Purtroppo abbiamo dovuto eliminare anche le « note » alle modifiche attuate e/o proposte dalla direzione ACNA, perché estremamente tecniche e incomprensibili senza una serie di precisazioni aggiuntive.

Invitiamo i lavoratori, i tecnici interessati a entrare in contatto con il Gruppo di Lavoro Amine Aromatiche.



L'intervento del gruppo amine aromatiche

Introduzione

Affrontare il tema della nocività in una fabbrica come l'ACNA di Cesano Maderno significa, prima di tutto, parlare della benzidina, della Dicloreobenzidina (DCB), e più in generale delle amine aromatiche cancerogene.

Va quindi precisato, per prima cosa, che siamo contrari alle posizioni che affermano: « Questo è un problema limitato, bisogna parlare di tutta la fabbrica ».

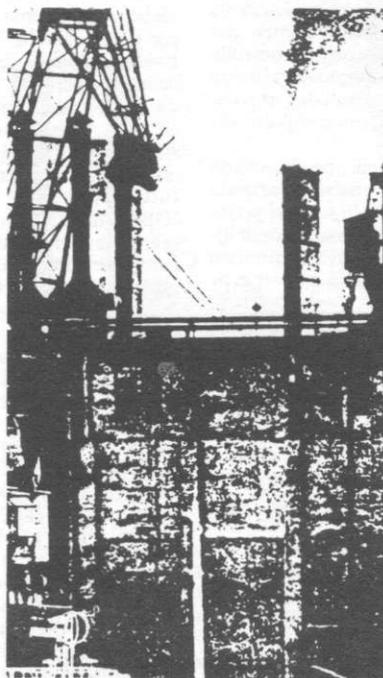
Siamo contrari, beninteso, non perché intendiamo parlare *solo* della DCB, ma perché questo ci sembra il problema più urgente, dato che la benzidina e simili, all'ACNA hanno già provocato 200 casi di tumore (dai dati dell'Ispettorato del Lavoro).

Non è quindi un problema limitato, ed è ovvio a chiunque che deve essere il punto di partenza di qualsiasi discorso sulla nocività, per lo meno all'ACNA. Sarebbe ridicolo infatti aprire una vertenza su un problema di epatopatia, o di allergia, senza avere *Prima* detto nulla sul cancro alla vescica.

La seconda osservazione da fare è che quello delle amine aromatiche, purtroppo, non è un problema solo dell'ACNA. I recenti casi dell'IPCA di Ciriè, della SBIC di Bergamo e della Saronio di Melegnano - assorbita dalla Montedison - lo hanno ampiamente dimostrato. Le altre due ACNA - Piacenza e Cengio - sono ugualmente, e tragicamente, coinvolte in questo discorso. Che si tratti nel nostro caso, di benzidina e DCB, e in altri di beta-naftilamina, 4-aminodifenile o simili, non fa alcuna differenza: tutte amine aromatiche, intermedi per coloranti e cancerogene. Non si può quindi affrontare il problema isolatamente, ignorando ad esempio che gli impianti di Cengio possono fare il nostro lavoro, e viceversa.

Non si può neppure ignorare che la Montedison è solita spostare le lavorazioni nocive - vedi il caso del bis-cloro metil etere di Castellanza - da fabbriche dove la contestazione è forte in aziende scarsamente sindacalizzate.

Ma questo è solo un aspetto del problema. Bisogna anche notare, infatti, che parte delle fabbriche che lavoravano amine sicuramente cancerogene sono attualmente chiuse - Sbic, Saronio e Ipca. Questo fatto dipende essenzialmente da ragioni di mercato, noi crediamo, dato che delle tre citate solo l'Ipca ha subito un processo. Ciò vuol dire che la chiusura è stata largamente indipendente da spinte a investimenti per l'ambiente di lavoro. Noi riteniamo, anzi, che eventuali battaglie sull'ambiente avrebbero potuto provocare un tempestivo mutamento degli indirizzi produttivi, con conseguente salvaguardia dell'occupazione. **NON È QUINDI PROPONIBILE LA CONTRAPPOSIZIONE FRA LOTTA PER MIGLIORI CONDIZIONI**



DI LAVORO E OCCUPAZIONE. In altre parole, anche per l'Acna di Cesano Maderno noi neghiamo la possibilità che la Montedison chiuda l'intero stabilimento o singoli reparti *solo* perché il CdF volesse aprire una lotta seria contro i rischi di tumore da lavoro, anche se riteniamo possibili strumentalizzazioni in questo senso da parte della direzione. Al contrario, è possibile che l'Ispettorato del Lavoro, o altra Autorità, giunga ad imporre tale chiusura, **NELLA CONSTATAZIONE DELLA MANCANZA DI ADEGUATE MISURE PREVENTIVE.** Se ciò accadesse, parte della responsabilità sarebbe anche nostra.

C'è da considerare infine lo stato economico dell'azienda, che non è affatto cattivo, e che ci permette di avanzare con buona possibilità di successo le richieste di bonifica ambientale.

Un'ultima premessa che occorre fare riguarda l'effetto di queste sostanze sull'uomo, e quello di tutti i composti cancerogeni in generale.

Al contrario degli effetti tossici, il potere cancerogeno di una sostanza chimica non dipende dalla sua concentrazione nell'ambiente, ma dalla dose assorbita dall'uomo, indipendentemente dal tempo impiegato per assorbitarla. Ciò vuol dire che a un operaio esposto al cancerogeno può venire il cancro *per una sola esposizione* che determini l'assorbimento di una dose efficace, oppure perché assorbe la medesima dose esponendosi a una dose efficace oppure perché assorbe la medesima dose espo-

nendosi a piccolissime concentrazioni per l'arco di tutta la vita.

A queste considerazioni va aggiunto che è probabile un effetto di sommazione o di moltiplicazione (sinergismo) dovuto all'esposizione ad altri stimoli cancerogeni.

Così all'Acna è da considerare, ad es., l'esposizione a dimetilsolfato e parafenilendiammina.

Infine, dal momento dell'assorbimento di una dose efficace, al momento della comparsa del cancro, di solito esiste un lungo periodo di apparente benessere, durante il quale sono presenti scarsi segni di malattia, o addirittura nessun sintomo: è il periodo di latenza. Questo periodo, per il cancro alla vescica, è in media di 15-18 anni, e può arrivare a oltre 40 anni. Ciò vuol dire che se un operaio smette di lavorare con un'amina aromatica cancerogena, può contrarre un cancro alla vescica da 15 a 40 anni *dopo* l'ultima esposizione.

DATO CHE NON SI CONOSCONO LE DOSI EFFICACI DELLE SOSTANZE CANCEROGENE, NÈ IL RECIPROCO SINERGISMO, queste premesse portano ad un'unica considerazione:

L'UNICO LIMITE AMMISSIBILE DI ESPOSIZIONE - MAC - È 0 (zero).

Infatti il cancro è una malattia incurabile, che conduce a morte l'ammalato, e che prima del decesso causa deperimento generale e gravissime sofferenze. L'unico intervento possibile è quindi quello preventivo, che impedisca la formazione del tumore, eliminando l'esposizione alla sostanza cancerogena.

Il concetto di MAC zero non è una nostra ipotesi di lavoro: basti per tutti citare l'OMS e l'Istituto Nazionale di Ricerca sulla Sicurezza della Francia che sostengono questa tesi.

Quali sono i possibili interventi

Lottare per ottenere il MAC zero per le sostanze cancerogene vuol dire essenzialmente intervenire sugli impianti e sulla produzione, con questi due obiettivi:

1) Realizzazione di un ciclo lavorativo completamente chiuso

2) Modifica del processo produttivo tale da non produrre e non manipolare più la sostanza cancerogena.

La chiusura del ciclo va intesa come misura temporanea, presa nella impossibilità di procedere altrimenti (per motivi produttivi o altro) e non esclude la sostituzione del composto cancerogeno; al contrario lo stesso costo delle misure di sicurezza deve essere stimolo per le aziende a percorrere la strada dell'alternativa produttiva.

Come si è mossa la Montedison e, più in generale, come si sono comportate le

aziende di coloranti?

Hanno *apparentemente* accettato tutte e due le indicazioni enunciate, beninteso quando ci sono state costrette, e *non senza aver prima lavorato per lunghi periodi in condizioni incredibili*. Anche questa affermazione si può verificare nella storia dell'Acna di Cesano Maderno.

L'effetto cancerogeno delle amine aromatiche è ben noto fin dal 1894. Ciò non ha impedito all'azienda di operare su cicli aperti per decenni. Solo la crescente contestazione degli operai, accompagnata da una maggior attenzione della stampa, degli organismi tecnici e di quelli di controllo ha indotto la direzione a muoversi in due direzioni: la parziale chiusura dell'impianto e la sostituzione di alcuni composti chimici.

Nel frattempo centinaia di operai avevano contratto cancro alla vescica; l'azienda aveva proceduto a controlli sanitari periodici senza che nessuno avesse la possibilità di verificare né *chi* veniva controllato (certamente non tutti quelli esposti a rischio) né *quali* esami venivano effettuati, e infine neppure i *risultati* di questi esami. Ciò ha portato alla situazione di oggi, in cui *nessuno* sa con precisione quanti casi di cancro alla vescica ci sono stati in fabbrica. Esaminiamo ora gli interventi della Montedison.

La sostituzione delle sostanze cancerogene

La Montedison, e più in generale le aziende di coloranti hanno essenzialmente cercato, senza trovarle, soluzioni che non costassero troppo, infatti:

a) La beta naftilamina è cancerogena. Viene sostituita dall'alfa naftilamina, che gli scienziati giudicano innocua. I due composti sono pressoché identici: l'unica differenza sta nella posizione del gruppo aminico sull'anello della naftalina.

Solo la comparsa di numerosi casi di cancro alla vescica di operai esposti *solo* all'alfa naftilamina ha fatto meditare sulla sua innocuità. C'è sempre però una scappatoia: l'alfa naftilamina non sarebbe cancerogena, ma siccome contiene sempre tracce di beta naftilamina, lo diviene per questo. Si tratterebbe quindi di « migliorare » i processi di purificazione dell'alfa naftilamina!!! (E poi magari dopo 20 anni di impiego si sarà costretti a ripensarci).

Questo perché, come per tutte le alternative **NESSUNO SI È PREOCCUPATO DI VERIFICARE L'INOCUITÀ** del composto chimico introdotto: lo si propone a intuito, e soprattutto sulla base del fatto che ha le stesse proprietà *tecniche e commerciali*.

Si propone, recentemente, un'altra alternativa: la fenilbetanaftilamina (PBNA). Quest'ultima differisce dalla beta naftilamina perché ha un radicale fenilico in più. L'introduzione è più recente, e quindi solo da due o tre anni si è scoperto che operai esposti a PBNA eliminano con le urine beta naftilamina, dato che il fenile in più viene staccato dal fegato. Quindi anche la scienza « ufficiale » si arrende e dichiara la PBNA cancerogena come la beta naftilamina.

b) L'anilina. Sono segnalati molti casi di cancro alla vescica, ma li si attribuiscono ad un'impurità del prodotto commerciale, il 4-aminodifenile. Ciò è una vera fortuna

per l'industria, dato che l'anilina ha un immenso mercato, mentre il 4-aminodifenile è molto meno usato. L'anisidina, l'auramina, il magenta sono le altre sostanze incriminate. Forse perché i casi di tumore segnalati sono ancora pochi, per loro non si trova un sostituto.

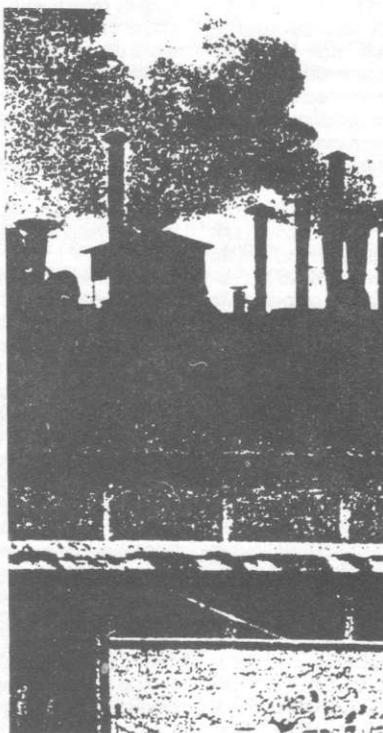
c) Parafenilendiammina. Anche per lei non c'è bisogno (per le aziende) di sostituti: tanto di casi di tumore sull'uomo non ne sono *ancora* segnalati. Non si capisce come mai, però, la parafenilendiammina viene proibita come colorante nelle tinture per capelli perché sospetta cancerogena! Evidentemente l'operaio è più resistente delle altre persone.

d) Benzidina. Come è ormai stranoto, all'Acna, viene sostituita con altri composti nei coloranti azoici, mentre viene introdotta, per i pigmenti, una molecola del tutto differente, la diclorobenzidina (DCB); ha due atomi di cloro in più! Fa niente se è chiaramente cancerogena per parecchie specie animali: siccome è stata introdotta da poco (ricordiamo il periodo di latenza: da 15 a 40 anni) e siccome gli operai esposti *solo* alla DCB sono pochi, nessuno ha ancora segnalato casi di cancro alla vescica, nell'uomo, *solo* da DCB. I casi di cancro comparsi nel frattempo si possono tranquillamente attribuire alla benzidina che era lavorata prima, dagli stessi operai, assieme alla DCB.

Ci vorranno altri 10 anni e qualche centinaio di morti, per convincere scienziati e padroni che la DCB (come è già successo per l'alfa naftilamina e la PBNA) è cancerogena anche per l'uomo?

Nel frattempo loschi figure come il Ghetti possono elaborare le loro tesi e le loro pubblicazioni scientifiche, veri esperimenti su cavie umane, e farsi una fama sulla pelle degli operai.

E NOI, NEL FRATTEMPO, CHE SIAMO QUELLI A CUI VIENE IL CANCRO, DOBBIAMO ACCETTARE QUESTA LOGICA?



Noi crediamo che già queste considerazioni siano sufficienti a farci considerare la DCB nella stessa maniera con cui consideriamo la benzidina, cioè come una sostanza *sicuramente* cancerogena. Sarà compito della direzione dimostrarci, senza ombra di dubbio, che *non lo è* e non certo compito nostro *dimostrare che lo è*, portando sul tavolo delle trattative un altro triste elenco di operai deceduti. Ma c'è di più. Un'indagine fatta proprio da alcuni di noi ha già dimostrato, purtroppo, i primi casi di cancro da DCB, e proprio all'ACNA.

Le nostre posizioni

La questione sanitaria

Ribadiamo innanzitutto che l'unico intervento efficace è quello preventivo, e che l'unico livello di esposizione tollerabile è zero. Ciò posto, però, siamo coscienti che purtroppo ci troviamo di fronte, all'ACNA, a livelli di esposizione ben più alti da controllare e quindi a danni alla salute da verificare. Non possiamo quindi che ribadire quanto segue:

a) Prima ancora di controllare i danni alla salute, è possibile verificare se e quanto l'operaio è stato esposto a rischio, ricercando con analisi di laboratorio quelle modificazioni del metabolismo che non indicano ancora nessuna malattia, ma che dimostrano un assorbimento delle sostanze cancerogene.

A questo proposito è possibile ricercare la transferrina insatura nel sangue e le amine aromatiche nelle urine (queste ultime con cromatografia).

Dato poi che, almeno per quello che sappiamo, pare che le vere sostanze cancerogene non siano i composti che assorbiamo direttamente, ma altre sostanze che si formano nel corpo a partire da quelle assorbite, è possibile ricercare queste ultime nel sangue e nelle urine.

b) Tutti gli operai esposti al contatto con amine aromatiche cancerogene devono essere sottoposti a controllo. Questo vuol dire che non basta controllare gli addetti alla trasposizione della DCB. Questo è il punto più pericoloso, ma non l'unico. Tutto il reparto produttivo è pericoloso, così come persiste il pericolo anche dopo tetratizzazione e copulazione della DCB. È noto infatti che operai che lavorano pigmento eliminano DCB con le urine. Ciò è dovuto alla formazione di DCB ad opera dell'intestino e del fegato. (Vedi i tre casi di tumore fra gli operai che lavorano le polveri).

Inoltre all'Acna vengono lavorate molte altre amine cancerogene: PBNA, anisidina, parafenilendiammina, difenilamina, alfa naftilamina, ecc. *Quindi il rischio si estende ben oltre il reparto basi binucleari*. Che ciò sia vero lo dimostra l'esame dei primi sessantotto casi di tumore che noi possediamo: solo una minoranza dei colpiti lavorava la DCB o la benzidina.

I recenti episodi di ematuria (sangue nelle urine) riscontrati dall'Ispettorato del Lavoro vanno perciò considerati per quello che sono: indice di estremo allarme per i lavoratori, dato che è un sintomo indicativo di un possibile processo tumorale alla vescica.

inquinamento-nocività

Sappiamo benissimo che il sangue nelle urine può essere presente per mille altri motivi: vorremmo sapere però con quale logica si deve pensare a un calcolo renale che colpisca contemporaneamente nove persone di un reparto, e non si deve invece sospettare una qualche causa comune, ad esempio la presenza di un composto cancerogeno per la vescica, dato che questo è proprio il caso del reparto in questione.

c) I controlli effettuali sugli operai devono essere resi omogenei e devono essere consegnati a ciascun operaio interessato, singolarmente. I dati statistici collettivi devono invece esser resi noti al CdF, che ha il compito di valutarli e di discuterne il significato con lo Smal e con i lavoratori tutti. Tenuto conto poi del lungo periodo di latenza, i controlli devono essere proseguiti praticamente per tutta la vita del lavoratore esposto e devono essere estesi a tutti coloro che in passato hanno lavorato a contatto con i composti in questione. Per quanto riguarda la qualità dei controlli, si ricordano brevemente gli aspetti principali.

Nel periodo di latenza può verificarsi l'assenza di qualsiasi sintomatologia. Costituiscono motivi di allarme tutti i segni di malessere generico, soprattutto se riguardano l'apparato urinario:

Malessere

Stanchezza eccessiva

Mal di testa

Dimagrimento

Difficoltà a urinare

Bruciori a urinare

Urinare spesso

Solo in qualche caso e piuttosto tardivamente appare il sangue nelle urine.

Questi sintomi possono essere rivelati tramite questionario. L'esame delle urine, di semplice esecuzione, può esserne il completamento.

La prima lesione a comparire è un tumore benigno: il polipo (o la poliposi). Sono possibili, a questo stadio, due tipi di esame: l'esame del sedimento urinario e quello cistoscopico.

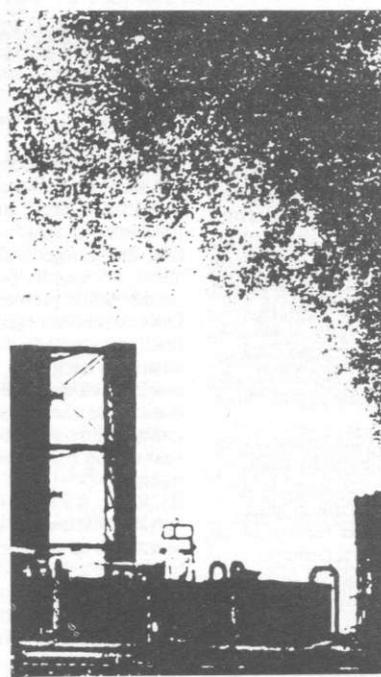
L'esame del sedimento serve per controllare le cellule che si staccano dalla vescica. Dato che alcune cellule si staccano, spesso, anche dal polipo, lo studio della forma delle cellule può (ma non sempre) mettere in evidenza cellule diverse da quelle che si staccano dalla vescica normale. *Questo esame non dà la sicurezza assoluta di assenza del tumore*: infatti le cellule di un tumore benigno sono molto simili a quelle normali e possono facilmente confondersi.

La cistoscopia si pratica infilando attraverso l'uretere un tubo direttamente nella vescica: un sistema ottico interno al tubo permette di guardare direttamente dentro la vescica, e quindi di vedere il polipo. Questo esame è relativamente più sicuro, anche se più fastidioso.

Deve essere eseguito con garanzie di sterilità e con il dovuto riguardo per il paziente.

In questo stadio è ancora possibile prevenire il cancro (tumore maligno) a patto che l'operaio sia immediatamente allontanato dal suo lavoro.

L'intervento medico consiste nell'estirpazione chirurgica del polipo. Dato che i polipi possono riformarsi lo stesso, e considerato il lungo periodo di latenza del cancro, l'operaio deve continuare ad essere controllato periodicamente. La presenza di un polipo può (ma non sempre) causare



ematuria.

Il polipo può in seguito trasformarsi in tumore maligno - che può comparire anche senza essere preceduto dal polipo.

In questo stadio l'esame del sedimento urinario diventa più sicuro, dato che le cellule di un tumore maligno sono molto differenti da quelle normali, ed è facile distinguerle: però molto spesso è troppo tardi, anche per l'intervento chirurgico.

Infatti quasi sempre un tumore maligno si riforma, ed è impossibile escludere che si sia riprodotto lontano dalla vescica, in qualche altro organo, dato che è caratteristica del cancro inviare cellule attraverso il sangue o la linfa in altri posti (soprattutto fegato e polmoni) e li formare nuovi tumori (metastasi).

Anche la cistoscopia è in grado di individuare il tumore.

In questi casi si deve asportare chirurgicamente l'intera vescica, con grave menomazione permanente dell'operaio. Il malato, ovviamente, deve continuare a controllarsi per tutta la vita.

d) Controlli analoghi devono essere programmati per coloro che sono esposti all'azione di altre sostanze cancerogene presenti all'Acna, come, ad es., il dimetilsolfato. È ovvio che i controlli dovranno essere effettuati sull'organo più frequentemente colpito (polmoni o altri).

e) deve essere messo immediatamente in atto un ciclo chiuso integrale per la lavorazione di ogni sostanza cancerogena. Il tempo necessario per i lavori dovrà necessariamente comportare la fermata tecnica degli impianti, con l'assicurazione integrale della paga per gli addetti alla lavorazione in questione.

Contemporaneamente devono essere avviati studi per la ricerca di prodotti alternativi alle sostanze cancerogene che devono, in ultima analisi, semplicemente scomparire dal processo produttivo.

f) Ma tutto ciò non è sufficiente. Purtroppo, infatti, il cancro alla vescica ha mietuto numerose vittime fra i lavoratori ACNA. È quindi necessario che i parenti dei morti o i malati, siano per lo meno risarciti del

danno subito, e garantiti dal punto di vista salariale.

Sarebbe inoltre strano che il sindacato si costituisse parte civile, per perseguire penalmente i responsabili, in cause contro ditte già chiuse, come la Saronio, e non facesse altrettanto nel caso dell'ACNA. Sappiamo bene che ci sono state molte difficoltà nel merito della presentazione di una denuncia contro la Montedison.

Noi riteniamo che sia ora di essere chiari su questo argomento, e che non sia possibile lasciare che sia solamente la CISL a continuare ad appoggiare la denuncia.

La questione dell'inquinamento

Un problema da non trascurare, quando si parla di fabbriche come l'ACNA, è quello degli scarichi delle acque e dei fumi, anche perché deve essere evitata la falsa contrapposizione fra operai che difendono il posto di lavoro e la popolazione che reagisce alla degradazione del suolo e dell'abitato provocata dall'inquinamento.

Questa contrapposizione può portare solo ad un irrigidimento delle posizioni, favorendo l'intransigenza di chi è esterno alla fabbrica, che chiede *comunque* la chiusura di una fonte di malattia e di morte, e di chi è interno alla fabbrica e si oppone *comunque* a qualsiasi « attacco » dell'esterno, favorendo le posizioni aziendali, sempre restie ad ogni opera di bonifica.

Va chiarito subito, a questo proposito, che per noi non è possibile nessun reale miglioramento delle condizioni di lavoro se non è accompagnato da misure atte ad eliminare l'inquinamento. Questo concetto è valido ancora di più, se così si può dire, quando si parla di cicli chiusi, che per definizione non prevedono scarichi, ma recupero e riciclo dei vari reagenti.

Inoltre, a chi può giovare uno scontro eventuale fra CdF e cittadini, se non all'azienda?

Solo un confronto chiaro, franco ed aperto, fra lavoratori e cittadinanza può evitare il rischio della contrapposizione più sopra ricordata (e purtroppo spesso verificatasi). In questo modo solamente si acquistano forze, invece di disperderle, e si può giungere, nei confronti dell'azienda, a richieste comuni della cittadinanza e dei lavoratori. Questo comporterebbe inoltre un fatto politico per noi di estrema importanza: la classe operaia assumerebbe *effettivamente* il suo ruolo dirigente nello sviluppo sociale.

Dobbiamo quindi dire chiaramente che l'Acna di Cesano (come quella di Cengio che ha avvelenato l'intera valle Bormida) non possiede impianti idonei alla depurazione delle sue acque di scarico, e che il problema delle emissioni gassose non è mai stato affrontato seriamente.

Di ciò sono corresponsabili gli organismi pubblici di sorveglianza: dal Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, al Comitato Regionale per l'Inquinamento Atmosferico della Lombardia, all'Ufficio d'Igiene, e agli Enti Locali.

Affermare questo vuol dire, a chiare lettere, mettere in guardia la POPOLAZIONE di Cesano Madreno dai gravissimi rischi cui è esposta, a causa della criminale incuria della Montedison. Non si tratta infatti di scaricare qualche acido, o fertilizzanti azotati, come sembra affermare la prima

sentenza del tribunale di Savona sull'Acna di Cengio: quelle che fuoriescono coi fumi dai camini e con le acque degli scarichi sono amine aromatiche cancerogene e metalli pesanti.

Non abbiamo dati diretti della situazione di Cesano M., ma ci basta citare due fatti: 1) A Cengio, attorno all'Acna, a causa degli scarichi nel terreno e nel fiume Bormida, è stata avvelenata l'intera valle. Amine aromatiche sono state ritrovate in pozzi di acqua potabile fino a 60 Km. di distanza! 2) Nei terreni attorno alla Saronio di Melegnano, là dove attualmente si sta costruendo la linea ferroviaria, sono state ritrovate amine aromatiche (fino a 670 mg. per Kg. di terreno) e quantità incredibili di metalli pesanti.

Noi non vediamo ragioni che facciano prevedere la situazione di Cesano M. migliore di quelle ricordate. La produzione è la stessa, ed è continuata per decine di anni.

Gli scarichi delle acque del reparto DCB prevedono un semplice trattamento con ipoclorito di sodio, che la stessa direzione ritiene inefficace ad innocuizzare la DCB. Le altre acque ricevono solo un trattamento correttivo del pH. Inoltre il « trattamento » previsto per quantitativi di acque di scarico molto più bassi di quelli reali.

Per i fumi, a parte gli scarichi della centrale termica, l'azienda dichiara di scaricare praticamente solo ossidi d'azoto dai reattori, e anche il CRIAL si è accontentato di un sistema di abbattimento ad umido (con acido cloridrico o soda) la cui resa dichiarata è dell'80.

Noi riteniamo che dai reattori arrivino coi fumi anche le amine aromatiche, e abbiamo il sospetto che giungano, anche se in tracce, composti ben più temibili, del tipo della diossina, per intenderci. Infatti durante il processo di produzione della dicloroanilina e della DCB si possono formare due impurità chimiche: il tetracloroazobenzene - TCAB - e il tetracloro-azossibenzene - TCAOB. Questi composti sono parenti prossimi della diossina, con la stessa attività biologica.

A nostro parere, quindi, va chiesta non solo l'analisi di acque, terreno e aria attorno all'Acna, e neppure soltanto la depurazione effettiva degli scarichi.

SI DEVE ORGANIZZARE IL CONTROLLO SANITARIO DELLA POPOLAZIONE CIRCOSTANTE, dato che essa è esposta a rischio allo stesso modo degli operai, anche se, c'è da presupporre, con minore intensità.

A questo proposito riteniamo indispensabile un'inchiesta epidemiologica sulla frequenza del cancro alla vescica fra i residenti della zona.

La questione organizzativa

Per affrontare in modo corretto i gravi problemi di cui finora si è parlato, si pongono al CdF, e più in generale agli operai dell'Acna, importanti compiti organizzativi da risolvere.

Il primo problema da risolvere è quello del coordinamento dei numerosi interventi che stanno convergendo sulla fabbrica.

Non è un compito facile, se teniamo conto che attualmente sono in Acna l'Ispettorato del Lavoro assieme ad un medico dello SMAL, il CRIAL, la Clinica del Lavoro di Milano, e che in un prossimo futuro entrerà anche il Laboratorio Provinciale di Igie-

ne e Profilassi (LPIP). A ciò si deve aggiungere il probabile intervento della Procura Penale del Lavoro.

Noi riteniamo che il centro dell'iniziativa debba restare, pur sempre, il CdF, e gli operai dell'Acna.

Per far ciò però dobbiamo renderci conto che non serve esorcizzare gli interventi, e soprattutto che è un atteggiamento profondamente sbagliato quello di lasciare che questi organismi facciano il loro mestiere, delegando loro, di fatto, la soluzione dei nostri problemi.

Dobbiamo esser capaci di portare avanti le nostre proposte in maniera tale che le altre strutture adeguino il loro intervento ad esse, ed evitare, invece, che succeda il contrario, cioè che noi si sia costretti ad inseguire le iniziative altrui. Ciò è possibile solo se non rinunciamo al nostro ruolo dirigente.

Il CRIAL, il LPIP e l'Ispettorato del Lavoro hanno il compito di verificare l'ambiente interno ed esterno alla fabbrica; noi abbiamo delle ipotesi ben precise su questi argomenti: facciamo in modo che esse diventino anche l'ipotesi di lavoro degli enti citati. Dobbiamo quindi controllare che le analisi e le verifiche vadano in quella direzione. Lo stesso principio vale per la Clinica del Lavoro, la quale inoltre deve essere indirizzata a lavorare in stretto collegamento con lo SMAL.

Quest'ultimo organismo merita un discorso a parte. Infatti la sua esistenza è frutto di precise richieste portate avanti dalla classe operaia, e proprio per questo si è dato un metodo di lavoro più aderente alle nostre necessità. Non importa quindi che sia in fabbrica su delega dell'Ispettorato del Lavoro: esso deve in ogni modo seguire la sua metodologia, che prevede il coinvolgimento degli operai, la verifica di ogni dato e analisi assieme al CdF, le assemblee di gruppo operaio omogeneo.

Che questa metodologia sia seguita in maniera corretta, dipende in gran parte da

noi. Non dobbiamo dimenticare infatti che la difesa della nostra salute non deve essere delegata neppure allo SMAL, e che quindi siamo noi a dover dirigere il suo intervento.

Ciò vale anche per i rapporti con il Comune e l'Ufficiale Sanitario: non vanno rifiutate dunque, come è successo, lettere che invitino il Sindaco ad espletare atti di legge verso la Montedison in diretto collegamento con noi.

Conclusioni

Detto questo, rimane da considerare l'aspetto economico e commerciale, che giustifica il mercato delle amine aromatiche. Solo da ciò, infatti, possiamo sperare di ricavare un'idea sulle reali dimensioni del problema, sui suoi riflessi produttivi e sanitari, e quindi sulla possibilità di costruire obiettivi credibili e realizzabili.

In Italia, le fabbriche che producono ed in vario modo utilizzano amine aromatiche sono migliaia. Esse variano dalle fabbriche di coloranti, alle industrie di vernici, ai tessili (nelle cucine colorati si sono verificati casi di cancro alla vescica), ai poligrafici (alla Fratelli Fabbri: 2 leucemie e 1 cancro alla vescica), alla gomma (nella vulcanizzazione può essere usata PBNA), alle resine poliuretaniche (Metilencloroanilina - MOKA - come accelerante), agli alimentari (ricordiamo l'acnalina da noi prodotto), ai farmaceutici (metilanilina).

Ciò pone enormi problemi di verifica, collegamento, organizzazione e coinvolgimento di strutture sindacali. A questo proposito esiste già uno strumento a disposizione del CdF Acna, nella misura in cui lo si voglia utilizzare: *il gruppo di lavoro amine aromatiche.*

Composto da medici, chimici, ingegneri, operai e sindacalisti, questo gruppo lavora da qualche mese alla soluzione di questi problemi: la stesura di questo stesso documento è stata resa possibile grazie alla sua esistenza.

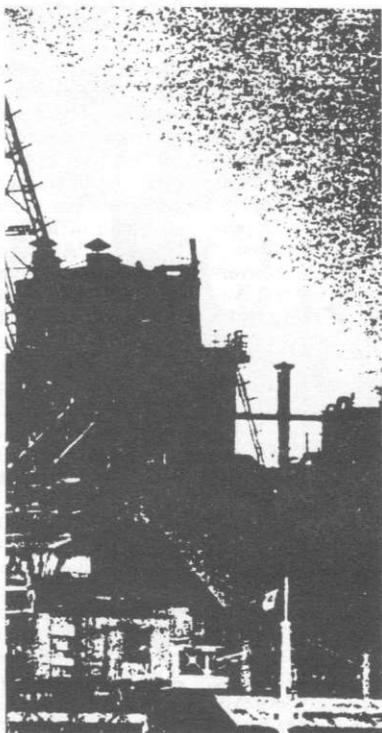
Lo scopo finale di questo impegno di lavoro è la costruzione di una vertenza nazionale sulle amine aromatiche, solo mezzo, crediamo, per giungere ad ottenere l'eliminazione effettiva, da ogni ciclo produttivo, di tutte le amine aromatiche cancerogene. Il compito è vasto, ma numerosi sono i possibili alleati, a cominciare dai lavoratori delle fabbriche interessate per finire coi cittadini danneggiati dall'inquinamento e con i consumatori tutti, che in qualche modo vengono pur sempre a contatto di queste sostanze cancerogene.

Entriamo così, nel concreto, in un campo che è stato un cavallo di battaglia del sindacato negli ultimi anni; e cioè nel campo del controllo degli investimenti.

Noi crediamo infatti che questa sia la maniera corretta per arrivare ad una battaglia reale sulla qualità della vita e sul *come, che cosa e perché produrre.*

Che questo non resti utopia, ma diventi possibilità concreta: nel campo dei colori la produzione delle multinazionali impone bisogni artificiali con la filosofia del colore brillante e della moda; sta a noi dimostrare la realtà di sofferenze umane e di degradazione dell'ambiente che ci sta dietro.

**Delegati e sindacalisti
del gruppo di lavoro
amine aromatiche**



Scheda sulle leggi vigenti contro l'inquinamento

Legge 10 maggio 1976 n° 319

Norme per la tutela delle acque dall'inquinamento. La legge ha per oggetto:

- a) la disciplina degli scarichi di qualsiasi tipo, pubblici e privati, diretti ed indiretti, in tutte le acque superficiali e sotterranee, interne e marine, sia pubbliche che private, nonché in fognature, sul suolo e nel sottosuolo.
- b) La formulazione di criteri generali per l'utilizzazione e lo scarico delle acque in materia di insediamenti.
- c) L'organizzazione dei pubblici servizi di acquedotto, fognature e depurazione.
- d) La redazione di un piano generale di risanamento delle acque, sulla base di piani regionali.
- e) Il rilevamento sistematico delle caratteristiche qualitative e quantitative dei corpi idrici.

Art. - Gli scarichi dei nuovi insediamenti produttivi sono soggetti alle seguenti norme:

- 1) nel caso di recapito in corpi d'acqua superficiali, debbono essere conformi, sin dall'attivazione, ai limiti di accettabilità di cui alla allegata tabella A;
- 2) Nel caso di recapito in pubbliche fognature debbono, prima dell'entrata in funzione dell'impianto centralizzato di depurazione, essere conformi ai limiti di accettabilità di cui alla allegata tabella C, e successivamente all'avvio del medesimo, adeguarsi ai limiti di accettabilità, alle norme e alle prescrizioni regolamentari stabilite dai comuni o dai consorzi intercomunali che gestiscono il pubblico servizio;
- 3) possono avere recapito sul suolo, anche adibito ad usi agricoli, o nel sottosuolo, nel rispetto delle norme igieniche stabilite dalle autorità sanitarie locali, sino all'emanazione della normativa specifica da parte delle autorità statali e regionali ai sensi del punto 2), voce e), dell'articolo 2 e della voce e) dell'articolo 4, cui si dovranno adeguare.

Art. 13. - Gli scarichi degli insediamenti produttivi esistenti sono soggetti alle seguenti norme:

- 1) se hanno recapito in corpi d'acqua superficiali, dovranno essere adeguati:
 - a) entro tre anni dall'entrata in vigore della presente legge, ai limiti di accettabilità di cui alla allegata tabella C;
 - b) entro i successivi sei anni, ai limiti provvisti dalla tabella A, secondo le modalità e le fasi temporali stabilite dai piani regionali di risanamento;
- 2) se hanno recapito in pubbliche fognature, dovranno essere adeguati:
 - a) entro tre anni dall'entrata in vigore della presente legge, ai limiti di accettabilità della allegata tabella C.

Legge regionale 19 agosto 1974 n° 48

Norme per la disciplina degli scarichi delle acque di rifiuto

Art. 6. - (Limiti di accettabilità degli scarichi in corpi d'acqua superficiali)

I limiti d'accettabilità da imporre agli scarichi in corpi d'acqua superficiali sono previsti dall'allegata Tabella A.

Detti limiti devono essere rispettati immediatamente:

- a) per gli scarichi di insediamenti produttivi nuovi o derivanti da mutate destinazioni, ampliamenti e ristrutturazioni edilizie o tecnologiche di insediamenti preesistenti;
- b) per gli scarichi provenienti da insediamenti abitativi di consistenza superiore a cinquanta vani o cinquemila metri cubi o aventi comunque capacità ricettiva superiore alle cinquanta persone.

È vietata l'immissione nei corpi di acqua superficiali degli scarichi dei nuovi insediamenti abitativi che non raggiungano la consistenza o la capacità ricettiva di cui al precedente comma lett. b); il loro recapito deve trovarsi in fognature, sul suolo o nel sottosuolo.

Allo scopo di mantenere i limiti di accettabilità finalizzati al massimo recupero ecologico ed allineati ai progressi tecnologici si

provvede ad aggiornarli nel piano di cui all'art. 3.

Art. 7. - (Regolamentazione degli scarichi degli insediamenti produttivi in fognature pubbliche)

La regolamentazione degli scarichi degli insediamenti produttivi in pubbliche fognature compete ai consorzi o agli Enti funzionalmente equiparati, preposti alla realizzazione ed alla gestione di impianti terminali di depurazione dei liquami.

Detta regolamentazione, che dovrà prevedere limiti e norme di pretrattamento degli scarichi in relazione alle caratteristiche tecniche dell'impianto terminale, sarà sottoposta all'approvazione della Giunta regionale e verrà applicata agli insediamenti produttivi nuovi o derivanti da mutate destinazioni, ampliamenti e ristrutturazioni edilizie o tecnologiche di insediamenti preesistenti.

Chiunque intenda versare scarichi di insediamenti produttivi in fognature pubbliche deve presentare domanda all'Ente pubblico preposto alla realizzazione e alla gestione dell'impianto terminale di depurazione dei liquami.

L'accoglimento della domanda è subordinato alla stipulazione di una convenzione che regoli gli aspetti tecnici ed economici del servizio richiesto, tenendo conto del costo della depurazione ed addebitando agli utenti quota parte degli oneri di investimento e delle spese di gestione in proporzione alla portata e al grado di inquinamento dei rispettivi scarichi osservati i criteri stabiliti dalla Regione ai fini dell'uniforme trattamento degli scarichi degli insediamenti produttivi nel proprio territorio.

Art. 8. - (Regolamentazione degli scarichi sul suolo e nel sottosuolo)

Sono vietati gli scarichi sul suolo e nel sottosuolo dei nuovi insediamenti produttivi, ivi compresi i nuovi stabilimenti zootecnici.

Gli scarichi sul suolo e nel sottosuolo provenienti da nuovi insediamenti abitativi e da nuove fognature pubbliche non devono superare i limiti di accettabilità fissati nell'allegata Tabella B, sempreché non si tratti di immissioni su terreni a destinazione agricola.

Norme complementari alla presente legge definiranno successivamente le modalità di smaltimento degli scarichi di cui al comma precedente o comunque provenienti da insediamenti di tipo agricolo.

È sempre consentito, qualunque sia la dimensione, l'accumulo di rifiuti organici da parte degli allevamenti zootecnici ai fini della loro utilizzazione per la coltivazione dei terreni.

Art. 14. - (Norme transitorie per gli scarichi in corpi d'acqua superficiali)

Gli scarichi in corpi d'acqua superficiali provenienti da insediamenti produttivi già esistenti devono, entro due anni dalla entrata in vigore della presente legge, conformarsi ai limiti di accettabilità previsti nella allegata Tabella C.

Il piano di cui all'art. 3 definirà le successive fasi temporali di disinquinamento ed i relativi limiti di accettabilità per gli scarichi di cui al primo comma del presente articolo, al fine di farli rientrare nei limiti di accettabilità previsti nella Tabella A entro dieci anni dall'entrata in vigore della presente legge.

Gli insediamenti produttivi per i quali, alla data di entrata in vigore della presente legge, sia stata ottenuta la licenza edilizia ma non ancora l'autorizzazione all'uso devono adeguare gli scarichi di cui al primo comma del presente articolo ai limiti previsti nell'allegata Tabella A entro un anno dal rilascio dell'autorizzazione.

Gli scarichi di origine domestica provenienti da insediamenti abitativi di consistenza inferiore a cinquanta vani o a cinquemila metri cubi, o comunque con capacità ricettiva inferiore a cinquanta persone, che abbiano già recapito in corpi d'acqua superficiali devono, entro quattro anni dall'entrata in vigore della presente legge, essere immessi in pubbliche fognature, sul suolo o nel sottosuolo, in conformità alle norme previste dalla presente legge per i nuovi scarichi.

Gli scarichi domestici provenienti da edifici di consistenza o capacità ricettiva superiori a quelle previste nel precedente comma e che abbiano già recapito in corpi d'acqua superficiali devono, entro quattro anni dall'entrata in vigore della presente legge, conformarsi ai limiti di accettabilità previsti nell'allegata Tabella A.

Art. 15. - (Norme transitorie per gli scarichi degli insediamenti produttivi nelle pubbliche fognature)
Fino all'entrata in vigore della regolamentazione prevista dal primo e dal secondo comma del precedente art. 7, gli scarichi dei nuovi complessi produttivi nelle pubbliche fognature devono conformarsi ai limiti di accettabilità previsti nell'allegata Tabella C.

La regolamentazione di cui al precedente comma dovrà prevedere le modalità ed i tempi di adeguamento per gli scarichi degli insediamenti produttivi per i quali, all'entrata in vigore della regolamentazione stessa, sia ottenuta la licenza edilizia ma non ancora l'autorizzazione all'uso.

Chiunque già versi o intenda versare scarichi di insediamenti produttivi in pubbliche fognature deve conformarsi, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, ai limiti di accettabilità previsti nella Tabella C. Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge i titolari degli insediamenti produttivi di cui al precedente comma devono presentare la domanda prevista dal terzo comma del precedente art. 7.

Le domande per allacciamenti nuovi sono accolte quando ne esista la possibilità tecnica a giudizio dell'Ente gestore.

In ogni caso l'accoglimento delle domande è subordinato alla stipulazione di una convenzione anche in sostituzione od in revisione di altra convenzione già in atto, che regoli gli aspetti tecnici ed economici del servizio richiesto, osservati i principi ed i criteri di cui all'ultimo comma del precedente art. 7.

L'immissione degli scarichi di insediamenti produttivi che trovano già recapito in pubbliche fognature, per i quali non sia stata presentata la domanda nel termine di cui al quarto comma del presente articolo ovvero non sia stata sottoscritta la relativa convenzione, dovrà cessare entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge ed effettuarsi mediante la realizzazione di scarichi diretti in corpi d'acqua superficiali con l'osservanza dei limiti previsti nella Tabella A.

Art. 16. - (Norme transitorie per gli scarichi sul suolo e nel sottosuolo)

Gli scarichi sul suolo e nel sottosuolo provenienti da insediamenti produttivi, ivi compresi gli stabilimenti zootecnici, devono cessare:

a) entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge se sono già in atto;

b) entro un anno dal rilascio dell'autorizzazione all'uso quando si tratti di insediamenti produttivi per i quali sia stata già ottenuta la licenza edilizia ma non ancora l'autorizzazione all'uso.

Gli scarichi di cui al comma precedente devono trovare recapito in corpi d'acqua superficiali o in pubbliche fognature, in conformità alle norme di cui ai precedenti artt. 6 e 7.

Gli scarichi in atto di insediamenti abitativi e di pubbliche fognature su terreni non adibiti ad uso agricolo o nel sottosuolo devono conformarsi ai limiti di accettabilità dell'allegata Tabella B entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge.

Fino all'entrata in vigore delle norme complementari previste al terzo comma del precedente art. 8 sono vietati gli scarichi su terreni adibiti ad uso agricolo provenienti da nuovi insediamenti abitativi e da nuove fognature pubbliche.

Art. 674 del Codice Penale

« Chiunque getta o versa, in un luogo di pubblico transito o in luogo privato ma di comune o di altrui uso, cose atte ad offendere o imbrattare o molestare persone, ovvero, nei casi non contemplati dalla legge, provoca emissioni di gas, di vapori o di fumo, atti a cagionare tali effetti, è punito con l'arresto fino ad un mese e con l'ammenda fino a lire ottantamila ».

REGIO DECRETO 27 luglio 1934, n. 1265

Art. 216. - *Delle lavorazioni insalubri.* - Le manifatture o fabbriche che producono vapori, gas o altre esalazioni insalubri o che possono riuscire in altro modo pericolose alla salute degli abitanti sono indicate in un elenco diviso in due classi.

La prima classe comprende quelle che debbono essere isolate nelle campagne e tenute lontane dalle abitazioni; la seconda quelle che esigono speciali cautele per la incolumità del vicinato.

Questo elenco, compilato dal Consiglio superiore di sanità, è approvato dal *Ministro della sanità*, sentito il *Ministro per l'industria* e il *commercio* e serve di norma per l'esecuzione delle presenti

disposizioni.

Le stesse norme stabilite per la formazione dell'elenco sono seguite per iscriverci ogni altra fabbrica o manifattura che posteriormente sia riconosciuta insalubre.

Una industria o manifattura la quale sia iscritta nella prima classe, può essere permessa nell'abitato, quante volte l'industriale che l'esercita provi che, per l'introduzione di nuovi metodi o speciali cautele, il suo esercizio non reca nocimento alla salute del vicinato.

Chiunque intende attivare una fabbrica o manifattura, compresa nel sopra indicato elenco, deve quindici giorni prima darne avviso per iscritto al Sindaco, il quale, quando lo ritenga necessario nell'interesse della salute pubblica, può vietarne l'attivazione o subordinarla a determinate cautele.

Il contravventore è punito con l'ammenda da lire 8.000 a lire 80.000.

Legge 13 luglio 1966 n° 615

È sottoposto alle norme di questa legge l'esercizio di impianti termici, alimentati con combustibili minerali solidi o liquidi, a ciclo continuo o occasionale, nonché l'esercizio di impianti industriali e di mezzi motorizzati, che diano luogo ad emissione in atmosfera di fumi, polveri, gas e odori di qualsiasi tipo atti ad alterare le normali condizioni di salubrità dell'aria e da costituire pertanto pregiudizio diretto o indiretto alla salute dei cittadini e danno ai beni pubblici o privati (art. 1).

Ai fini della prevenzione dell'inquinamento atmosferico, il territorio nazionale è suddiviso in due zone di controllo, denominate rispettivamente zona A e zona B (art. 2)

La zona A comprende:

1) i Comuni dell'Italia centro-settentrionale con popolazione da settantamila a trecentomila abitanti, ovvero con popolazione inferiore, ma con caratteristiche industriali o urbanistiche e geografiche o meteorologiche particolarmente sfavorevoli nei riguardi dell'inquinamento atmosferico, secondo il giudizio della Commissione centrale di cui all'articolo 2;

2) i Comuni dell'Italia meridionale od insulare con popolazione da trecentomila abitanti ad un milione, ovvero con popolazione inferiore, ma con caratteristiche industriali o urbanistiche e geografiche o meteorologiche particolarmente sfavorevoli nei riguardi dell'inquinamento atmosferico secondo il giudizio della predetta Commissione centrale;

3) le località che, a parere della stessa Commissione, rivestano un particolare interesse pubblico.

La zona B comprende:

1) i Comuni dell'Italia centro-settentrionali con popolazione superiore a 300.000 abitanti ed i Comuni dell'Italia meridionale ed insulare con popolazione superiore a 1.000.000 di abitanti;

2) i Comuni di cui sopra, con popolazione anche inferiore a quelle sopra indicate, purché presentanti caratteristiche industriali o urbanistiche o geografiche o meteorologiche particolarmente sfavorevoli nei riguardi dell'inquinamento atmosferico secondo il giudizio della predetta Commissione centrale.

Per il funzionamento degli impianti termici, sono consentiti, con le limitazioni appresso indicate, i seguenti combustibili.

Art. 13. - Sono consentiti con le limitazioni appresso indicate, i seguenti combustibili:

Olii combustibili fluidi con viscosità fino a 5 gradi Engler alla temperatura di 50 °C. e contenuto di zolfo non superiore al 3%.

La viscosità degli olii cui si fa riferimento nel presente testo si intende sempre determinata in gradi Engler alla temperatura di 50 °C; nel caso degli olii con viscosità superiore a 4 gradi Engler, è obbligatorio l'impiego di adeguata apparecchiatura di riscaldamento. L'impiego degli olii di cui sopra è libero nella zona A; nella zona B è libero per gli impianti industriali e per quelli superiori a 500 mila Kcal/h, mentre è consentito fino al 31 dicembre 1969 per gli impianti non industriali di potenzialità fino a 500 mila Kcal/h. I Comuni tuttavia potranno, con deliberazione del Consiglio comunale, stabilire un termine più breve per zone ed aree determinate.

Olii combustibili con viscosità superiori a 5 gradi Engler e contenuto in zolfo non superiore al 4%. Il loro impiego è limitato, previa domanda all'Amministrazione comunale, agli impianti industriali ed a quelli di potenzialità superiore a un milione di Kcal/h, per unità termica, con accertamento continuo della piena efficienza della combustione, da eseguirsi mediante il controllo delle emissioni, di cui all'articolo 15;

« Tutti gli stabilimenti industriali, oltre agli obblighi loro derivanti dalla classificazione come lavorazioni insalubri o pericolose, di cui all'art. 216 del testo unico delle leggi sanitarie, appro-

vato con regio decreto 27 luglio 1934, n° 1265, devono, in conformità al regolamento di esecuzione della presente legge, possedere impianti, installazioni o dispositivi tali da contenere entro i più ristretti limiti che il progresso della tecnica consenta, l'emissione di fumi o gas o polveri o esalazioni che, oltre a costituire comunque pericolo per la salute pubblica, possono contribuire all'inquinamento atmosferico.

Su richiesta delle autorità comunali o provinciali interessate, l'accertamento del contributo all'inquinamento atmosferico da parte degli stabilimenti industriali è affidato al Comitato regionale (art. 20)

D.P.R. 15 aprile 1971 n° 322

« Tutti gli impianti facenti parte degli stabilimenti industriali e che possono contribuire all'inquinamento atmosferico devono

possedere impianti di abbattimento atti a contenere le emissioni entro i più ristretti limiti che il progresso della tecnica consenta, favorendone la dispersione in tutte le condizioni di funzionamento degli impianti industriali a servizio dei quali sono realizzati. Per i più ristretti limiti che il progresso della tecnica consenta, si intendano i valori delle portate di inquinanti contenuti nelle emissioni che si rilevano quando, nella documentazione presentata per l'approvazione del progetto, risulti che gli impianti di abbattimento sono fra quelli più efficienti e praticamente realizzabili in relazione al tipo di impianto industriale cui sono collegati e alle caratteristiche qualitative e quantitative delle emissioni da trattare. (art. 3) ».

« In qualunque punto esterno ai perimetri industriali le immissioni dovute ai contributi complessi degli stabilimenti, non devono risultare superiori a ciascuno dei seguenti limiti » (art. 8)

INQUINAMENTI	Concentrazioni di punta 1013 millibar 25 °C			Concentrazioni medie 1013 millibar 25 °C	
	p.p.m. (mg/m ³)	durata del prelievo minuti	frequenza in 8 ore	p.p.m. (mg/m ³)	durata del prelievo ore
Ossidi di zolfo espressi come SO ₂	0,30 (0,79)	30	1	0,15 (0,39)	24
Cloro (Cl ₂)	0,20 (0,58)	30	1		
Acido cloridrico	0,20 (0,30)	30	1	0,03 (0,05)	24
Composti di fluoro espressi come fluoro	0,06	30	1	(0,02)	24
Solfuro di idrogeno (Idrogeno solfo- rato)	0,07 (0,10)		1	0,03 (0,04)	24
Sostanze organiche totali espresse come esano. Derivanti da raffineria	80,00	30	1	40,00	24
Ossidi di azoto (NO ₂)	0,30 (0,56)	30	1	0,10 (0,19)	24
Ossido di carbonio	50,00 (57,24)	30	1	20,00 (22,89)	8
Composti di piombo (Pb)	(0,05)	30	1	(0,01)	8
Polveri inerti sospese	(0,75)	120	1	(0,30)	24
Silice libera cristallina contenuta nelle polveri espressa come SiO ₂	(0,10)	120	1	(0,02)	24

1. I valori di pressione e di temperatura, riportati nella testata della tabella, si riferiscono alle condizioni di equivalenza fra le concentrazioni espresse come rapporti di volumi (p.p.m.) e come rapporti peso-volume di aria (mg/m³).

2. Come « concentrazioni medie » degli inquinamenti si intendono i valori risultanti dei rispettivi prelievi effettuati in modo continuativo ed a portata costante per la durata prescritta, oppure, nei casi in cui il metodo analitico non consenta l'esecuzione di prelievi lunghi, la media dei risultati di più determinazioni di durata minore eseguite successivamente nell'arco di tempo prescritto. Come « concentrazioni di punta » si intendono i valori risultanti da prelievi effettuati in modo continuativo ed a portata costante per la durata prescritta. Come « frequenza » si intende il numero di volte (stabilite in una per ogni otto ore) in cui le immissioni possono raggiungere i valori massimi indicati.

3. Sotto la voce « ossidi di zolfo » si intende la somma SO₂+SO₃, espressa come NO₂.

Sotto la voce « polveri inerti sospese » si intende compreso qualunque materiale particolato ad eccezione di quello avente azione tossica specifica.

Documento degli studenti organizzati del Monte Ore all'ITIS Cannizzaro di Rho

Come premessa intendiamo ribadire che questo documento è frutto soltanto degli organizzatori di queste attività, e pertanto non è assolutamente espressione della maggioranza degli studenti che dovranno esprimersi al più presto. Le acute resistenze che si sono opposte al varo del Monte ore, non hanno impedito che questo si facesse. Difatti la commissione paritetica istituita in seguito alla agitazione studentesca non ha fatto altro che prendere atto di come gli studenti ritenessero la conquista di uno spazio autogestito un loro diritto. Pertanto visto che il collegio dei professori pur bocciando le nostre proposte, non ha saputo (o voluto) proporre nulla in alternativa che andasse nel senso di un rinnovamento didattico, la commissione ha permesso che le nostre proposte fossero attuate con le attrezzature e i fondi della scuola; gli studenti si sono dovuti sobbarcare tutta l'organizzazione dei 3 corsi: alfabetizzazione sanitaria, energia nucleare e fonti alternative, musica e ricerca dei suoni, con tutte le difficoltà che tale tipo di organizzazione prevedeva. Difatti innumerevoli problemi e spese sono state incontrate per la ricerca di esperti qualificati, capaci di comunicare con la realtà studentesca, per concordare gli orari, che tenessero conto della situazione settimana per settimana, giorno per giorno, poiché i fatti su cui bisogna prendere coscienza sono molti e alcune volte imprevedibili. Lo stesso controllo delle presenze che sembrava uno dei punti che rendeva impraticabile questa attività, si è rivelata facilmente superabile con un minimo di impegno da parte delle classi, anche se non sempre è stato rigoroso. Comunque il Monte ore di quest'anno ha fatto un notevole salto di qualità; infatti tenendo conto delle passate esperienze si è impostata una struttura tra le più realistiche e responsabili che tenessero conto delle realtà nella nostra scuola, e che permettesse di raggiungere almeno in parte degli obiettivi qualificanti quali:

- A) trattare nella scuola argomenti nuovi voluti dagli studenti, aprire la scuola alla vita;
- B) trattare le materie tradizionali dando risalto a certi aspetti socialmente più importanti (es. salute) far entrare nuovi contenuti nelle materie che la scuola attuale non tratta;
- C) impostare un nuovo metodo di studio che parta dalla realtà concreta e che si fondi in primo luogo sulla ricerca in prima persona e collettiva degli studenti.
- D) una maggiore partecipazione degli studenti alla vita della scuola.

L'aver cominciato a delineare questi obiettivi, e l'aver cominciato ad avere acquisito anche se parzialmente certi contenuti ci sembra un risultato largamente positivo, anche se non si può nascondere che alcune classi del Biennio hanno dimostrato disinteresse sui temi affrontati e che il monte ore sulla salute sempre per il Biennio ha avuto una partecipazione decisamente inferiore al numero totale degli studenti. Questi dati devono farci riflettere su quale ruolo devono avere gli studenti più giovani nel rinnovamento della didattica e su che cosa si deve fare per stimolarne l'interesse.

Per quanto riguarda il corso sulla salute per il triennio questo ha avuto una buona partecipazione, la stessa cosa si può dire sostanzialmente per il corso sulla centrali nucleari. Il corso sulla Musica ha riscosso forse il più largo consenso fra gli studenti dimostrando quanto sia importante affrontare un simile argomento fra le masse studentesche e giovanili.

L'analisi che sinora abbiamo fatto deve essere il trampolino di lancio per una proposta di rinnovamento didattico più approfondita che fin dal prossimo anno si deve riiniziare. A questo proposito, sugli sbocchi che si presentano per il prossimo anno ci sembra prioritario operare su 2 terreni:

- 1) Che sbocchi offrono le materie trattate quest'anno nell'ambito della didattica.
- 2) Quali cose dovranno essere migliorate per il Monte ore di questo anno.

1) Per quanto riguarda gli sbocchi di questo Monte ore oltre al fatto che finalmente la scuola tratta anche argomenti diversi da quelli del programma, è possibile secondo noi inserire certi argomenti specifici all'interno delle normali ore di lezione e approfondirli con i professori.

Da questo punto di vista il senso che noi diamo al Monte ore è quello di un momento introduttivo su alcuni argomenti specifici che poi dovranno essere trattati

inquinamento-nocività

all'interno del corso di studi tradizionali. Ad esempio è possibile in Chimica Organica e in Analisi Strumentale trattare alcuni argomenti introdotti dal Monte ore: i coloranti, i cancerogeni chimici, gli additivi alimentari (la loro rilevazione su sostanze reali), le bioproteine, i farmaci, alcune analisi sul territorio e nei nostri laboratori.

Per Impianti è altresì possibile studiare impianti reali, le tecnologie usate nelle industrie della nostra zona (in collegamento con i CDF), la pericolosità di alcuni impianti.

Un discorso analogo vale per Chimica Industriale, anche Biologia per il Bientennio potrebbe essere usata molto più proficuamente orientandosi su alcuni argomenti, quali l'alimentazione umana.

In Italiano si potrebbe trattare seriamente la storia della musica collegandola col discorso letterario.

Chiaramente per uno studio di questo tipo è richiesto un cambiamento radicale dello stesso modo di insegnare e di apprendere, non più limitato alla lezione, ma ampliato alla ricerca e soprattutto all'analisi del reale, alla verifica sperimentale e anche alla critica e all'approfondimento collettivo; cosa che il monte ore di quest'anno non ha saputo dare e che bisogna raggiungere con un più proficuo lavoro in classe.

Il Monte ore quest'anno inoltre è servito ad accrescere il livello di partecipazione degli studenti alla realtà scolastica, partecipazione già emersa durante le lotte di febbraio ma soprattutto con la frequenza ai corsi (solo in conclusione non abbiamo superato le 350 unità). Un'altro sbocco importante è che ora siamo in grado di approfondire le conoscenze sulla situazione igienica dei luoghi in cui mangiamo (mensa) e soprattutto dei laboratori che già in passato hanno dato prova di insalubrità.

2) Il prossimo anno, tenuto conto della nuova realtà che si creerà nella scuola, si dovrà tenere conto delle esperienze di Monte Ore passate e non si escluderà l'utilizzo, anche per l'anno prossimo, di ore in cui si affronteranno gli argomenti che gli studenti proporranno per garantire una migliore crescita culturale.

3) Rifiutando il discorso delle libere aggregazioni ideologiche, potranno essere affrontati diversi argomenti

4) La struttura seminariale si è dimostrata piuttosto proficua ma è limitata rispetto ad una attività di approfondimento collettivo (che è un obiettivo qualificante); si propone per l'anno venturo una struttura che alterni rispettivamente l'incontro con l'esperto e un momento di approfondimento a piccoli gruppi (studenti della stessa classe senza libere aggregazioni ideologiche) che affrontino i temi già trattati con l'esperto.

Ad ogni punto trattato dovrebbe seguire un momento di approfondimento.



La salute dei lavoratori in ospedale

COORDINAMENTO SETTORE OSPEDALI di Medicina Democratica, Movimento di lotta per la salute. Milano Ospedale S. Carlo 6.5.78

Al coordinamento erano presenti compagni dell'ospedale S. Carlo di Milano, di Garbagnate, Varese, Lodi, Rho, del Centro di Medicina Preventiva del lavoro di Castellanza, dell'Ospedale S. Giuseppe di Milano.

È nata subito una prima considerazione nel valutare la non massiccia presenza dei compagni: una situazione generale di riflusso e in particolare oggi negli ospedali, considerato anche come si sta concludendo il contratto, il problema centrale è quello del salario, cioè di retribuzioni che garantiscono livelli di vita per lo meno dignitosi. Questo impedisce che l'attenzione dei lavoratori si fermi a considerare altri problemi altrettanto gravi e che richiedono interventi urgenti.

Gli stessi compagni presenti hanno affermato che nelle loro realtà i lavoratori esprimono l'esigenza ancora embrionale di un controllo sull'ambiente di lavoro che significa lottare contro la nocività, studiare e sviluppare forme di organizzazione del lavoro diverse dalle attuali.

Medicina Democratica ritiene che la lotta per la salute e la lotta per un salario più adeguato alle esigenze dei lavoratori non siano tra loro in alternativa; per questo intende proporre a tutti i compagni alcune riflessioni e ipotesi di lavoro che partendo dalla lotta per la salute affrontino in modo più complessivo la realtà dell'ospedale. I punti proposti vanno meglio studiati e verificati nella pratica, non solo, ma richiedono anche il contributo di quei compagni che stanno sviluppando esperienze in questo senso.

Qualità del lavoro e ruolo dell'ospedale

L'ospedale dovrebbe essere il luogo in cui viene recuperata la salute. La realtà è un'altra: l'inquinamento, la nocività nei luoghi di lavoro, l'as-

setto del territorio rendono inefficace la risposta che dà l'ospedale al bisogno di salute. Non solo lo stesso ospedale, come dimostrano alcune esperienze, diventa fonte di nocività sia per i lavoratori che per gli utenti.

La conseguenza è che l'asse principale dell'intervento sulla salute è la prevenzione, unico modo per garantire soluzioni efficaci e non mistificanti.

La nocività in ospedale assume anche un particolare aspetto relativo ai carichi di lavoro e quindi alla qualità dell'assistenza: siamo tra i paesi del MEC con il più basso rapporto infermieri-popolazione-posti letto. Occorre d'altra parte respingere la logica di monetizzare la salute, molto spesso considerata come un recupero salariale, visti i bassi livelli retributivi. Alcuni esempi di obiettivi da praticare dovrebbero essere:

- No alla monetizzazione del rischio radiologico (e di ogni altro rischio), ma sua eliminazione;
- rivedere tutto il problema dei turnisti per organizzare turni di servizio meno faticosi con riduzione dell'orario di lavoro;
- sviluppare lotte per l'adeguamento degli organici al fine di diminuire i carichi di lavoro.

Occorre soprattutto elaborare una nostra proposta di organizzazione del lavoro che elimini l'attuale gerarchia nei reparti, che eviti la parcellizzazione dell'intervento e che soprattutto tenga conto di quanto emerso dalle lotte dei lavoratori sulla salute in questi ultimi anni.

Il primo passo per elaborare una tale proposta è quello di studiare com'è oggi in Ospedale « il ciclo produttivo ».

Possiamo fare solo alcune ipotesi di lavoro:

- per i servizi generali (lavanderie, cucine, officina, uffici) è possibile fare riferimento a quanto già sperimentato in fabbrica: occorre ricostruire tutte le fasi di lavoro e le posizioni di lavoro riaffermando la centralità della soggettività dei lavoratori;
- il problema è più complesso per i reparti di cura, data la loro peculiarità e rispetto a questo non esistono esperienze già consolidate

che noi conosciamo: si può pensare di partire dal malato per verificare:

- di che tipo di ammalato si tratta;
- attraverso quali reparti passa;
- quali servizi utilizza;
- che intervento quanti-qualitativo riceve.

Questo approccio al problema è tutto da verificare; altri potrebbero essere i punti di partenza.

Controllo sulla spesa sanitaria

Un secondo discorso che è emerso dalle varie esperienze e su cui occorre richiamare l'attenzione di tutti i lavoratori è il controllo della spesa sanitaria. Esistono alcuni esempi macroscopici di spreco del pubblico denaro: l'Ospedale « Nuovo » a Monza in costruzione da più di dieci anni, l'ospedale S. Paolo a Milano, costruito da anni e tutt'ora fermo.

All'interno degli stessi ospedali i lavoratori possono svolgere un'attività di controllo sugli acquisti di materiale, di strumenti; molto spesso c'è una rincorsa al macchinario più sofisticato.

Infine come terzo aspetto dell'ingigantirsi della spesa sanitaria c'è tutta l'attività che svolgono i consorzi sanitari: ci siamo accorti che l'attività di gran parte dei consorzi sanitari alimenta la crescita del bisogno sanitario giustificato da un'errata concezione della prevenzione.

Non è con gli « screening di massa » che si risponde correttamente alla esigenza di salute della gente, anzi, il fatto politicamente più grave è mascherare diagnosi precoci come reale prevenzione. Assistiamo ad un incremento di esami radiologici o esami del sangue praticati indiscriminatamente sulla popolazione scolastica senza un reale « depistage » di massa che garantisca interventi mirati. I risvolti negativi sono molteplici: da una parte la nocività procurata agli utenti, dall'altra una sospetta disponibilità dei primari ad accogliere queste richieste a fronte di un

aumento delle proprie compartecipazioni.

Un primo modo per rovesciare questa tendenza che potremmo definire «cattura del territorio da parte dell'ospedale» è porre i consigli dei delegati degli ospedali, e quindi il CUZ, utenti, come soggetti attivi del controllo chiedendo:

- 1) che non esistano rapporti esclusivi tra Consorzi Sanitari di Zona e amministrazioni ospedaliere, ma che il consiglio dei delegati sia sempre interpellato per qualunque convenzione;
- 2) che non siano stipulate convenzioni fra consorzi sanitari e strutture private.

Infine altri due punti affrontati nella discussione sono stati:

- a) il problema dei medici ospedaliere: Medicina Democratica, Movimento di Lotta per la salute, esprime il proprio dissenso rispetto allo sciopero corporativo che in questo periodo i medici stanno praticando. Comunque il discorso è più complesso e le critiche vanno rivolte al governo che, garantendo aumenti considerevoli a medici mutualisti e rispolverando attraverso la riforma sanitaria nuove possibilità di attività libero professionali, favorisce scelte per il tempo definito a scapito del tempo pieno;
- b) fondamentale per cambiare il modo di gestire la salute sul territorio e in ospedale è il problema della formazione del personale: occorre impostare un metodo didattico basato sull'interdisciplinarietà, sul lavoro di gruppo.

Il coordinamento ospedaliere di Medicina Democratica

ha anche trattato della situazione sanitaria in Eritrea. Questo in seguito alle richieste di iniziative di appoggio del Fronte Popolare di Liberazione Eritreo.

Il Coordinamento ha deciso di portare all'interno degli ospedali la storia e la lotta del popolo eritreo e di promuovere un'azione di sensibilizzazione politica con delle concrete azioni di sostegno.

Infatti Medicina Democratica movimento di lotta per la salute insieme

alla lega per la liberazione dei popoli e alla Federazione Cgil-Cisl-Uil di Milano ha sottoscritto un documento che fra gli altri verrà inviato al governo di Cuba che:

- riconosce il diritto del popolo eritreo all'autodeterminazione condividendone la lotta;
- chiede l'allontanamento delle truppe straniere dall'Eritrea;
- propone l'apertura di trattative per la risoluzione del conflitto.

Alla richiesta fatta dalla FLPE di materiale sanitario e personale medico Medicina Democratica, che ha inviato i suoi rappresentanti in Eritrea, tramite questo Coordinamento fa un invito pressante alle sue sezioni e ai suoi militanti di raccogliere il seguente materiale sanitario da inviare in Eritrea:

- elettrocardiografi portatili
- materiali di sutura

- sterilizzatori
- materiali di analisi di laboratorio in particolare centrifughe
- materiale per la traumatologia e l'oculistica

Il personale medico disponibile si pensa debba svolgere un ruolo di formazione di base sanitaria per operatori sanitari eritrei. Inoltre si fa richiesta dei farmaci più comuni che possono essere raccolti e inviati in Eritrea insieme all'altro materiale.

Invitiamo a fare riferimento ai responsabili per le questioni internazionali di Medicina Democratica e cioè per il nord-Italia a Paolo Setti, via P. Sarpi 8, tel. 02/3180125-8431963 - per il centro-Italia a Augusto Puccetti (ved. referente di Massa) - per il sud-Italia Massimo Menegozzo (ved. referente di Napoli).



Università, scuole professionali socio-sanitarie, « Educazione sanitaria » popolare.

Il settore Formazione dell'Operatore Sanitario di Medicina Democratica, Movimento di Lotta per la Salute, del quale si propone oggi il cambiamento di denominazione in « Settore Formazione Socio-Sanitaria », era nel movimento nato nelle università quando questo, a partire dal novembre 76, ha elaborato quell'analisi sul numero programmato che ha tenuto congelato finora le decisioni già allora prese in forma operativa su questo punto da governo e partiti dell'attuale « accordo a cinque e mezzo ». Si pensi all'enorme mobilitazione diffusa in tutta Italia, alla manifestazione dei 150.000 a Roma il 12 marzo 77, ecc. Il discorso dell'operatore sanitario, già esteso sul versante dei paramedici in quei primi coordinamenti nazionali del settore FOS di MD (vedi documento del 18-19 dic. 76 a pag. 18-19 del n° 5 della rivista) cui parteciparono lavoratori universitari e delle scuole per paramedici, operatori e allievi operatori socio-sanitari, insieme ad avanguardie significative del movimento degli studenti universitari di Roma, Bologna, Palermo, Milano, Padova, Torino, Pisa, Firenze, Napoli, Pavia, Perugia, Genova, Trieste, Parma, Catania, Ferrara, Trento, Brescia, Cagliari, Sassari, Cosenza, Urbino, Modena, Varese, sboccò a partire dal marzo 77 nelle lotte del movimento dei corsisti paramedici, giungendo ad un notevole livello di unificazione degli obiettivi di questo movimento con quelli dei collettivi degli studenti universitari di medicina (vedi documento a pag. 28-29 del n° 6, di giugno, della rivista) coinvolgendo, insieme a studenti e lavoratori universitari, operatori socio-sanitari e corsisti di scuole per infermieri generici e professionali, terapisti, tecnici, assistenti sanitari e sociali, di Ancona, Arezzo, l'Aquila, Belluno, Bergamo, Bologna, Brescia, Brindisi, Crema, Cuneo, Ferrara, Firenze, Foggia, Garbagnate, Lodi, Genova, Gorizia, Messina, Milano, Modena, Napoli, Pavia, Perugia, Pescara, Reggio Calabria, Rho, Rieti, Roma, Tortona, Venezia, Verona.

All'interno del movimento dei precari universitari la linea di MD si è confrontata in molte occasioni importanti, tra cui l'assemblea nazionale unitaria CGIL-CISL-UIL dei quadri sindacali universitari il 21 gennaio 1977 a Roma, le due assemblee dell'8 feb-

braio 77 a Magistero e a Lettere a Bologna che diedero inizio all'occupazione di quella università, gli interventi sui nn. 5 e 9 della rivista.

Partite le lotte, i suddetti settori di movimento, forse per una distorta opinione della propria autonomia, hanno sottovalutato, a partire dall'estate 77, la possibilità di utilizzare ulteriormente gli strumenti di MD per rimettere in fase a livello nazionale le lotte locali, per riflettere scientificamente sui contenuti e sull'organizzazione della « didattica », sempre trascurata a torto.

Inizia il movimento del 77

Il settore FOS di MD non aveva uno spazio proprio alla fondazione di MD. Il congresso di fondazione decise di discutere di « ospedali ed università » in un'unica commissione, ma risultò impossibile proseguire in tale formula.

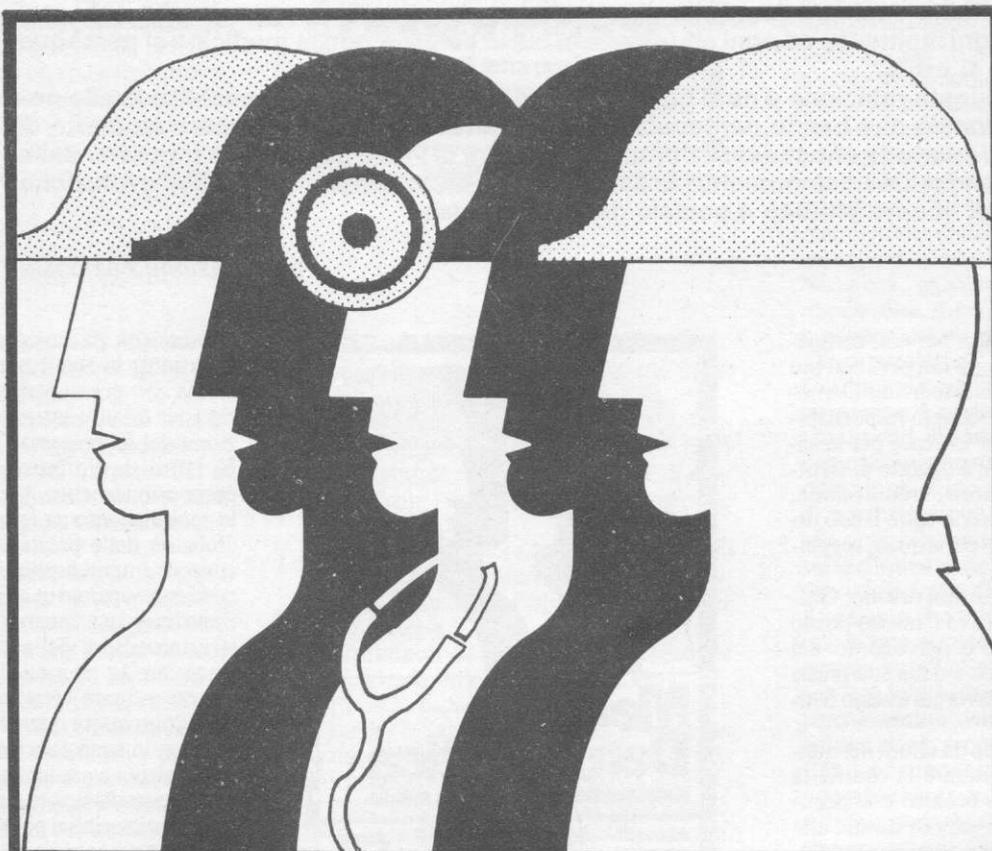
Al coordinamento nazionale del 13-14 nov. 76, a Napoli la sezione provinciale di Pavia propose l'inizio di un dibattito sulla formazione dell'operatore sanitario, presentando una scaletta in 12 punti, articolata, riportata a pag. 17-18 del n° 5 della rivista. Il governo stava per sfornare i tre progetti di legge Malfatti sull'Università, sulla Facoltà di Medicina, sulla Scuola Secondaria, affiancandoli con circolari reazionarie e consultazioni nazionali delle autorità accademiche; il tutto nel disegno generale « di attacco alla classe operaia e al movimento popolare, indirizzato ad un recupero del controllo sulle istituzioni, ad un aumento della disoccupazione e della dipendenza economica e tecnologica imposta dalla divisione internazionale del lavoro, sulla linea dei sacrifici, della riduzione progressiva della forza produttiva, della divisione selettiva, fin dalla scuola, della forza lavoro, operata dalla differenziazione a vari livelli dei titoli di studio, della loro moltiplicazione, svalutazione, superspecializzazione ». Tra i cardini di tale offensiva il numero programmato a Medicina e la liquidazione dei docenti precari universitari.

L'analisi è effettuata con lucidità e prontezza dal movimento entro il 19

dic. 76 (pag. 18-19 del n° 5 della rivista) in due coordinamenti di settore indetti da MD a Pavia e a Firenze. Si pronunciano collettivi universitari di tutta Italia, da Palermo a Trieste. MD distribuisce in tutta Italia i testi delle proposte di legge Malfatti e delle controproposte dei partiti politici, corredati di un minimo di annotazioni. Il suo ruolo non è solo quello di proporsi come punto di riferimento organizzativo per la realizzazione di tali coordinamenti nazionali di movimento e di fornire informazione tempestiva di massa, di proporsi come garante della più ampia autonomia degli organismi di massa che intervengono e delle loro decisioni, ma anche quello di costringere al confronto con gli studenti universitari altre categorie di studenti e di lavoratori: corsisti paramedici, docenti universitari e di scuole paramediche, medici, paramedici.

Sulla manovra del governo d'imporre il numero programmato a Medicina vengono effettuate delle scelte politiche chiare e motivate, dopo aver smascherato il significato ampio che tale manovra ha come tentativo di riaffermare il ruolo di repressione e controllo sociale, tradizionale della medicina; manovra che rappresenta un attacco diretto a tutta la classe operaia ed alle masse popolari. Anche il discorso su la specializzazione in campo medico e paramedico, rifiutando titoli di merito burocratici e monetizzati, spesso occasione di lavoro nero, optando invece per una professionalità da specializzare attraverso lavoro qualificante nel territorio, secondo le esigenze delle strutture in cui si opera, chiarisce un discorso più generale che è anche il discorso attualissimo di tutti i lavoratori precari dell'Università.

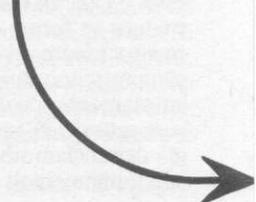
Indubbiamente è stata la mobilitazione del settore studentesco medio, universitario e paramedico, sempre più coinvolto nella lotta per la salute, contro la nocività dell'ambiente di lavoro, l'inquinamento del territorio, la speculazione nelle scelte energetiche ed agro-alimentari, che ha reso possibile la riuscita d'iniziativa di MD soprattutto nel settore dell'alimentazione, con la partecipazione di lavoratori e tecnici, strutture sindacali, FILIA, CUZ, FULC, Consigli di Fabbrica,



Medicina Democratica

movimento di lotta per la salute

**secondo congresso nazionale 9 11 giugno
C.T.O. aula congressi-Ig. Palagi 1, Firenze**



2° CONGRESSO NAZIONALE di Medicina Democratica

La relazione riportata in questo decimo numero che esce in occasione del secondo congresso nazionale è una proposta di riflessione che la segreteria nazionale offre al dibattito congressuale e all'attenzione di tutti i compagni. Il suo carattere sintetico è necessariamente motivato dall'esigenza di approfondire assieme l'analisi e di scoprire una pratica conseguente che abbracci ogni momento ed ogni situazione in cui la salute e non la medicina si persegue e si attua.

Questa relazione è nata da più incontri fra compagni responsabili a livello nazionale che hanno perseguito come obiettivo quello di ricercare un punto di riferimento che tenesse conto dei due anni di vita e di iniziative trascorsi dalla fondazione del momento organizzato del movimento, nonché dell'evoluzione del quadro politico e sociale del nostro paese.

La redazione nazionale

« Siamo qui noi, ma non per noi, compagni ma per altri compagni ma per i ben più tanti che attendono da Medicina Democratica non solo un messaggio responsabile, ma anche un'azione efficace per la salute e la integrità di chi è oggetto di sfruttamento, emarginazione, repressione, onde questi ne emerga con tutto il suo diritto e la sua capacità di porsi quale soggetto politico primario ».

Con queste parole, due anni orsono, Giulio Maccacaro introduceva il nostro primo Congresso Nazionale; è nel ricordo del suo impegno scientifico e della sua prassi politica che apriamo i lavori di questo congresso.

Molte cose sono mutate da allora nel quadro sociale, ma immutata è la centralità del nostro riferimento politico e la peculiarità della nostra richiesta di salute: alla domanda spontanea che tutti ci rivolgiamo su quale salute intendiamo realizzare e su quali impedimenti le si frappongono, risponde con altrettanta chiarezza la ragione che ci vede impegnati in questo momento e in questo movimento: questo sistema per riprodurre se stesso riproduce profitto e sfruttamento, emarginazione e malessere, nocività e inquinamento, malattia e morte.

È di questa riproduzione che dobbiamo innanzitutto parlare, è sui suoi meccanismi che vogliamo discutere perchè salute e malattie non hanno altra implicazione diretta ed immediata che con essa. Quanto questo politico e sociale si traduca in forme e processi di deterioramento progressivo della salute, quanto sempre meno dunque sia un riferimento strettamente ideologico, è dimostrato dal conseguire dell'aggravarsi di una crisi che già denunciavamo nelle sue cause e nelle sue fondamentali manifestazioni.



1) La crisi economica

Ragioni nazionali e sovranazionali di gestione di mercato dei beni, dei capitali, delle risorse energetiche, delle forze di lavoro, - per il nostro contesto - anche le lotte operaie hanno, maturato una crisi del modello di sviluppo capitalistico che è, parallelamente, crisi quantitativa del suo progetto.

Nel ricatto di un lavoro sempre meno disponibile e di un benessere perennemente rinviato, il capitale tenta di risolvere la sua crisi di crescita riducendo l'ampiezza numerica della classe lavoratrice e la sua crisi di qualità comprimendone il peso politico. Per il primo aspetto

a) l'incentivazione dei ritmi, l'aumento

dei carichi di lavoro, l'assommarsi di mansioni, la sostituzione della qualifica stessa con premi forfettari, lo straordinario (per quanto attiene la singola prestazione del lavoratore)

b) i turni, la diminuzione degli organici, il prepensionamento il mancato turn-over, la mobilità interna (per quanto attiene la globalità delle prestazioni dei lavoratori) sono strumenti espliciti e ben presenti alla coscienza operaia in cui il capitale tenta di riprodurre accrescendolo, il ciclo dello sfruttamento e della nocività, e tenta di rinnovare la ragione della sua sopravvivenza: a quote crescenti di lavoro corrispondono quote decrescenti di lavoratori. Ma non vi sono solo implicazioni di natura oggettiva o « quantitativa » nel rilancio dell'accumulazione, emergono anche implicazioni sociali e politiche: si impone un mutamento nel rapporto di forza fra capitale e lavoro.

Esso è costretto a tentare di realizzare il restringimento della classe operaia stabile attraverso due meccanismi: il primo si traduce in un minore numero di occupati stabili in assoluto; il secondo si manifesta nello scorporamento del rapporto dei lavoratori con il ciclo produttivo mediante il decentramento produttivo, l'appalto, il subappalto e si traduce in un minor numero di occupati « interni » al ciclo stesso; essi sono compresi nell'organizzazione del lavoro ma non nel relativo organico di lavoro; ne deriva non solo una riduzione dei soggetti lavoratori, ma soprattutto una frammentazione dei lavoratori, come soggetto e come classe.

Noi non intendiamo denunciare esclusivamente l'incrementarsi della disoccupazione e del lavoro nero, del precariato e del decentramento produttivo, dell'aumentata nocività per l'aumento di sfruttamento,

e l'esportazione di questo e di quello dalla fabbrica al territorio; intendiamo richiamare soprattutto l'attenzione sul fatto che ciò che si sta tentando di colpire non è solo l'oggettività di un rapporto produttivo, ma la soggettività politica stessa della classe. Alle lotte operaie ed al potere conquistato, il capitale risponde tentando di smembrare la classe, decentrandola, rendendola precaria, emarginandola dal luogo di produzione per allontanare la conflittualità che ivi si riproduce come rapporto soggettivo e collettivo insomma per toglier quel potere che le lotte degli ultimi anni avevano conquistato e con il quale la classe iniziava a porre in discussione non solo il modo di produrre ma anche per come e cosa produrre. Questo obiettivo del sistema non può che passare attraverso la disgregazione di quei momenti di organizzazione che la C.O. ha saputo esprimere e che sono i C.d.F., gruppi omogenei, i gruppi di prevenzione e di igiene ambientale, attraverso cui la classe esprime la propria soggettività e la traduce in trasformazione del processo produttivo a difesa della salute e della popolazione sul territorio.

I tentativi attuati contro cui il movimento deve battersi uscendo anche all'esterno del luogo di lavoro sono:

- la mobilità come presupposto sostanziale di rottura del Gruppo Omogeneo
- il decentramento del lavoro che ha come conseguenza oltre alla espropriazione della soggettività, anche l'espropriazione di conoscenza

- il reclutamento padronale di fasce progressivamente marginali di lavoratori (casalinghe, anziani, giovani, detenuti) per il lavoro precario e nero che inducono meccanismi di competitività fra lavoratori ed emarginati e fra gli emarginati stessi.

In questo modo si tenta di ridurre la conflittualità interna fra lavoratori e padroni al luogo di produzione sviluppando quella esterna fra le masse popolari stesse.

- gli aspetti ideologici del moderno consumismo che vengono riproposti in maniera ulteriormente e pesantemente alienante (es. i televisori a colori). Per tutti questi motivi il rapporto produttivo si trasforma in semplice rapporto che non può e non sa cogliere l'intero meccanismo di estrazione di profitto ma è relegato all'informazione su mansioni separate nello stesso modo in cui la malattia tende ad apparire fenomeno marginale nella logica dell'organizzazione sociale. Il gruppo omogeneo dei lavoratori in questo modo viene aggredito sia come collettività di soggetti, sia nell'omogeneità ai cicli, sia nella sua soggettività collettiva. Il capitale cerca di uscire dalla sua crisi mettendo in crisi l'organizzazione di classe dei lavoratori:

a) mutandola in ampiezza (riduzione, espulsione, disoccupazione)

b) mutilandola nella sua qualità (disgregazione, decentramento, ampliamento della stratificazione interna, induzione di



meccanismi di competitività al suo interno)

c) sottraendo potere economico (attraverso l'inflazione e la politica dei prezzi)

d) negando potere conoscitivo e di controllo (con l'esportazione-scomposizione del ciclo)

e) negando potere partecipatorio e di lotta (con la centralizzazione dei meccanismi decisionali e l'istituzionalizzazione della delega)

f) introducendo elementi di cogestione col padrone all'interno della C.O.

La nostra capacità di mobilitazione e di lotta per la salute deve quindi operare nel senso della ricomposizione del lavoro della classe avendo come obiettivo la difesa e l'allargamento della unità della classe. Non intendiamo dare credito a quanti, scegliendo la legge del lavoro dell'impresa, legittimano il progressivo peggioramento delle condizioni di vita dei lavoratori, né a quanti, evocando lo spettro della bancarotta di stato, premono perchè la finanza pubblica non si faccia carico dei problemi di occupazione e di qualità di vita della classe operaia.

Come maggiormente emerge dal movimento la strada per uscire dalla crisi rispettando i bisogni popolari deve avere come tappe del suo tracciato:

1) la garanzia occupazionale poichè il lavoro è diritto-dovere che non può essere sacrificato al profitto del privato speculatore e allo sperpero del pubblico amministratore

2) la diminuzione dei carichi e dell'orario di lavoro anche per aumentare l'insieme dei lavoratori occupati

3) il controllo e l'eliminazione del lavoro precario, del lavoro nero, del lavoro a domicilio.

Chiediamo in una parola la sicurezza del lavoro come richiesta sanitaria, e la certezza di salute come contenuto di lavoro.

Lo chiediamo e lo chiederemo ancora anche se tali richieste oggi risultano più di ieri compromesse e mistificate.

Non possiamo cioè tacere sullo smisurato ampliarsi di soccorsi e soccorritori a questa crisi, che dietro il paravento di un equilibrio economico da ristabilirsi fra i fattori della produzione, riproducono il segno negativo di un rapporto che non troverà equilibri perchè antagonista: intendiamo riferirci alla crescente subordinazione culturale, intellettuale e scientifica di quanti avallano come obbligato e inarrestabile il disegno del capitale; alla « neutralità » politica di quei tecnici che alienando l'immenso patrimonio che la coscienza di classe ha saputo esprimere, hanno biasimato o taciuto il nostro richiamo di lotta e le nostre attese di salute perchè improponibili o addirittura dannose volontà di liberazione dal dominio, dallo sfruttamento, dalla malattia: alla rappresentanza capitalistica di cui si è fatto interprete uno Stato che, popolare per derivazione, denuncia così il suo asservimento alla repressione dei bisogni e alla negazione dei diritti popolari.

Noi intendiamo, invece, conservare e riproporre con responsabilità e senza fraintendimenti il nostro impegno: la rottura del meccanismo di accumulazione del capitale è obiettivo prioritario del processo di emancipazione degli strati subalterni; tale emancipazione non può che fondarsi sulla eliminazione delle malattie del capitale come fonte di malattia.

Riteniamo che soltanto un movimento di massa organizzato può essere in grado di perseguire efficacemente questi obiettivi con una lotta costante, palese e unificante perchè sentita come propria dai soggetti politici che la propongono e la gestiscono. Condanniamo come avventuriste quando non addirittura opera di agenti provocatori di fatto fascisti, le iniziative terroristiche che perseguono fini utilizzati dal sistema per rendere più dura la repressione e per accelerare processi di restaurazione completa del potere borghese cui gli stessi partiti della classe operaia finiscono per avallare.

2) L'accordo di governo

Non vi è dubbio che una fase storica dell'assetto politico istituzionale vada risolvendosi ed un'altra sopravvanzando: ciò coincide con l'ormai famoso e reiterato accordo governativo interpartitico.

Si tratta non di un accordo del Governo nè di un accordo per il Governo, ma già di un accordo di Governo, cioè di gestione e quindi di potere che ha gravi implicazioni: a) L'ingresso del maggior partito delle C.O. nella maggioranza governativa ha privato il paese di una opposizione reale al potere dello stato;

b) di conseguenza si assiste all'inasprimento

mento della repressione contro ogni tentativo di dissenso.

c) la sede dei rapporti di forza e di potere si sposta dalla fabbrica alle segreterie dei partiti (in questo viene tendenzialmente a cadere una delle maggiori conquiste operaie e sindacali degli anni settanta), mutilando così il sindacato nella sua egemonia di contrattazione e subordinandolo a meri interventi difensivi; quindi mentre la società nel suo insieme politicizzandosi sempre più negli ultimi 10 anni, le sedi di partecipazione e di decisione politiche sono andate restringendosi e staccandosi sempre più dalla base sociale.

d) avanzano ipotesi di riforme sociali (ristrutturazione più che trasformazioni) che si pongono di fatto quale contropartita alla vecchia opposizione e quale nuova occasione di riorganizzazione del potere;

e) risultano mortificate o svuotate le funzioni della democrazia rappresentativa; il Parlamento vede compressa la sua funzione istituzionale essendo i suoi membri deputati a ben poca cosa, col costante utilizzo dei decreti legge al fine di evitare qualunque dibattito. Ancor più la sovranità popolare espressa attraverso i referendum, viene impedita per negare esigenze di lavoratori in contrasto con le forze al potere nel paese. Mentre la carta costituzionale riconosce ai lavoratori, come tali, la partecipazione all'organizzazione politica del paese, questa viene diluita, mediata, o rinviata da parte di rappresentanze che incontrano difficoltà nel convincere che non si parli più di liberazione del popolo dai suoi bisogni, ma di sacrifici per superare una crisi che è popolare come conseguenze e padronale come cause.

Questa svendita del potere popolare e della partecipazione cosciente ci trova decisamente contrari sia per le forme che va assumendo, sia per la sostanza politica ed economica che ivi si contrabbanda.

3) la politica delle riforme

Ben si comprendono dunque le impossibilità – anche per questa via – di attuare riforme sostanziali.

La legge 382 trasferisce formalmente alla regione competenze e funzioni in misura così ampia che non ha riscontro nella storia italiana: basti citare fra le materie delegate l'assetto del territorio, la tutela ambientale, l'istruzione professionale, l'assistenza sanitaria ed ospedaliera. Ma si è trattato di una vera riforma? Se da un lato occorre valutare l'aumento potenziale delle possibilità partecipative, dall'altro non deve essere taciuto il carattere relativo di un simile trasferimento che vede lo Stato ancora detentore dei meccanismi finanziari regolatori dei servizi delegati.

Due indicazioni occorre cogliere in questa prospettiva delle riforme:

a) la convergenza delle forze politiche nella gestione di questo Stato produce globali ma vuoti propositi riformatori che servono a tacitare le aspettative e a con-



lidare la corresponsabilizzazione dell'opposizione;

b) il passaggio – sottobanco – di modifiche parziali ma reali nel sistema della erogazione e fruizione dei servizi che mantengono intatti, e spesso li accrescono, poteri corporativi e privilegi privatistici nei quali la solidarietà popolare trova un impatto disgregatore e il consenso una dipendenza insuperabile.

Siamo in presenza di una politica di ristrutturazione e non di cambiamento: mutano le forme e i processi secondari ma non è intaccata la logica di sopravvivenza e di riproduzione del sistema del potere. La partecipazione prevista viene negata nella pratica del rifiuto di concedere spazi di potere reale. Le indicazioni del movimento sono disattese. La non delega si trasforma in una appropriazione totale della delega da parte dell'ente locale « democratico ».

A noi che rimaniamo fedeli al principio della non delega e a quello della soggettività non è possibile avallare simili imprese di nome e di fatto riformistiche ed in conclusione per nulla riformatrici.

Ma non vi sono solo ragioni di metodo e di costume, pur politicamente decisive, ma ragioni di contenuto e di logica che noi denunciavamo parimenti come contrarie agli interessi popolari: ne costituisce fedele esempio per il primo come per il secondo aspetto l'iter e il dettato della riforma sanitaria.

4) La riforma sanitaria

Quando ci si accinge a ristrutturare o riformare un settore della vita associata, esigenza minimale cui deve adeguarsi il pro-

cesso e l'intento riformatore è che ciò che è oggetto di una nuova « forma » sia compreso globalmente e non parzialmente; diversamente si rischia la riproduzione di entità « difformi », cioè separate, che vanificano i migliori propositi. Ebbene, quel progetto di legge che così contraddittoriamente viene indicato come « riforma » sanitaria, ricco di ampollose indicazioni e premesse, ha nei fatti poche necessità sostanziali di essere portato all'esame del Parlamento, svuotato com'è di contenuti vincolanti e modificatori e di una visione unitaria dei problemi legati alla salute: per i farmaci già lavorano in sede separata tecnici e politici che provvedono ad aumentare il potere economico dell'industria garantendone ed estendendone i profitti, per le strutture ospedaliere già ha provveduto la legge 386 che nel 1974 trasferì le competenze alle Regioni, alle quali ora viene demandata con la legge 349 del 1977 anche la funzione mutualistica, per l'assistenza sanitaria e ospedaliera in toto – prevenzione compresa – ha provveduto ulteriormente la citata legge 382; eppure qualcuno continua a contrabbandare per riforma un progetto che:

a) non opera per l'aggregazione del territorio come riferimento e come opportunità di intervento e di partecipazione, ai vari settori che prevedibilmente necessitano o hanno già sperimentato loro organizzazione territoriale (istruzioni, sanità, organizzazione, dei lavoratori, enti locali, ecc.);
b) sostituisce e non elimina enti gestori quali referenti di potere e del potere;
c) offre funzioni esclusivamente consultive, non vincolanti, o possibilità di partecipazione fortemente delegata, cioè un potere politicamente inefficace.

Questo progetto, sanzionando la delega accentratrice e certificando intromissioni devianti, si qualifica innanzitutto per volere negare una partecipazione « dal basso ».

Esso subordina il malato al suo gestore sanitario (il medico) e la malattia alla sua scienza (la medicina): questa vista come momento separato nel chiuso delle università e dei laboratori è del tutto estranea al territorio ed alla popolazione che ne dovrebbe usufruire; quello (il medico) individuato nel convenzionato – libero professionista, caposaldo di un fronte che si alimenta di un malato come oggetto, singolo e non collettivo, e di una malattia come accidente da sancire anziché da sanare, realizzando un profitto che è usurpato dal lavoro sociale.

Esso sancisce altresì la mancata pubblicizzazione di un servizio « pubblico », che nel senso di collettivo, ha i costi, mentre mantiene privilegiati i rapporti di « convenzione » con i medici, con gli istituti privati, con gli ospedali privati in molte parti d'Italia uniche strutture esistenti. Il risultato sarà di rendere ancor più di oggi la malattia luogo di libero esercizio-arbitrio e la salute ragione di una convenzione. Eppure in pochi altri campi dell'inter-

vento sociale come in quello della sanità era chiaro, non equivocabile, non compromissibile, non rinviabile la richiesta popolare; ciò che si chiedeva, come diritto e non come elargizione, è esattamente ciò che non viene accolto nei propositi di un governo sempre più — ironia della sorte — di « salute pubblica ».

Queste richieste le rinnoviamo:

- 1) una salute non coincidente con l'immagine sanitaria ma risultato della riappropriazione sociale del benessere pieno, non delegabile questo come quella a nessun altro soggetto che non sia il suo portatore naturale, individuale e collettivo;
- 2) un soggetto di salute capace di esercitare il proprio diritto e di praticare la propria partecipazione;
- 3) una rete di servizi dunque nei quali sia esperibile, al livello più basso possibile, il controllo e la partecipazione alla gestione di un sistema sanitario che ha come obiettivo fondante;
- 4) la prevenzione vera come eliminazione reale e totale del rischio;
- 5) la deistituzionalizzazione di quanti, emarginati e offesi, hanno diritto al reintegro sociale nella loro comunità di appartenenza: minori, anziani, invalidi, handicappati;
- 6) La definitiva eliminazione della violenza psichiatrica istituzionale e la tutela sociale della malattia mentale;
- 7) la deospedalizzazione massima e il decentramento efficace delle strutture ospedaliere;
- 8) l'assunzione da parte dello Stato della salute come obiettivo pubblico, nella sua tutela, nell'organizzazione di tutti i suoi servizi, nella gratuità delle prestazioni;
- 9) un'educazione e una formazione sanitaria che sia restitutiva di conoscenze, anziché repressiva o deviante;
- 10) una formazione del personale sanitario legato ai bisogni delle comunità nelle quali andrà ad operare e sotto il controllo della relativa popolazione;
- 11) la dedizione, per gli stessi operatori, di tutto il tempo dell'esercizio professionale a beneficio pubblico senza altro interesse privato;
- 12) la chiusura degli ospedali militari e dei centri clinici delle carceri;
- 13) lo scioglimento dell'ENPI.
- 14) il superamento dell'Ordine dei Medici.

A queste richieste, invece, si oppone un progetto che assume la malattia e non la salute come riferimento di intervento, la regolamentazione della domanda sanitaria non la sua esaltazione attraverso i meccanismi partecipatori, un sistema sanitario nazionale che anziché promuovere la organizzazione dei cittadini privilegia l'organizzazione dei presidi e il controllo dei presidiati agevolando anche in questo momento l'intervento usurpatore di un capitale che non ha pudore di attingere anche nel campo sanitario quel profitto che già è ragione di malattie nel corpo sociale.



Non chiediamo e non lottiamo per una minore malattia, ma per una salute diversa, per una diversa qualità della vita dove l'intervento sanitario veda ridursi progressivamente l'entità dei propri oneri economici ed ampliarsi le sue opportunità qualitative.

Questo sistema invece persegue una spirale senza sbocco e senza soluzione per la quale all'espandersi dello sviluppo corrisponde un estendersi della nocività e della malattia per le quali il crescente aumento della spesa sanitaria non riesce né ad arrestare l'effetto distruttivo, né a distribuire efficacemente l'intervento riparatore, né a restituire e difendere la integrità sociale. Ne fa fede il quadro reale delle condizioni di malattia.

5) Alcuni estremi della situazione sanitaria

Utilizzando alcuni dati sintetici, la situazione sanitaria italiana vede ormai annualmente 110.000 cittadini votati a morte per tumori, oltre 10 milioni di degenti ospedalieri di cui 4 milioni sopra i 60 anni, e di 1.500.000 di infortunati da lavoro, migliaia di persone ancor oggi affette da malattie infettive, intere popolazioni, come, in Brianza, delittuosamente colpite dall'inquinamento ambientale.

La spesa mutualistica dal 1964 al 1974 è quintuplicata, mentre quella sanitaria globale è passata dai 3.500 miliardi del 1971 ai 9.400 del 1976, ai 10.243 — previsti — del 1978, che corrispondono al 7,2 del prodotto nazionale lordo contro il 6,6 di due anni fa; dunque a un incremento del prodotto nazionale corrispondente un aumento più che proporzionale della spesa sanitaria.

Parallelamente la popolazione annualmente ospedalizzata dai 4 milioni del 1957, è salita agli oltre 10 milioni attuali: un quinto dell'intera popolazione; nel 1976 ogni mutuo INAM ha speso 32.000 lire per farmaci per un totale di 21 prescrizioni contro le 12 di dieci anni prima; nel 1975 6.000 persone sono decedute per malattie infettive e l'anno seguente più di 32.000 cittadini sono risultati ufficialmente affetti da epatiti virali.

Negli anni del massimo sviluppo economico, dal 1954 al 1968, sono quadruplicati i casi di turbe mentali, psiconevrosi, e turbe della personalità diagnosticati mentre gli infortuni sul lavoro dal 1950 al 1971 sono più che raddoppiati nell'industria e aumentati di oltre il 50% nell'agricoltura, anche se recentemente viene registrata una flessione dovuta probabilmente più alla diminuzione degli occupati che al regredire dei rischi. Non c'è momento dell'intervento sanitario che non riproduca le lacerazioni, i guasti, le contraddizioni di questo modello di sviluppo. Non dimentichiamo come l'assistenza sanitaria, in un paese dove le fabbriche del cancro si scoprono ogni giorno più numerose (dall'ACE di Sulmona, all'ACNA di Savona, alle lavorazioni portuali a Genova), dove la mortalità infantile segna ancora indici intollerabili specie in alcune aree del sud dove si calcola vengano effettuati 2 o 3 milioni di aborti clandestini l'anno con oltre 3000 donne morte per le conseguenze di queste pratiche, dove migliaia di anziani attendono nella solitudine e nell'emarginazione il rassegnato esito di un rapporto sociale di cui da tempo ignorano il significato è particolarmente carente per la patologia del lavoro, per quella infantile e della vecchiaia. Ci si informa che l'aspettativa di vita a 0 anni in mezzo secolo è salita a 72 anni: come spiegare questa astrattezza statistica a quelle lavoranti a domicilio che a Salerno si sono procurate falsi infortuni pur di prolungare il contratto di lavoro, a quanti — consumatori obbligati — hanno acquistato un miliardo di confezioni di medicinali nel 1976 ai 350.000 lavoratori coinvolti nella lavorazione e trasformazione del cloruro di vinile, o alla popolazione di Seveso, al cui proposito persino l'Organizzazione della Sanità Mondiale ha sostenuto che per la diossina la soglia di tollerabilità è zero, o a chi non trova farmaci essenziali per la salvezza della propria vita perché ritirati dal commercio grazie alla loro scarsa remunerabilità economica.

Non basti, dal 1969 ad oggi si sono accresciuti i ricoveri negli istituti neuropsichiatrici (230.000 contro 232.000 nonostante le battaglie portate avanti in questo settore) e invariate sono le giornate di degenza (sia per posto letto che per paziente, a parziale smentita di quanti ritengono recente l'inflazione del ricovero ospedaliero), mentre nel 1976 la spesa per i medicinali è stata pari a 1.650 miliardi, di questi certamente più della metà erano destinati a

farmaci inutili o dannosi. Tutto ciò con un personale ospedaliero raddoppiato in pochi anni ed una spesa relativa che aumenta del 26% annuo, una disponibilità di 14.000 farmacie, di 27 facoltà mediche, di 600.000 posti letto, di 9.000 condotte, di 70.000 dipendenti mutualistici, di 120.000 medici pubblici dipendenti.

Molti si interrogheranno a questo punto, di quale proposta di salute siamo promotori e su quali impegni si indirizza la nostra volontà.

6) L'unità della classe

La salute è secondo noi raggiungibile solo se la direzione politica del paese viene rivendicata da una classe operaia che con la sua mobilitazione e la sua lotta deve fare mutare le linee di politica sanitaria – cioè di politica economica – sin qui praticate; da una classe che deve e può presentarsi come soggetto politico che ha capacità di tutela per quanti, disorganizzati, vedono gravare su di loro la violenza delle istituzioni, la nocività delle lavorazioni, l'emarginazione (che, vogliamo sottolinearlo, è sempre più produttiva sociale e politica). Motivi questi che premono a che si rilanci l'unità della classe ricomponendo le sue quote separate (dai cottimisti, alle casalinghe con il doppio lavoro a domicilio, ai carcerati, alle forze armate), e le sue quote emarginate (i disoccupati, i giovani, gli anziani, gli emarginati); tale ricomposizione deve annullare la competitività che oggi viene fatta scattare al suo interno, deve dare respiro e direzione agli spazi politici conquistati e la cui messa in discussione non può passare sotto silenzio: intendiamo riferirci in particolare modo al problema del costo del lavoro, alla scala mobile, allo statuto dei lavoratori cui va contrapponendosi una legge di riconversione che annulla ciò che là era istituzionalmente conquistato. Se noi insistiamo su questa esigenza di ricomporre l'unità della classe quale momento peculiare di difesa della sua salute è perché vanno accumulandosi molteplici processi legati alla sua estinzione; i nuovi rapporti di produzione, infatti, a livello internazionale (con conseguente rilancio della competitività multinazionale all'interno del mercato del lavoro), l'egemonia finanziaria che da oltre confine viene fatta gravare sui conti della nostra bilancia economica e sull'ammontare della spesa pubblica, la mancata utilizzazione dei prestiti internazionali e l'accrescimento dei residui attivi inutilizzati, le stesse incoscienti scelte energetico nucleari, costituiscono deterrenti terroristici al pari dei meccanismi già denunciati all'inizio e nel loro complesso premono a che questa crisi venga pagata peculiarmente – a livello internazionale – da una classe operaia, quella italiana, che ha saputo esprimere obiettivamente e politicamente una qualità diversa di coscienza e di lotta, ed esige una qualità diversa



di lavoro, di vita, di salute. Se la classe operaia non vuole essere ghettizzata nella sua totalità e lottizzata al suo interno, deve assumere con coraggio e chiarezza un ruolo nei confronti di quanti umiliano la sua egemonia politica, il suo peso contrattuale, la sua condizione. Noi scegliamo come terreno di lavoro per la conquista di questa salute complessiva della classe la ricomposizione del ciclo produttivo e dei suoi addetti alla quale deve maturare la convergenza di interessi, di conoscenze, di solidarietà, di lotte fra lavoratori organizzati all'interno del luogo di lavoro e nuclei di lavoratori esterni. Ricomponendo il ciclo si ricompono il meccanismo di estrazione del profitto, il meccanismo della contrattazione articolata per tutti i lavoratori gravitanti sullo stesso ciclo aziendale. Non ci meravigliamo se di fronte alle nostre proposte spuntano le usuali osservazioni e gli incalzanti richiami alle moderazioni, all'autocontrollo, all'austerità. Da analisi non nostra ci risulta che recentemente il fatturato dell'industria è salito, con l'indice di produzione industriale e il margine di profitto, mentre sono diminuiti gli investimenti, l'indice di sfruttamento degli impianti, le ore perse per conflitti di lavoro. Da due anni a questa parte, come informa l'ISTAT, il primo segno di flessione della produzione industriale – peraltro oggi in aumento – si è avuto nel settembre scorso (ma era riferito al mese estivo); mentre secondo la Banca d'Italia le imprese hanno registrato nel 1976 un incremento dell'utile lordo del 45% rispetto all'anno precedente. Di fronte a questi indicatori, senza dimenticare i mancati controlli da parte del potere statale sugli investimenti, le tollerate esportazioni di capitali, la non risolta pia-

ga del lavoro minorile, noi accettiamo come unica riconversione industriale quella che riporta all'interno della fabbrica quanti ne sono stati espulsi e che pone l'uomo al centro della sua salvaguardia, come unica mobilità quella che passa dalla disoccupazione all'occupazione, sia nelle imprese che negli enti pubblici per i quali – permanendo gli obblighi di sborsare denaro per la cassa integrazione – nulla muterebbe finanziariamente se si procedesse ad una assunzione dei lavoratori disoccupati, con il vantaggio di un utilizzo delle capacità lavorative e di un riscatto dalla condizione di impotenza e disgregazione. Questo nostro obiettivo di aggregare la classe, risulterebbe precario se non ponesimo con forza il problema del territorio e dei servizi sociali.

8) Il territorio e i servizi

È anche nel territorio, cioè all'esterno della fabbrica, che viene peculiarmente riprodotta oggi l'estrazione di plus-valore, che viene esportata nocività, che viene disaggregata la classe del lavoro, ed è contro questa disgregazione che dobbiamo lottare, perché intendiamo difendere una salute come bene complessivo.

La progressiva espropriazione di salute registra infatti nuove modalità; la salute ci si presenta sempre più:

- a) ripartita fra i suoi gestori ufficiali e/o istituzionali;
- b) estraniata dai suoi soggetti reali-titolari;
- c) separata dalle sue circostanze.

Per la prima modalità occorre sottolineare come non risulta modificato il rapporto tra gestore istituzionale pubblico e gestore privato: la privatizzazione dei servizi – spesso fornitori di un falso benessere – cresce infatti col decrescere dell'intervento pubblico così che risultino differenziate e competitive due modalità di intervento e per ciò stesso due qualità di salute raggiungibili; questo decadimento nei servizi pubblici registra come significativa sanzione il passaggio da una fase di provvidenzialità (o elargizione di un servizio anche se non richiesto) ad una di costrittività (il servizio viene negato anche se richiesto, viene cioè compresso o ignorato il bisogno come risultato della logica del pareggio della spesa mentre permangono clientele e sperperi); ciò si traduce in una iniqua imputazione dei costi al pubblico gestore e dei profitti al privato speculatore.

Ma vi è un secondo aspetto di questa scomposizione fra i gestori: interessa la imputazione dei malati a presidi pubblici certificatori di una condizione oltre che di una malattia come suo opposto risultino di volta in volta qualificate restrittivamente dallo specifico servizio (ospedale, usl, ambulatorio, ecc.) anziché compresa e soccorsa nel suo insieme da un sistema di servizi integrato, territorialmente omogeneo ed equamente accessibile.

Tutto questo avviene in una realtà in cui il bisogno di salute è trasformato in una richiesta di interventi sanitari incentivati da una ideologia consumistica, da una pratica medica ormai ridotta ad atto burocratico di smistamento o ad un atto repressivo di controllo sociale in un dilagante tecnicismo della prestazione sanitaria.

Ne discende una seconda obbligata estraniamento anche rispetto ai soggetti: sempre più frequentemente la malattia – meglio se con il concorso delle istituzioni utili a tal fine e di un sapere medico menzognero – assume significati e riferimenti di salute potenzialmente riacquistabili legittimati dalla specifica connotazione o condizioni « provvisoria » o contingente: abbiamo la medicina dell'età infantile, scolastica, dell'età evolutiva, del lavoro, ecc. alla stessa stregua con cui sono organizzati e ripartibili i servizi: la scuola, le mense, le biblioteche, ecc. Con la malattia vengono riversate dunque sul soggetto, così identificato, le malaugurate cause di condizione sua propria e non sociale, così che particolari e non generali risultano i principi preventivi, le dotazioni farmacologiche, il quadro terapeutico, il risultato curativo.

Un terzo livello di espropriazione si traduce nella separazione della salute non solo dal soggetto, ma altresì dalla circostanze storiche e ambientali nelle quali quella salute è stata minacciata o offesa: ne è esempio emblematico il costante tentativo di trasferire dalle sue cause reali e cioè la nocività e l'organizzazione del lavoro a strane forze naturali o casuali quando non a responsabilità delle vittime stesse. La tendenza attuale secondo cui, nel nome di un intervento tecnicamente più specializzato, si sviluppano servizi limitati a gruppi di popolazione (lavoratori, bambini in età scolare, prima infanzia, donne, anziani, ecc.) va contrastata rivendicando quindi l'unitarietà dei momenti sanitari, la globalità degli interventi, la pubblicizzazione degli istituti, la storicità e la circostanzialità della malattia. Si tratta insomma di impegnarsi per conquistare una salute non differenziata, né provvisoria, né separata, trantomeno confinata, ma storica, globale e permanente.

Anche nel territorio dunque va riproposta la metodologia operaia perché analoghi sono gli interessi e gli intendimenti; nel territorio, dove il malato comunque trasferisce i suoi bisogni politici e materiali di salute, può e deve essere attivato il gruppo omogeneo e scoperto l'insieme della popolazione a rischio; in esso i consigli di fabbrica ed i gruppi omogenei d'azienda devono trovare altresì i segni del passaggio del capitale, collegare questa rete smisurata del lavoro a domicilio e del lavoro nero in generale, scoprire e denunciare il modo di organizzare esterno che si dà la fabbrica e creare stessi una catena di relazioni di lavoro, di informazioni, di solidarietà ancor più perché la nocività specifica dei processi produttivi viene riversata sui lavoratori deboli e disorganizzati, spesso ignari del rischio cui si sottopongono.



Nè può avere, al riguardo, un ruolo secondario il consiglio sindacale di zona: esso deve divenire l'equivalente per il territorio di ciò che rappresenta il consiglio di fabbrica per l'azienda; ad esso spetta il compito di farsi promotore di unità della classe, sollecitare delle rappresentanze che anche altri lavoratori sino ad oggi inspiegabilmente dimenticati (come coloro che prestano lavoro nei manicomi, nelle carceri, nei cronarici, nelle forze armate) devono saper esprimere, attivatore di un insieme di strutture sociali atte a ripromuovere cultura, conoscenza, coscienza, salute, controllare di quei servizi che tendono ad abbassare quotidianamente il già limitato intervento materiale sulla malattia e sul bisogno e si riorganizzano in forme separate di tutela.

Ribadiamo con fermezza che nei servizi del territorio, sanitari o meno che essi si qualificano, occorre impedire che la gestione si trasformi in una individuazione corporativa di questo o di quell'utente e promuovere, invece, il riconoscimento di soggetti sociali di diritto alla totalità degli utenti per la totalità dei servizi.

Tali servizi devono essere momenti di usufrutto di un'opportunità materiale, ma anche momenti di esercizio di una soggettività e di una partecipazione che – al pari di quella operaia – va difesa ed esaltata: per i giovani come per gli anziani, per i proletari come per i sottoproletari il patrimonio di conoscenza dei quali, la cui esperienza di rapporto sociale, i cui bisogni e relative istanze di liberazione devono avere pari udienza presso la classe operaia organizzata e presso i momenti di organizzazione del corpo sociale di quella dei lavoratori stabili. La classe può scoprire cioè una sua unità anche nella gestione

unitaria collettiva, di quartiere e di caseggiato, dei servizi e delle strutture pubbliche territoriali. In particolar modo la scuola deve aprirsi al territorio come spazio fisico, come dotazione di strumenti, come laboratorio di esperienze fra generazioni, come possibilità di acquisire conoscenze per quanti territorialmente sono ad essa riferibili; questa acquisizione è centrale sia perché collega conoscenza e coscienza, istruzione e lavoro, teoria e pratica, ma soprattutto perché va delineandosi specie per questo servizio una progressiva emarginazione dei suoi normali utenti dal mondo del lavoro, ed una parallela emarginazione dei lavoratori dalla scuola.

È opportuno cioè che noi partiamo dalle strutture e dai servizi esistenti, dalle istituzioni già operanti nel territorio, perché in esse già hanno corpo i processi di socializzazione e quelli di emarginazione, già in esse si concretano i meccanismi del controllo sociale da parte del potere.

La salute infatti, operaia e non, non può essere venduta politicamente o non riscattata anche là dove è usurpata materialmente con l'omissione degli interventi o compressa per la difficoltà obiettiva di una pratica alternativa; ove ragioni di scarsa coscienza collettiva, di necessario privilegio del salario o di assurdi pareggi di bilancio comprimessero e censurassero tali bisogni di salute, non deve comunque essere assente la nostra capacità di analisi, di controinformazione, di educazione: dalla fabbrica al territorio esiste un ambito di intervento – così ampio e così stretto ad un tempo come relazione – sul tema della salute che anche quando in fabbrica scarse si presentano le possibilità di lotta per l'assenteismo padronale, il ricatto economico, il silenzio sindacale, non decadono le modalità operaie nel richiedere salute e nel fare scienza, né vengono a sparire altri non meno importanti interlocutori, primi fra essi lo stato e gli enti locali.

Occorre anche con questa prospettiva attivare una gestione dei servizi che dalla fabbrica sa approdare al territorio e dal territorio alla fabbrica, come risultato dell'analisi e della coscienza politica quando non vi si risalga – ove ciò è possibile – come risultato dell'evidenza materiale della nocività.

Se dunque il particolare momento storico rende difficoltoso a volte riportare l'organizzazione dei lavoratori nella fabbrica al territorio con l'immediatezza del passato, tale rapporto va mantenuto rapportando comunque il territorio alla fabbrica intendendo con ciò scoprire la logica di una relazione politica della nocività leggibile anche all'esterno e dall'esterno. Tant'è che ai lavoratori oggi è negato innanzitutto lavoro, cioè organizzazione e conoscenza; ed esso è negato non solo ai disoccupati, ma a quanti desiderano realizzarsi nel lavoro e lavorare per la propria realizzazione sociale; ai lavoratori oggi sono negati i servizi, i trasporti, l'accrescimento culturale, la visita ambulatoriale, come il farmaco. La nostra proposta non può escludere un ri-

chiamo specifico ed esplicito a quegli operatori sanitari e sociali cui è demandata, con frequente equivoca liberalità, la gestione effettiva dei servizi.

Noi chiediamo che anche da loro prompna la certezza evidente e la richiesta impellente di un servizio che sia coerente con il suo obiettivo: restituire benessere nelle modalità che il movimento di lotta per la salute – esteso nel paese ben al di là della nostra denominazione – ha già dimostrato di poter e voler praticare superando le indicazioni dello stesso progetto di riforma.

Chiediamo ancora a loro di rifiutare il ruolo di gestori del controllo sociale e del consenso e di mediatori dell'incapacità o colposità del governo locale, e di porre, invece, la totalità delle loro conoscenze, la disponibilità della loro esperienza professionale al servizio pieno ed esclusivo della salute popolare, non del profitto, nè della speculazione, nè del silenzio complice, nè della corporazione, nè del potere. Anche a loro, ma non solo ad essi, chiediamo la non medicalizzazione delle contraddizioni sociali e la esaltazione dei bisogni che nel sanitario hanno le loro manifestazioni ma nel sociale la loro ragione.

La strada che intendiamo percorrere non

è breve ma è immediatamente praticabile: intendiamo riferirci ad esempio all'applicazione di quell'articolo 9 dello Statuto dei lavoratori troppo spesso dimenticato, ad una prevenzione che sia risultato di conoscenza interdisciplinare e di partecipazione popolare, ad una soggettività ed omogeneità di gruppo che in fabbrica come nel territorio – a partire dal rischio cui è esposto – scopre le ragioni del suo essere e gli obiettivi del suo crescere.

Queste, e le ben più numerose indicazioni qui non citate ma note, che scaturiscono dall'esperienza di lavoro, non devono costituire bagaglio sterile di riferimenti dispersi, ma esigono da tutti noi uno sforzo salutare di comprensione, di partecipazione coerente, se pur circoscritta, e permanente, se pur limitata, vivificata dalla consapevolezza che l'ostacolo ad una diversa salute è nell'organizzazione di una società che garantisce malessere progressivo e salute regressiva.

Ecco perché, per primi, privilegiando la prevenzione come obiettivo e la partecipazione come modalità, intendiamo ribadire come nell'antagonismo fra capitale e lavoro da un lato, e potere e subalterneità dall'altro, sta l'assunto teorico e politico cui si riconduce l'intervento di Medicina

Democratica.

Questo antagonismo va dunque letto e praticato nelle sue espressioni reali, nelle entità collettive presenti storicamente (i movimenti di base, i consigli ed i comitati di quartiere, il movimento sindacale, i consigli di fabbrica e d'istituto, il movimento delle donne, ecc.), nelle sue forme istituzionali (fabbrica, università, ospedale, istituti di ricerca, consultori, ecc.), nelle sue manifestazioni concrete (nocività da manipolazione di sostanze, dannosità dei farmaci, ecc.); a ciò non dobbiamo essere estranei perché il movimento abbia una pratica che è alternativa e al tempo stesso interna alle pratiche che assume la malattia.

Vogliamo infine riaffermare che non abbiamo altra demarcazione – consci del rischio quanto della correttezza di questo intendimento – che quella di una salute negata, che non ci diamo altro progetto che non abbia come logica e come obiettivo la soggettività cosciente e solidale, che non arretreremo davanti a nessun impedimento e a nessun privilegio per tradurre quella demarcazione e questo progetto in un programma già da ora, in questo congresso, ma non solo per ora, praticabile.



segue da p. 20

Cooperative di consumo e librerie, corsi universitari di medicina, di agraria, di scienze delle preparazioni alimentari. Alcune di queste iniziative hanno avuto momenti di manifestazione pubblica di particolare impegno, come quella del 26 e 27 novembre 77 a Reggio Calabria su le bioproteine, ricordata a pag. 46-47 del n° 9 della rivista. L'ottica è quella di condurre autonomamente la ricerca, l'organizzazione e la socializzazione delle conoscenze di medicina, soprattutto preventiva, da parte degli operatori utenti del servizio, insieme agli operatori professionalizzati cioè le masse popolari consapevoli e attive nella salvaguardia della propria salute e della qualità della propria vita nelle strutture produttive, nella scuola, nel territorio.

Si apre il fronte dei corsisti paramedici

Le lotte dello scorso anno, combattute autonomamente dai corsisti paramedici e sostenute da MD, hanno portato ad una omogeneizzazione degli obiettivi (vedi documento riportato sul n° 6 della rivista), ma non ad una generalizzazione dei risultati ottenuti tra marzo e novembre nelle centinaia di vertenze locali, per l'insufficienza del coordinamento nazionale, nonostante gli sforzi di MD che, tra l'altro, offrì borse di viaggio ai delegati regionali di movimento per il coordinamento del settore FOS il 26-27 nov. 77 a Reggio Calabria (rispose solo la Lombardia).

Nonostante ciò, quasi in tutta Italia si è ottenuto qualcosa. Perfino nelle situazioni più arretrate e clientelari, con mobilitazione praticamente nulla, dove le avanguardie che hanno partecipato ai coordinamenti promossi da MD sono state isolate, l'amministrazione, viste scoperte le laute sovvenzioni, grazie proprio ai collegamenti del movimento, ha concesso borse di studio, dunque un assegno di studio selezionatore laddove un minimo di presa di coscienza collettiva avrebbe ottenuto facilmente il presalario generalizzato per tutti i corsisti.

Il presalario

Un assegno di studio è stato ottenuto al minimo dei livelli retributivi, circa 180.000 lire mensili, dai Corsisti Paramedici Organizzati di Napoli (6.500 al giorno + 200 all'ora per materiale

didattico + 15.000 al mese per trasporto), in Toscana (60.000 + 10.000 = 70.000 mensili), in Lombardia (in alcune scuole 30.000 mensili, in altre gli allievi pagano rette mensili), Piemonte, Calabria.

La preassunzione

È ancora da socializzare e da dibattere adeguatamente in seno a MD la formula di assunzione per incarico di allievi all'ultimo anno di corso, su posti in pianta organica, già ottenuta nel luglio scorso, in due ospedali milanesi, S. Carlo e Niguarda, mettendola a confronto con le altre possibili forme di preassunzione, su ruolo speciale transitorio, a 20 ore, ecc.

Sono stati conferiti con pubblico concorso per titoli parecchie decine d'incarichi provvisori rinnovabili di sei mesi in sei mesi ad allievi infermieri professionali (IP) appena iscritti al 3° anno di corso. La retribuzione è 80% di quella di un IP col titolo, perché appunto si riconoscono le funzioni parziali all'80% di IP.

Prima del luglio 77, per un accordo di alcuni anni fa tra sindacato FLO e regione Lombardia, funzione e retribuzione all'80% in assenza del titolo era stata ottenuta da lavoratori già assunti in pianta organica ma con qualifica inferiore e che di fatto svolgevano mansioni relative a posti in pianta organica per i quali era richiesta una qualifica superiore non posseduta dai lavoratori in questione, appunto i « facenti funzione » o FF.

La differenza di retribuzione tra le due qualifiche non è utile ai fini della pensione, ecc. e si perde se il FF non acquisisce il titolo superiore e sul posto superiore viene assunto un altro lavoratore possessore del titolo richiesto. Il FF blocca contemporaneamente 2 posti in pianta organica.

Analogamente all'assunzione per incarico dei corsisti, si è in trattativa al S. Carlo di Milano per dare anche ai FF l'incarico sul posto superiore, lasciando libero l'inferiore per l'assunzione di un altro lavoratore. Anch'essi conservano il diritto di ritornare sul posto inferiore stabile se non acquisissero il titolo superiore e sul posto superiore viene assunto altro lavoratore in possesso di questo. In altri ospedali della Lombardia l'accordo locale con la FLO prevederebbe la retrocessione di posti superiori in pianta organica a posti inferiori per sistemare lavoratori non in possesso di titolo adeguato.

Sono tutte armi a doppio taglio sulle quali non bisogna sottovalutare la necessità di riflessione e di mobilitazione di tutto il movimento, e non solo

dei corsisti. L'ottica deve essere quella aperta dalle esperienze accumulate fino ad oggi dalle lotte dei compagni disoccupati organizzati, di controllo e di spinta verso l'allargamento della base occupazionale per rispondere ai bisogni reali della gente. Basti ricordare le lotte dei CPO (corsisti paramedici organizzati di Napoli e Portici) per ottenere che giungesse in mano all'amministrazione regionale della Campania il censimento delle effettive piante organiche ospedaliere e loro situazione di copertura, nonché degli effettivi bisogni di personale.

Per una facoltà di medicina capovolta secondo il modello del compagno Maccacaro avrebbe senso anche parlare di preassunzione di studenti di detta facoltà, laddove purtroppo il movimento del 77 non ha rimesso sul tappeto per gli studenti universitari nemmeno il discorso del vecchio presalario.

Gestione democratica delle strutture

Il diritto all'assemblea è stato riconosciuto dall'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia nella circolare n° 35/77, prot. 13761 del 29 ago. 77 che si richiama al Decreto del Presidente della Repubblica del 31 mag. 74, n° 416, titolo II. Questa legge si riferisce a tutta l'istruzione secondaria e prevede il diritto di assemblea nei locali della scuola (art. 42) come occasione di partecipazione democratica per l'approfondimento dei problemi della scuola e della società in funzione della formazione culturale e civile degli studenti. È consentita un'assemblea di scuola al mese, durante le ore di lezione. Spetta agli studenti indicare gli argomenti da inserire all'0.d.g. e gli eventuali esperti di problemi sociali, culturali, artistici e scientifici che si vogliono far partecipare (gli esperti di MD sono a disposizione rispetto a tali richieste); la partecipazione degli esperti deve essere autorizzata dal « consiglio del corso » (art. 43) di cui devono far parte anche gli studenti (la delibera della Giunta Regionale della Lombardia n° 4469 del 13 lug. 76 suggerisce anche la presenza di un rappresentante sindacale e di uno del Consorzio o Consiglio Sanitario di Zona nel Consiglio d'Amministrazione); bastano le firme del 10% dei corsisti per chiedere al direttore del corso l'assemblea alla data e sull'ordine del giorno prescelti che devono essere indicati chiaramente (art. 44). La venuta dell'esperto è finanziata entro certi limiti (circa 8.000 lire all'ora).

Proposta per il prossimo Congresso Nazionale di MD: 9-11 giu. 78

Nell'ultimo Coordinamento di Settore, il 6-7 mag. 78 a Milano, si è confermata la volontà di pubblicare l'accluso « Questionario sulle Scuole Paramediche » e chiedere a tutto il movimento di diffonderle capillarmente e curarne la restituzione, nonché di sfruttare del Congresso nella giornata di sabato per organizzare un lavoro di commissione su tre filoni distinti di dibattito.

Il primo riguarda le tematiche dei corsisti paramedici: 1) esperienza di lotta; 2) discussione sui risultati del « Questionario sulle Scuole Paramediche »; 3) discussione sulle leggi e proposte di legge nazionali e regionali sulla formazione del personale socio-sanitario; 4) tirocinio durante l'orario di lavoro, tirocinio di medicina preventiva, tirocinio nel territorio; 5) contenuti dei programmi e organizzazione della didattica.

Il secondo riguarda gli studenti universitari che, però, devono convocarsi autonomamente come Collettivi di Medicina su un loro preciso o.d.g. I compagni studenti intervenuti negli ultimi coordinamenti hanno riproposto che i Collettivi di Medicina, limitatamente ai punti 4 e 5 sopracitati, si riuniscano insieme ai corsisti allo scopo di cercare insieme strumenti che permettano di forzare dall'interno l'attuale organizzazione della didattica sanitaria.

Il terzo riguarda la proposizione di pochi temi di studio, di ricerca, d'intervento, di « educazione » popolare, dal punto di vista dell'autogestione della salute, interdisciplinari, mobilitanti, nel campo, ad esempio, dell'alimentazione, sui quali saggiare anche la disponibilità dei docenti « democratici », per sperimentare, a partire da zero, la costruzione di una nuova didattica socio-sanitaria dall'esterno dell'attuale sua organizzazione accademica.

Questionario sulle scuole paramediche

Rispondere alle domande scrivendo su un foglio di carta solo il numero d'ordine della domanda seguito dalla risposta che si vuol dare. Scrivere a macchina o a stampatello. Scrivere anche le risposte negative: ad esempio, se non si pagano contributi mensa scrivere « 2.3. NESSUNO ». Per gli « ammontare » scrivere sempre se al giorno, o se alla settimana, o se al mese, o se all'anno. Rispondere anche quando non si ha il dato quantitativo esatto, indicandolo con « circa ». Rispondere al questionario anche se non si riesce a farlo in modo completo. Da una stessa scuola possono essere inviati più questionari, specie se vi sono discordanze di vedute su punti come i 7.3 e 7.4.

- 1.1 Nome della scuola e indirizzo
- 1.2 Indirizzo postale completo della scuola
- 1.3 Indirizzo al quale si vuole far giungere la posta di Medicina Democratica, Movimento di Lotta per la Salute
- 1.4 Tipo di diploma rilasciato
- 1.5 Anni di corso e iscritti per ogni anno
- 1.6 Quanti allievi sono anche dipendenti dell'ospedale (o altro)? Usufruiscono di riduzione di orario di lavoro, di comando, di spostamenti di reparto o di orario, o di altre agevolazioni, e in che misura?
- 2.1 Ammontare di eventuali tasse d'iscrizione alla scuola o ai corsi annuali
- 2.2 Ammontare di eventuali rette di frequenza
- 2.3 Ammontare di eventuali contributi mensa
- 2.4 Ammontare di eventuali altre tasse, rette, contributi ecc.
- 3.1 Ammontare di eventuale assegno di studio
- 3.2 Ammontare di eventuale rimborso spese di trasporto
- 3.3 Ammontare di eventuale rimborso di materiale didattico
- 3.4 Ammontare di eventuale altro assegno o rimborso (specificare quale)
- 3.5 Eventuali buoni mensa (specificare se solo per i fuori sede)
- 3.6 Altre facilitazioni
- 4.1 Ammontare ore utilizzabili per assemblee specificando se dentro o fuori le ore di scuola (ore di lezioni teoriche o di tirocinio)
- 4.2 Possibilità di avere permessi per partecipare a coordinamenti con altre scuole o ospedali
- 4.3 Altri spazi di agibilità politica
- 4.4 Le ore di sciopero devono essere recuperate?
- 5.1 Quali prove annuali avete
- 5.2 Altre prove e scadenze, esami, ecc.
- 5.3 Numero di assenze ammesse per anno, senza necessità di recuperarle
- 5.4 Con quali giustificazioni
- 5.5 Chi verifica tali giustificazioni
- 5.6 Esistenza del Consiglio dei Docenti o del Comitato Didattico o di altri organi analoghi (indicare quali)
- 5.7 Quali sono i suoi compiti.
- 5.8 Qual'è la sua composizione. Vi sono rappresentati gli allievi?
- 5.9 Conoscete i criteri di ammissione alla scuola?
- 6.1 Esiste una mensa della scuola?
- 6.2 Potete accedere ad altre mense? Indicare quali
- 6.3 La mensa è gratuita?
- 6.4 Avete vostri spogliatoi?
- 6.5 Avete assistenza mutualistica?
- 7.1 Esiste l'internato? Con quanti posti?
- 7.2 Criteri di ammissione all'internato
- 7.3 Svantaggi dell'internato
- 7.4 Vantaggi dell'internato
- 7.5 La retribuzione delle ore di tirocinio è uguale per esterni e interni?
- 7.6 Il convitto è interno all'ospedale (o a quale altra struttura) o è una struttura esterna? Mandateci una copia del regolamento interno o almeno scrivete i dati più significativi (orari di entrata e uscita, di spegnimento delle luci, servizio di portineria, norme disciplinari, ecc.)
- 8.1 Quante ore di teoria, divise per ogni anno di corso
- 8.2 Quante ore di tirocinio divise per ogni anno di corso
- 8.3 Il tirocinio viene svolto solo in ospedale o anche fuori? dove?
- 8.4 Quali e quante guide di tirocinio avete
- 8.5 Quante vi seguono effettivamente con regolarità. Per tutte le ore di tirocinio o per una frazione di esse (indicare quante ore)
- 8.6 Con quali compiti
- 8.7 In quali periodi annuali la scuola è chiusa. Vi capitano ore di tirocinio in quei periodi?
- 8.8 Vi capitano ore di tirocinio in giorni festivi?
- 8.9 Vi capitano ore di tirocinio di notte?

- 8.10 Vi capita di sostituire il personale di reparto nelle ore di tirocinio? Con quale frequenza?
- 8.11 Conoscete la pianta organica del vostro ospedale?
- 9.1 La direzione didattica è affidata ad un laico o ad un religioso?
- 9.2 Conoscete il nome del direttore amministrativo (se si indicatelo) e i nomi o almeno il numero dei membri del consiglio d'amministrazione?
- 10.1 Avete sviluppato lotte, su quali problemi, con quale controparte, come anno di corso, scuola, o con altre scuole?
- 10.2 Di quali lotte di corsisti siete al corrente?
- 10.3 Con quali scuole in lotta siete collegati?
- 10.4 Siete a conoscenza di assunzioni per incarico di allievi paramedici all'ultimo anno di corso?
- 10.5 Avete collegamenti con il consiglio dei delegati e/o con il sindacato (FLO)? Su quali temi?
- 11.1 Invierete delegati al 2° Congresso di Medicina Democratica, Movimento di Lotta per la Salute, il 9-11 giugno 78 al CTO di Firenze? Quanti?
- 11.2 Vi sembra utile l'iniziativa di questo questionario? Come vorreste che ne venissero socializzati i risultati?
- 11.3 Quali sono i difetti e le lacune di questo questionario?

Breve nota conoscitiva sulla situazione della rivista

Questa scheda riepilogativa dei dati di tiratura, distribuzione, abbonamenti, costi, ricavi debiti, e crediti è fatta con lo scopo di consentire a tutti coloro che si individuano nel movimento, leggono e diffondono la rivista, una conoscenza sufficientemente precisa dell'andamento della rivista che - è bene precisarlo - è il mezzo con cui il movimento a livello organizzativo si sostiene.

Come emerge dalla lettura dei dati negli ultimi numeri della rivista si è ridotta la vendita militante per l'impegno che questa comporta per molti referenti cercando di sviluppare la vendita nelle librerie e gli abbonamenti (dal n. 9 la rivista è venduta anche nelle edicole delle stazioni). I costi della rivista sono nettamente aumentati dal numero 5 ma questo, oltre che ad un reale aumento dei costi di carta, stampa, composizione, ecc., è stato dovuto ad una serie di altri costi cui si sono aggiunti (segreteria - organizzazione - poste - telefono - fotocopie ecc.)

Il n. 9 poi conteneva anche l'inserito in Braille che ci è costato ½ milione. I crediti e i debiti sono due voci che si annullerebbero reciprocamente se i compagni saldassero rapidamente i debiti arretrati. Purtroppo questo non avviene mentre una serie di nostri debiti hanno scadenze non procrastinabili.

Il comitato di redazione

N°	Copie Tiratura	Vend. militante	Cons. a distr.	Abb.ti	Residui	Invii gratis	Costi	Ricavi	Debiti	Crediti
0	9.000	6756	1800	239	7	74	1.040.000	3.162.030	-	
02	5.000	2770	1600	239	5	16	1.400.000	2.612.550	-	
03	10.000	4822	2260	241	1135	4	1.300.000	2.675.690	-	
04	10.000	4121	3500	241	900	7	2.699.000	1.646.640	-	
5	12.000	7093	3330	844	2780	139	3.837.000	1.990.950	1.640.000	
6	8.000	6610	3300	995	2315	-	3.213.520	1.346.350	1.614.500	
7	8.000	3524	3500	999	217	39	4.016.420	980.850 ¹	1.789.420	
8	8.000	3036	3200	1163	325	27	3.994.584	996.000 ¹	1.940.684	1.407.900
9	8.000	2612	3500	1312	388	38	4.189.284	751.634 ¹	3.239.800	2.702.850

1) Il dato è parziale per l'incompletezza dei pagamenti della vendita militante specie per i quantitativi più consistenti.

L'esperienza 150 ore « Donna e salute » L'intervento di compagne di Milano.

Perché 150 ore sulla salute della donna

Eravamo partite con dei corsi generali sulla condizione femminile. Si erano tenuti alla Università ed avevano sollevato un grande interesse. Avevamo verificato là che con questi corsi si ottenevano due risultati: le donne, ragionando sulla propria condizione, ne prendevano coscienza; sorgeva anche la esigenza di muoversi, di organizzarsi, di operare per cambiare la propria vita.

Era sorto però un primo problema: il riferimento centralizzato dell'università non offriva con facilità la possibilità di continuare a vedersi, riflettere, organizzarsi. Il corso quando finiva lasciava intatta una enorme disponibilità delle corsiste a proseguire il lavoro. E tuttavia il corso stesso non trovava un canale immediato ed agevole dove confluire. Né una pluralità di canali appariva corrispondente alla richiesta ed alla attesa.

Il secondo problema era che l'università sembrava selezionare, tra le corsiste, a sfavore delle operaie.

Da qui l'ipotesi di corsi decentrati nelle zone. Che avessero come riferimento un collettivo, una commissione femminile, un gruppo di donne organizzate in grado di porsi come riferimento anche per il dopo-corso. Che avessero anche un tema centrale capace di orientare iniziative pratiche, politiche, concrete con relativa facilità. La salute della donna, per esempio. Rispetto alla salute della donna personalmente abbiamo anche un'altra opinione. Che sia questo un argomento che permette la saldatura, nelle donne che lavorano e lottano, delle tematiche del movimento femminista e delle tematiche del movimento operaio.

Salute per noi donne vuol dire corpo, sessualità, maternità medicina utilizzata per rinsaldare la nostra esclusione.

Salute per noi lavoratrici vuol dire ambiente di lavoro ed ambiente di vita, strutture sanitarie e lotta per il loro cambiamento, nuova scienza con orientamento antipadronale e lotta per la prevenzione delle malattie e il diritto alla salute.

Dentro alla difficoltà complessiva di far quadrare la iniziativa del movimento di classe con quella del movimento delle donne, questo nodo si pone come ricco di possibilità, di intrecci e verifiche.

La sperimentazione l'anno scorso a Milano

Il primo corso è stato richiesto da un gruppo di donne di Baggio. Si trattava di un collettivo composto da casalinghe e non, già attivo nella zona per aver svolto una inchiesta sulla salute della donna e per aver organizzato corsi 150 ore di alfabetizzazione.

L'ipotesi che ci proponeva questo gruppo di donne di quartiere era la seguente: vogliamo capire meglio noi stesse, la nostra esperienza personale sulle questioni della salute, sessualità, maternità perché vogliamo essere punto di riferimento per un movimento di zona per il consultorio. Vogliamo anche sapere, perché molte cose non ce le hanno mai dette: da un sacco di informazioni ci hanno voluto escludere. E vogliamo verificare queste informa-

zioni sulla base della nostra esperienza perché è così, forse, che si può ridefinire una medicina della donna che risponda alle nostre esigenze.

Seguirono poi il corso di Vimercate, Monza, Giambellino, in cui il nucleo richiedente fu un gruppo di donne del sindacato, di quelle zone. Quasi sempre queste donne collocavano la progettazione del corso 150 ore in una ipotesi di lavoro continuativo tra e con le donne. Talvolta vaghissimamente (Vimercate; le delegate della Bassetti proponenti cercavano nel corso soprattutto la risposta alle loro difficoltà di costituire un collettivo sufficientemente ampio e attivo) sperando in un aggregarsi tra donne strutturate e solido; talvolta con in mente l'idea della avanguardia che va, propone, verifica e organizza. (Giambellino; l'intercategoriale della zona ha progettato il corso *perché voleva far partire un lavoro sulla salute della donna* in fabbrica).

Tutto spontaneo e differenziato allora? Nessun coordinamento provinciale?

No, non tutto spontaneo. La stessa sperimentazione è stata una scelta. Non facciamo un programma rigido (una proposta in questo senso era venuta dalla comm.ne socio-sanitaria della Fed. Cgil-Cisl-Uil) ma cerchiamo di stabilire sulla base di un progetto di massima la soluzione ad alcuni problemi di merito e metodo. Non cercando il modellino, buono per tutte le stagioni, ma tutt'al più cercando una verifica del progetto, una ipotesi di lavoro da offrire nelle discussioni progettuali come riferimento ragionato su cui costruire la propria specifica proposta.

I problemi che si sono presentati

La sperimentazione è stata allora molto ricca e contraddittoria. Sono venuti fuori problemi molto grossi - e in parte essi sono tuttora irrisolti.

Problemi di metodo: (come lavoriamo? tutte insieme, divise in gruppi? e se ci dividiamo in gruppi, come lavoriamo all'interno? discutendo la « lezione » dell'esperto o mettendo a fuoco e approfondendo la nostra esperienza? quale è il giusto equilibrio tra trasmissione di conoscenze che provengono dalla cosiddetta « scienza medica » e ricerca di nuove indicazioni sulla base dell'analisi della nostra vita? etc). E problemi di merito: ad esempio, per le lavoratrici, il grosso interrogativo riguardo la scelta del partire dal corpo, dalla propria esperienza di sessualità e maternità oppure del partire dal reparto, dagli acidi, dai ritmi etc.

Dalla esperienza dell'anno di sperimentazione, infatti, è nato il « coordinamento dei corsi sulla salute della donna » della nostra città che appunto approfondisce quel che la sperimentazione ha offerto come materiale irrisolto e che è il « laboratorio » cui si riferiscono quest'anno i gruppi di donne, di zona o fabbrica, che intendono realizzare un corso 150 ore nella loro situazione.

Le richieste sono state molte. Quindici gruppi di donne hanno elaborato un progetto di corso e questo se non altro riconferma l'interesse molto grosso che si consolida sulla questione del rapporto tra donna e medicina.

Quali risultati

Dicevamo già all'inizio che ogni corso ci risulta sia stato vissuto con molta gioia. Gioia delle donne di ritrovarsi, fiducia in sé stesse e nelle altre donne ritrovata sulla base di un lavoro comune, presa di coscienza della necessità di mobilitarsi, di diventare tante, di lottare, di contare.

E tuttavia non c'è da aspettarsi che le donne che hanno fatto il corso siano ora tutte avanguardie, tutte promotrici di lotte, tutte super-impegnate.

Molte - va detto - sono ritornate nel loro silenzio. Più coscienti, non più nemiche delle altre donne, ma ancora non protagoniste.

Chiaro - almeno a noi pare sia chiaro - che questo deriva non tanto dal corso stesso, dai suoi contenuti o metodi. Deriva essenzialmente dai dati gravissimi della situazione generale oltre che dalla immutata condizione di vita di queste donne.

Escono dal corso e cosa trovano, a Milano?

Il sindacato sull'argomento « donne » non riesce ad offrire luoghi continuativi, ambiti nuovi, forme d'aggregazione capaci di non negare la donna, la sua storia; capaci al contrario di recuperare le donne, la nostra storia, alla dignità di soggetto.

Il movimento delle donne è a Milano in un momento di attesa, di silenzio, di difficoltà.

Le donne, quindi, finiscono il corso e si trovano davanti una sola strada: la scelta di un impegno volontario, inevitabilmente gravoso, di costruire, pensare, progettare, sulla base di quel che hanno capito e di quel che continueranno a capire insieme alle altre.

Se hanno maturato - sul problema della salute della donna - la consapevolezza che bisogna lottare in fabbrica, nel territorio etc. esse devono *costruire* (e cioè pensare sul lungo periodo, rompere il progetto in tappe, stabilire con chi lavorare e con chi evitare lo scontro, etc.) Difficile disciplinarsi. Sottomettere ad una qualche ragione politica le proprie scoperte. Non accade per tutte. Per la stragrande maggioranza non accade.

Forse, ci chiediamo, era sbagliato attendersi tutto ciò, tenuto conto della situazione del movimento delle donne, del sindacato, della stessa Medicina Democratica a Milano?

Ci pare ci sia stato comunque un altro grosso risultato dei corsi; qui abbiamo saputo ritrovare il senso dell'imparare/insegnando; il relativo della nostra cultura e della nostra conoscenza; il carattere primario della stessa esperienza delle 150 ore. Insegnanti e corsiste non erano alla pari, in questi corsi, è vero: ma è vero anche che in questi corsi non è mai stato possibile proporre un discorso senza sentirsi verificate e messe in discussione, proporsi come esperto senza sentire il dramma dell'assurdità di questo ruolo.

Un'esperienza

L'anno scorso sono stati istituiti i primi corsi sulla *salute della donna*, nell'ambito dei corsi monografici delle 150 ore, richiesti da collettivi femministi sul territorio (Monza e Baggio) e in fabbrica (Vimercate).

Ritengo che la scelta dell'argomento sia stata felice, la mia partecipazione come una delle conduttrici del corso di Vimercate mi ha dato elementi per poter valutare. Il problema della salute, sia in fabbrica che non, viene vissuto dalle donne in maniera immediata, e trova un coinvolgimento sia personale che sociale, su cui quindi è più facile, anche se all'inizio le resistenze sono state notevoli, che le donne parlino e collettivizzano i problemi. Ovviamente ciò è stato facilitato dal fatto che in questi ultimi anni molti argomenti che prima erano tabù e non venivano mai trattati al di fuori del rapporto donna-medico (confes-

sore) grazie al movimento delle donne, sono usciti dalla clandestinità in cui erano vissuti (vedi ad es. contraccezione ed aborto).

Motivi delle iniziali resistenze, di cui accennavo prima, sono da una parte la non abitudine delle donne a parlare di se stesse e dei loro problemi, dall'altra un errore di metodo commesso da noi che conducevamo il corso. Eravamo partite con un programma prefabbricato, stilato prima ancora di conoscere le partecipanti e mai discusso con loro, ma solo presentato. Ben presto ci siamo accorte che la realtà in cui si svolgeva il corso non permetteva un programma rigido e con pretese scientifiche e che molto più corretto era raccogliere ed ordinare le esigenze emergenti e da ciò fare un minimo programma di lavoro. Si correva altrimenti il rischio di parlare di medicina senza tener presente che quella delle donne ha una sua specificità di cui è sempre stato tenuto conto in maniera negativa (le donne hanno le mestruazioni, le donne restano incinte, le donne sono isteriche ecc.).

Il corso doveva quindi servire a conoscere questa specificità, a dare strumenti per lottare affinché donna non sia più sinonimo di debolezza e di malaticcio, e affinché la sua condizione non sia più causa determinante di tanti disturbi, esempio ne sia la menopausa. Da ciò era emerso il problema del rapporto medico-paziente ed istituzioni-paziente vissuto sempre in maniera sottomessa e con una sorta di impotenza: il medico e le istituzioni rappresentano il potere da cui le donne sono escluse. Darsi gli strumenti affinché questi rapporti cambino in favore delle donne è un fatto determinante. Gli argomenti trattati nel corso di Vimercate riguardavano sia la salute della donna in particolare (contraccezione, aborto, gravidanza, parto,



nevrosi ecc.) sia l'ambiente di lavoro (rumori, ritmi, aborto bianco, gravidanze a rischio, stress ecc.) in continua correlazione fra loro, ma spesso le discussioni esulavano da questi argomenti a secondo di quali erano le esigenze immediate delle partecipanti. Ad esempio un intero incontro ebbe come argomento centrale la cassa integrazione e le scelte del sindacato, dato che in quel momento un gruppo di operaie della Bassetti era a casa per questo motivo. Argomento ricorrente e motivo di scontro era il problema delle rese (numero di pezzi minimo da consegnare finiti alla fine del mese), che con la medicina non ha una corrispondenza immediata. Argomento ricorrente perché a quasi tutte le lavoratrici creava dei grossi problemi di stanchezza, di paura di non riuscire ad arrivare in tempo, di nevrosi e motivo di scontro perché rimbalzava da una lavoratrice all'altra l'accusa di lavorare meno e di avere una resa più facile. Dopo un acceso dibattito siamo riuscite tutte insieme ad affrontare correttamente il problema, ponendo in discussione l'esistenza della resa stessa. È stato difficile riuscire ad ottenere una reale coesione all'interno del corso. Non è vero che l'essere donne garan-

tisce una comunione totale dei problemi. A Vimercate, vi era una spaccatura fra chi lavora per necessità e chi no, fra chi fa l'impiegata e chi l'operaia, fra chi ha una resa e chi un'altra ecc. Queste spaccature vanno ricomposte volta per volta, argomento per argomento, trovando punti in comune e non esasperandone altri.

Doloroso è il discorso di chi avrebbe garantito lo sbocco di questo corso, ipoteticamente e nella mia mente, le partecipanti al corso con il collettivo che lo aveva promosso ed il sindacato. Nella realtà, per quanto riguarda Vimercate: nessuno. Il collettivo che aveva richiesto il corso non vi ha partecipato, il sindacato di zona, i Consigli di Fabbrica sono rimasti i grandi assenti e così nessuno nella realtà ha dato un benché minimo sbocco operativo a questo corso. Resta comunque il dato positivo che un certo numero di donne, anche se ristretto, per tre mesi abbia avuto l'opportunità di imparare a discutere dei propri problemi, problemi sentiti e vissuti con difficoltà ma sempre individualmente.

Flore Bocchio e
Orsola Baldacci

« RIPRENDIAMOCI IL PARTO! – esperienze alternative di parto: resoconti, testimonianze, immagini », di Raven Lang, Savelli 1978.

Si tratta di una traduzione, curata da alcune compagne del gruppo femminista sul parto di Roma, di un libro pubblicato negli Stati Uniti nel 1972. La sua importanza e il suo significato al momento della sua uscita negli Usa sono riportabili ancor oggi nella situazione italiana, in un momento in cui la discussione della legge sull'aborto oltre a negare gli obiettivi del movimento delle donne su questo tema, tende addirittura a ricacciarci ancora una volta nel « privato ». Le testimonianze delle donne organizzate nei Centri Nascite che hanno scelto di partorire in casa sono tutte portatrici di un discorso in positivo sul parto e di un ritrovato « piacere » della maternità, di cui noi donne siamo da sempre state espropriate, relegate nel nostro ruolo di oggetti passivi e di « fatrici » sublimati nel sacrificio e nella sofferenza.

Il problema della maternità viene appunto affrontato nel senso di scelta consapevole, di tentativo di andare al di là dell'ospedalizzazione della maternità attuata dalla medicina; nella prima parte, infatti, le compagne che hanno curato la traduzione hanno portato alcune testimonianze di donne che hanno partorito in vari ospedali italiani e che dimostrano chiaramente come la naturalità del parto perda ogni suo connotato di fronte alla violenza dell'ospedale e delle istituzioni sanitarie.

Al contrario, le testimonianze delle



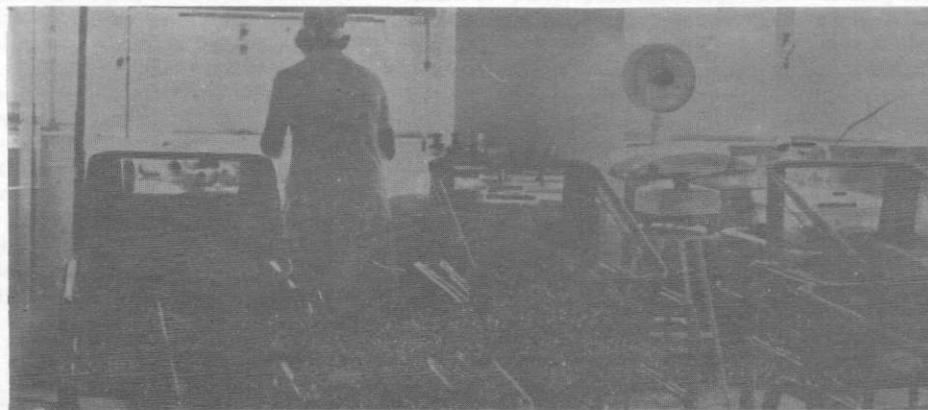
donne, fanno capire come tanto per la madre quanto per il figlio questa pratica porti al superamento di una serie di problemi ritenuti « normali » nel parto in ospedale (rifiuto del figlio, depressione, senso di isolamento, ecc.) e di cui tutti i libri scritti sulla maternità (generalmente da uomini luminari della ginecologia e ostetricia!!!) parlano in maniera stupidamente moralistica.

È ovvio che le esperienze dei Centri

Nascita di cui si parla nel libro e che si pongono l'obiettivo della pratica del parto in casa non sono generalizzabili a tutte le situazioni, né devono diventare patrimonio esclusivo di piccoli gruppi; questa pratica, come quella dell'autogestione dell'aborto, del self-help, devono servire a conoscere meglio noi stesse, il nostro corpo, e a capire meglio cosa possiamo e dobbiamo pretendere quando ci misuriamo con le istituzioni sanitarie, dall'ospedale al consultorio, ad acquisire maggiore potere nei confronti della prassi medica per poterci difendere meglio.

Questo libro è anche corredato da una serie di notizie tecnico-scientifiche e da una bellissima sequenza fotografica che a volte ha lasciato sconcertate anche le compagne, credo per l'immediatezza con cui le varie sequenze del travaglio e del parto vengono riprese. Queste immagini spesso provocano in noi un immediato collegamento alle sofferenze, alle umiliazioni e alle violenze che appunto migliaia di donne sono costrette a subire ogni giorno dentro le istituzioni sanitarie, anche quando devono partorire. L'utilità del libro è anche nel dare, attraverso le immagini, una dimensione più reale e più « dalla parte delle donne » di questo momento della nostra vita.

donne che hanno partorito in casa, circondate dagli amici, insieme al loro compagno e con l'aiuto di altre



salute della donna

**Secondo congresso nazionale
di MEDICINA DEMOCRATICA**

**FIRENZE 9/10/11 giugno 1978
presso Centro Traumatologico
Ortopedico, largo Palagi 1**

Invito a tutte

Vogliamo essere noi donne ad occuparci della nostra salute, ad identificare i nostri bisogni, a proporre metodi di intervento fuori e dentro le istituzioni. Per questo le nostre esperienze di piccoli gruppi devono emergere e diffondersi, diventando pratica quotidiana di tutte le donne.

Raggiungere una migliore conoscenza di noi stesse ci rende critiche di fronte all'uso maschile della medicina. Da qui emergere come soggetto politico ci è indispensabile per estendere a tutte le donne la riappropriazione della medicina e della salute e per difenderci contro la violenza dell'attuale sistema sanitario.

Socializziamo le nostre conoscenze fra i gruppi e le realtà di tutte le donne, prepariamo sintesi dei lavori fatti, materiali d'approfondimento, obbiettivi di lotta comune; ipotesi per la creazione di un coordinamento nazionale di dati ed espe-

rienze sulla salute della donna per garantire il massimo collegamento e la diffusione d'informazioni all'interno del movimento.

Parliamo anche di questo:

- Aborto
- Sessualità
- Lavoro
- Consultorio
- Centri di medicina autogestiti
- Istituzione sanitaria e nostri ruoli
- Ormoni e contraccezione
- Follia e psicoanalisi
- Self help, autovisita, estrazione mestruale
- Gravidanza e parto
- Menopausa e invecchiamento
- Pratiche alternative (erbe, ginnastica, alimentazione, medicina popolare)
- Tumori, isterectomia, mastectomia.
- Mestruazioni
- Sterilizzazione
- Ricerca scientifica, tesi di laurea, 150 ore sulla salute della donna
- Infezioni vaginali
- Inchieste nelle fabbriche e negli ospedali
- Psicofarmaci

Gruppo donne
controinformazione
e salute



Riportiamo qui di seguito la presentazione del libro pubblicato dalle compagne di Ferrara sulle lotte contro le istituzioni ospedaliere condotte sia dal Collettivo Femminista per il salario al lavoro domestico di Ferrara, sia da altre compagne in altre città.

« Lotta all'Ospedale di Ferrara: DIETRO LA NORMALITÀ DEL PARTO » a cura del Gruppo Femminista per il Salario al Lavoro Domestico di Ferrara - Marsilio Editori - I ed. 1978 - lire 3000

Questo libro non vuole solo raccogliere una serie di esperienze e di testimonianze delle violenze contro il nostro corpo; vuole essere soprattutto un'indicazione di organizzazione per le donne, per le nostre lotte sulla salute, per costruire il potere di imporre le cose che ci servono e ci fanno stare bene, prime tra tutte soldi, tempo e spazi nostri.

Anche la conoscenza del nostro corpo, dipende dal potere che, in quanto donne, insieme alle altre donne, riusciamo a sviluppare per sottrarlo all'uso e al controllo dello stato.

Non possiamo stare bene se non abbiamo la forza di rifiutare, e quindi di vedere e di conoscere fino in fondo nella loro concretezza, i carichi di lavoro che ci fanno ammalare.

Ad esempio la lotta che il Gruppo Femminista per il Salario al Lavoro Domestico di Ferrara, ha condotto contro il reparto Maternità dell'Arcispedale S. Anna, chiarisce le tappe percorse da noi donne: dall'appropriazione di strumenti e conoscenze tecniche per combattere le istituzioni sanitarie, all'approfondimento dell'analisi sulla nostra salute, alla ricomposizione di donne tra loro diverse per esperienze, condizioni sociali e carichi di lavoro.

Non ci importa sapere se la Clinica Ostetrica dell'Arcispedale S. Anna, rientra nella media delle cliniche italiane.

La normalità per le donne non può essere definita come naturale, o media ma solo come rapporto di forza collettivo di tutte le donne sulle condizioni globali della loro vita. La massa di lavoro che ci viene estorta proprio perché gratuita, ci consegna senza potere nelle mani dei medici, così come in quelle di mariti, padri, magistrati, preti, poliziotti...

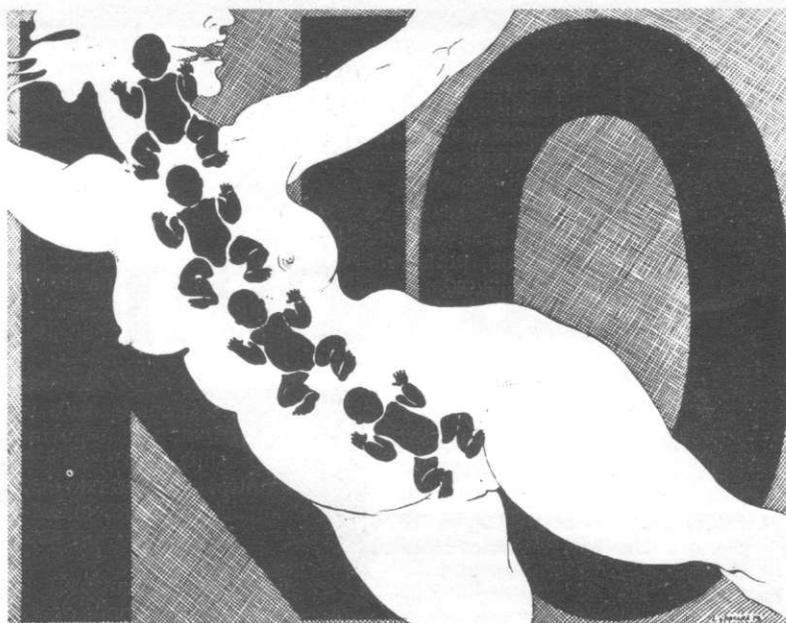
La lotta e l'organizzazione delle donne ha attaccato il loro comando e il loro controllo sul nostro corpo e sul nostro lavoro; è su questo patrimonio di lotte che ci incontriamo come donne.

Le esperienze nei diversi luoghi sono molteplici, vogliamo farne conoscere alcune, insieme alla nostra lotta di Ferrara, perché immediatamente collegate nella prospettiva di totale autonomia di analisi e di modi organizzativi. Presentiamo perciò anche documenti che descrivono le esperienze e le lotte per la salute che donne di altre città conducono negli ospedali e in fabbrica, pubblicando direttamente i resoconti delle donne che stanno conducendo queste lotte: - denuncia delle donne di Milano

sulle condizioni dei reparti di maternità negli ospedali e nelle cliniche anche le meno arretrate come la Mangiagalli;

- lotta delle infermiere di Padova contro le condizioni in cui sono costrette a lavorare in ospedale e che si sono mobilitate per il processo in cui una di loro, allieva infermiera, era accusata di abuso di professione;

- lotta delle donne della fabbrica Solari di Udine, che hanno ottenuto di poter fare visite ginecologiche in orario di lavoro.



*Si sta costituendo la
COOPERATIVA EDITORIALE
« MEDICINA DEMOCRATICA
MOVIMENTO DI LOTTA PER LA
SALUTE »*

*chiunque fosse interessato alla
sottoscrizione di quote di adesione
può rivolgersi direttamente a MEDI-
CINA DEMOCRATICA MOVIMEN-
TO DI LOTTA PER LA SALUTE,
CASELLA POSTALE 814, 20100
MILANO, Tel. 2361302*

Dalla « Medicina scolastica » alla riappropriazione della salute nella scuola.

- L'impostazione dei servizi di medicina scolastica è decisamente inadeguata ad affrontare seriamente un impegno di prevenzione nell'età scolare. Nelle migliori situazioni di funzionamento del servizio, questo si limita ad un controllo generico delle condizioni di salute dei bambini, inviando a strutture specialistiche di 2° livello quelli in cui si ravvisa il sospetto di una malattia o di una anomalia da accertare. Non vi è nessun intervento sull'ambiente scolastico, nè viene attuato alcun tentativo di individuare gruppi di bambini a rischio. Tale quadro emerge chiaramente dalle relazioni statistiche dell'attività di medicina scolastica del Comune di Milano. Colpisce il numero elevato di bambini (17.447 ad es. nel 1970/71) avviati a strutture specialistiche di 2° livello, comunali o convenzionate, e non può sfuggire la considerazione che questa modalità di procedere del servizio medico-scolastico sia anche funzionale al mantenimento di tali ambulatori o centri di accertamento diagnostico.

Da segnalare tra l'altro, l'elevato numero di bambini 2344 nel 1970/71 selezionati, avviati in strutture specialistiche e di conseguenza « etichettati » per « disturbi nervosi » o « del linguaggio » ed il numero notevole di schermografie eseguite (10.904 nel 1970/71), inutilmente per oltre la metà dei bambini (6.308) che erano positivi al test tubercolinico, ma in quanto erano già stati vaccinati contro la TBC!

- Le strutture di medicina scolastica sono caratterizzate dalla mancanza di strumentazione anche minima a livello periferico (sale mediche) della presenza di due sole figure sanitarie: medici ed assistenti sanitarie. In particolare il personale medico è assunto a gettone e con contratto libero-professionale per un tempo molto scarso (3 ore giornaliere, quasi mai interamente lavorate), a oltre 7.000 lire l'ora, non viene selezionato nè qualificato e concepisce generalmente questo servizio come riempitivo economico mettendolo all'ultimo posto dei suoi interessi e impegni professionali. Le assistenti sanitarie sono poche (v. decreto Stammati) e oberate da attività burocratiche e di controllo che si traducono il più delle volte in iniziative repressive nei confronti dei bambini (allontanamenti, invii in istituti ecc.). Tra medici e assistenti sanitarie il rapporto è di tipo autoritario e privo di quello scambio di conoscenza che potrebbe indurre il servizio un poco più aderente alla realtà. Con tali premesse, non può che risultare un servizio scadente, spesso repressivo inadatto ai suoi compiti, o inutile perchè ripetitivo di altri interventi attuati in sede diverse (ambulatorio del medico generico, ambulatorio pediatrico, ambulatorio specialistico mutualistico, ecc.)

Gli strumenti regionali

La regione Lombardia tenta la strada della riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi con una preoccupazione di salvaguardare con l'elaborazione tecnica, completamente calata dall'alto, sulla popolazione utente e senza che si prevedano in essa motivi di controllo e gestione da parte dei cittadini, siano essi i genitori, alunni, lavoratori della scuola.

In effetti la proposta regionale, sostituisce alla attuale organizzazione ed alle sue figure professionali chiaramente

superate, (medico scolastico, assistenti sanitarie, équipes tecniche che, situate nel territorio e facenti capo ai Consorzi Sanitari di Zona (le future unità sanitarie locali della « riforma sanitaria »), dovrebbero attuare sui bambini delle scuole screening di massa per la diagnosi precoce (impropriamente definita prevenzione secondaria) di alcune malattie o malformazioni (TBC polmonare, cardiopatie reumatiche e congenite, anomalie scheletriche, disturbi visivi e uditivi), selezionandoli secondo un unico criterio: le classi di età.

Tale metodologia, limitando l'intervento ad alcuni settori di patologia, non prende in considerazione alcun altro fattore di rischio oltre all'età, ed utilizzando esclusivamente strumenti tecnici (apparecchi vari, tests, esami del sangue, esami radiologici ecc.) se da una parte migliora sicuramente la prestazione diagnostica, dall'altra non porta sostanziali contributi nel senso della prevenzione reale o « primaria » che vede e ricerca nelle condizioni ambientali e di vita, nei contenuti e nell'organizzazione della scuola, nel modo di produrre e di organizzarsi della società, le cause delle malattie osservate nella popolazione. Non solo, ma lascia esclusivamente in mano ai tecnici, i soli che sanno fare funzionare gli apparecchi diagnostici e conoscono la chiave interpretativa dei dati che essi forniscono, la gestione degli interventi sanitari, automaticamente escludendo gli utenti, di necessità privi delle conoscenze specifiche.

Queste modalità non mutano il rapporto struttura sanitaria utente, lasciando ai tecnici completa delega di tutelare (si fa per dire) la salute, risponde anche alla necessità di tentare di introdurre « sedativi sociali » per ridurre i conflitti e la ribellione di fronte a situazioni di ingiustizia, disagio, e rischio derivanti da cause sociali ed economiche, dalle aggressioni alla collettività ed al territorio perpetrate in ordine al mantenimento dei profitti.

Questa « medicalizzazione » di bisogni che sono, sociali e che andrebbero affrontati con scelte politiche ed economiche, e non con esami clinici o visite mediche, consente da una parte di non mettere in discussione le cause di malattia e di malessere legate all'ambiente ed alla organizzazione del lavoro, della società e della scuola ponendo il problema dei rapporti di produzione, dall'altra di aprire nuovi mercati per l'industria produttrice di apparecchiature diagnostiche e tecniche per i vari centri diagnostici, anche privati, che così traggono ragione ampi guadagni sottraendo all'Ente locale denaro che potrebbe essere utilizzato per l'attuazione di servizi territoriali finalizzati al soddisfacimento dei reali bisogni di salute della popolazione. Quest'ultimo aspetto riveste particolare importanza anche in considerazione della ristrutturazione in atto all'interno della industria farmaceutica, che ha spostato di investimenti per i farmaci in altri paesi (Terzo Mondo) aprendone di nuovi nei paesi industrializzati nel settore degli apparecchi medicali e diagnostici; più di una di queste industrie, ha avviato linee di produzione o di rappresentanza commerciale in questi campi e la pressione per ricercare un adeguato mercato è una conseguenza, più che ovvia, di tali scelte produttive.

Una ulteriore considerazione va fatta riguardo alla constatazione che la Regione non ha fatto nessuno sforzo per reperire, coordinare e socializzare le esperienze condotte pe-

rifericamente, in varie situazioni operanti sul territorio: ha preferito ovviamente imporre soluzioni elaborate centralmente, unicamente sulla scorta dei pareri tecnici e senza alcun confronto con la realtà del territorio. Questo vale anche per l'unico strumento di lavoro proposto: la cartella regionale che è di notevole complessità sia in fase di compilazione e stesura che in fase di lettura, strumento inutilizzabile a livello di ogni scuola per avviare ad una conoscenza immediata ed ampia dei rischi per la salute dei bambini conoscenza, base di ogni possibile prevenzione. La elaborazione statistica dei dati presenti nella cartella è, infatti, affidata a calcolatori regionali sulla cui efficienza vi sono fondati dubbi (vedi Seveso): questo rende attualmente improbabile la possibilità di avere, se non per tempi lunghissimi, dati « di ritorno » gestibili nelle scuole da genitori, insegnanti, bambini e dallo stesso servizio medico-scolastico per modificarne le situazioni di rischio.

Le proposte del comune di Milano

Il progetto del Comune di Milano sull'istituzione del servizio pediatrico di Zona per altro ancora molto generale, contiene aspetti di razionalizzazione dei servizi in analogia al comportamento regionale (integrazione della medicina scolastica in un servizio più ampio di intervento sanitario della età evolutiva localizzato sul territorio; passaggio al rapporto di lavoro contrattuale ed a tempo pieno degli operatori sanitari, compresi i medici; avviamento dei consultori pediatrici ecc. Vi sono quindi accennati momenti di reale innovazione, che, se resterà la volontà di realizzare in concreto, potranno dare un taglio interessante al progetto facendolo andare nel senso della prevenzione. Vi si accenna, infatti, alla necessità di tenere presenti nei vari momenti in cui articola l'intervento, i fattori di rischio ambientali e sociali che possono causare o facilitare le malattie ed i disturbi presenti nella popolazione infantile. Il progetto è invece carente (forse perché ancora generale) e nato all'interno di « Tecnici ») sugli aspetti più specifici della scuola, dei fattori di rischio in essa presenti e delle modalità di intervento all'interno di questa istituzione.

Proposte alternative

Abbiamo cercato quindi di formulare alcune proposte alternative che avvicinino un dibattito tra i soggetti politici della lotta per la salute nella scuola fornendo al movimento strumenti operativi per una reale pratica di prevenzione intesa come eliminazione della cause di malattie. Questo contributo portato al dibattito tra la gente forse potrà servire a modificare, almeno parzialmente o integrare il progetto regionale, in modo da favorire l'aspetto della prevenzione primaria, poco rappresentato in esso, come già si è detto.

L'esperienza di Castellanza

A questo proposito, si è preso contatto con il gruppo permanente di lavoro del centro di medicina preventiva di Castellanza, ove si sta conducendo una esperienza nuova di medicina scolastica basata sulla identificazione dei gruppi di bambini a rischio rispetto a vari fattori in stretto collegamento con il territorio e con le fabbriche.

Tra le riflessioni che stanno alla base di questo progetto, ci sembra opportuno sottolineare le seguenti:

– la vera prevenzione esige che sia la scuola a cambiare anche attraverso una specifica attenzione nei confronti della salute dei bambini ed un conseguente cambiamento

degli interventi didattico-sanitari. Questo significa che un programma preventivo nella scuola trova il suo punto di forza nella didattica, negli insegnanti e nella loro volontà e capacità di comprendere lo stretto legame tra educazione e salute, nella possibilità di costituire gruppi di lavoro, studio e ricerca all'interno del normale lavoro della scuola, sui temi della salute e della sua tutela, coinvolgendo gli alunni, sollecitando la completa espressione della loro soggettività e favorendo la partecipazione dei genitori. Un lavoratore delle 150 ore, in una recente serata di studio, di fronte alla esposizione del nostro progetto riguardante la analisi ambientale delle strutture scolastiche, ha affermato che se fin da scuola si fosse stati educati a non considerare le malattie come qualcosa di « inevitabile e fatale » ma a ricercarne le cause nell'ambiente imparando ad analizzarlo, sarebbe ben più immediata la comprensione dell'importanza della lotta per la salute in fabbrica, ben più facile la sua organizzazione e ben maggiore la capacità di gestire direttamente gli interventi di prevenzione e bonifica.

– occorre spostare sempre di più il rapporto struttura medica utente dal piano individuale (medico/paziente) al piano collettivo (équipe socio-sanitario / gruppo di lavoro bambini / insegnante o gruppo di bambini a rischio). Per questo, riteniamo che la parte più importante della nostra proposta, riguardi o la metodologia di lavoro che prevede la attuazione di un reale discorso di non delega e di sollecitazione della partecipazione ed alla valorizzazione delle soggettività dei gruppi omogenei di popolazione scolastica. Questa metodologia comporta l'uso di una serie di strumenti di lavoro che si riferiscono alla analisi dell'ambiente scolastico ed ai suggerimenti di didattica (educazione sanitaria, apprendimento di tecniche di autoesame clinico, ecc.)

Studiare le condizioni di vita

Si è quindi proceduto alla elaborazione e stesura di proposte di strumenti di lavoro.

1) Il primo di questi è un questionario che va compilato da parte dei genitori di ogni bambino.

Scopo del documento è una raccolta dei dati che consentano di identificare l'esposizione degli alunni ad una serie di rischi che possono giocare ruolo significativo sulla loro salute. I vari settori del questionario sono:

– Dati sulla situazione economica e lavorativa della famiglia del bambino. È noto infatti che le malattie in generale ed alcuni disturbi, in particolare (turbe del carattere o del sistema nervoso, difficoltà di inserimento o di apprendimento,) sono più frequenti in determinate situazioni di difficoltà economica o di disgregazione del nucleo familiare, ed esistono relazioni tra lo stato di salute del bambino ed il lavoro dei genitori, il loro titolo di studio, l'organizzazione della famiglia, il numero dei figli, ecc. Queste conoscenze possono consentire sia di verificare gli effetti noti di questi fattori di rischio, che di impostare una ricerca su effetti ignoti tra il lavoro dei genitori e malformazioni congenite del bambino, ad esempio legate ad esposizione dei genitori ad agenti fisici o chimici teratogeni (che danno cioè malformazioni) presenti sul luogo di lavoro. Nel questionario non compaiono domande sul rapporto genitori / figli per il rischio di ottenere risposte diverse dal reale. Tuttavia, questo aspetto va indicato in ogni bambino per la notevole importanza che ha sullo sviluppo psichico e somatico (es. tipo di educazione impartita, uso di punizioni e di che tipo, presenza dei genitori in termini di tempo con i figli e loro disponibilità ad un rapporto educativo positivo, tipo di giochi permessi o proibiti, ecc.)

- Dati sulla abitazione del bambino e sull'ambiente circostante. I collegamenti con i potenziali rischi sono abbastanza intuitivi. Vivere in una casa piccola e affollata oltre al disagio psicologico, comporta il rischio di più facili e frequenti contagi di malattie virali, batteriche o parassitarie: ricordiamo a titolo di esempio, le infezioni con virus a localizzazione intestinale, le infezioni streptococciche, le salmonellosi, le parassitosi della pelle (pidocchi, tigna, scabbia) o intestinali (vermi). Analogo significato riveste la assenza o inadeguatezza dei servizi igienici. Il tipo di riscaldamento può influire sulla suscettibilità ad ammalare di infezioni delle vie respiratorie o del faringe

(bronchiti, bronco-polmoniti, faringotonsilliti, tracheiti). La mancanza di cortili, o di altre aree per il gioco ed il movimento, costituisce una remora per una crescita armonica dell'apparato osteo-articolare e muscolare, favorendo la gracilità, i dismorfismi, il nervosismo.

- I dati sull'ambiente circostante l'abitazione, dove vive, gioca e si muove il bambino rivestono sempre maggiore importanza in considerazione della aggressione alla salubrità ambientale da parte dei cicli produttivi industriali. Lo schema seguente fornisce una serie di indicazioni sui possibili effetti nocivi esercitati sull'organismo dai vari fattori di rischio considerati nel questionario.

A - *Vita in località con clima o microclima inadeguato* possibili effetti nocivi: disturbi respiratori (faringiti, laringiti, tracheiti, bronchiti, tonsilliti, TBC polmonare, asma) reumatismo articolare acuto

B - *Abitazione in vicinanza di strade a grande traffico* possibili effetti nocivi: disturbi da irritazione delle vie aeree (tracheo-bronchiti asma) per inalazione di gas di scarico inalazioni di vari inquinanti disturbi nervosi per rumorosità eccessiva lesioni traumatiche per incidenti stradali

C - *Mancanza di spazi agibili in prossimità dell'abitazione* possibili effetti nocivi: disturbi nervosi per inibizione del naturale bisogno di movimento anomalie scheletriche (paramorfismi) incapacità muscolare a tollerare sforzi fisici cattiva alimentazione

D - *Vicinanza di fabbriche inquinanti rispetto all'abitazione* possibili effetti nocivi: nocività specifiche in rapporto al tipo di lavorazione (coloranti, amianto, ecc.)

per cui occorre conoscere bene il tipo di fabbrica ed il rapporto col territorio

disturbi nervosi da rumore
disturbi irritativo allergici alle vie aeree se la fabbrica emette fumi, vapori, gas irritanti

disturbi gastro-enterici per inquinamenti del suolo o delle acque potabili (cromo, mercurio, trielina, oli minerali, ecc.)

disturbi cutanei (dermatiti o dermatosi da contatto)

E - *Vicinanza dell'abitazione ad ambienti sporchi, infetti, non igienici* (servizi igienici pubblici, discariche di rifiuti e, corsi di acqua inquinati, fognature scoperte, ecc.)

possibili effetti nocivi: diffusione di parassiti
diffusione di malattie infettive (salmonellosi, colera, epatite virale)

disturbi gastro-enterici
disturbi cutanei (dermatiti irritative e infettive)

- I dati sulla alimentazione del bambino possono rendere ragione di eventuali disturbi o ritardi nella crescita, oppure di disturbi intestinali (cattiva digestione, stitichezza, diarrea, gonfiore della pancia, ecc.)

La conoscenza di quello che mangia il bambino, serve a dare indicazioni precise ai genitori per correggere eventuali errori e prevenire le conseguenze negative.

- Notizie sulle abitudini del bambino servono anche a comprendere i criteri educativi che vengono usati in famiglia, oltre che fornire una idea sul grado di condizionamento operato dai mezzi di informazione di massa (TV) e sul tempo dedicato allo studio, allo sport, ed al movimento, (fattori utili allo sviluppo psichico e dell'apparato osteo-muscolare).

- Le informazioni sull'assistenza sanitaria danno indicazioni sulle possibilità che il bambino sia stato curato adeguatamente; esprimono le condizioni generale di vita in cui è il bambino.

Studiare le condizioni sanitarie dei bambini da questi dati:

A) Potranno emergere eventuali disturbi o rallentamenti della crescita e dello sviluppo somato-psichico, che potranno essere correlati con tutti gli altri fattori di rischio presi in considerazione nel questionario (lavoro dei genitori, titolo di studio, abitazione, tipo di alimentazione, ecc.)

B) Tipo e numero di malattie già sofferte con indicazione precisa del momento in cui tali fatti morbosi sono comparsi. Questo dato è di notevole importanza perché consente una valutazione di incidenza delle malattie (= frequenza di nuovi casi nei vari gruppi a rischio), con la possibilità di ottenere informazioni precise sotto il profilo epidemiologico sugli effetti dei rischi considerati.

C) Raccolta e valorizzazione delle osservazioni fatte dai

genitori sul bambino che spesso sono molto più precise ed orientative di quelle emergenti dalla visita medica di necessità breve, quando non affrettata.

Le osservazioni dei genitori invece consentono di « mirare » lo studio clinico in modo che la analisi medica potrà essere meglio organizzata, dedicando più tempo a quei bambini nei quali i genitori hanno avvertito la presenza di anomalie o disturbi. Analogamente, potranno essere correttamente indicati eventuali esami strumentali adeguati ad accertare la presenza di malattia.

D) Indicazioni sui farmaci assunti dal bambino, in passato o attualmente, e dei procedimenti diagnostici cui è stato sottoposto. Tali informazioni sono preziose, in quanto è sempre più diffuso il rischio di malattie « iatrogene » soprattutto nella popolazione infantile. (allergie a farmaci, intolleranze, disturbi gastro-intestinali, uso di sostanze psicotrope, esposizione a raggi X o altre radiazioni ionizzanti, ecc.). Da questi dati, si potrà anche conoscere come viene, in generale, condotto il procedimento diagnostico e terapeutico, spesso scorretto quando non palesemente errato o inutile.

Studiare le scuole

Il secondo strumento operativo proposto è rappresentato dallo studio dell'ambiente scolastico vero e proprio, e dei fattori di rischio per la salute in esso presenti.

Tali elementi di nocività, possono derivare sia dall'ambiente (ad es. per scarsa igiene, insufficiente illuminazione, mancanza di protezioni anti-infortunistiche, inadeguato microclima, vicinanza della scuola con fattori di inquinamento, rumore, ecc.), sia dai servizi prestati dalla scuola, come la refezione ad es., che soprattutto dal modo di fare didattica. La scuola e la didattica vanno considerate come un ciclo produttivo, da analizzare in tutte le sue fasi per evidenziarne gli elementi positivi o negativi per la salute fisica e psichica degli alunni. Così ad esempio, la didattica tradizionale si avvale di strumenti come la lezione cattedratica, il dettato, il libro di testo che, da una parte, impartiscono nozioni e non sviluppano il senso critico delle informazioni, limitando il meccanismo dell'apprendimento alla acquisizione cieca e « fiduciosa » di regole e norme, dall'altra costringendo gli alunni a permanere varie ore in posizioni fisse e scorrette che facilitano la comparsa di difetti scheletrici. Contrariamente a sistemi innovativi e partecipativi di didattica, che oltre a facilitare lo studio collettivo sostituendolo alla lezione cattedratica, stimolano la capacità di valutare criticamente le informazioni ricevute attraverso il confronto e la ricerca arrivando alle ragioni che determinano le regole e le norme, consentono, anzi esigono per essere attuati, il continuo movimento degli alunni (spostamenti dei bambini, uscite dalla scuola per ricerche sul quartiere, ecc.), lo sviluppo delle capacità critiche, di apprendimento favorendo così il normale sviluppo fisico oltre che psicologico.

Forniremo nel prossimo numero una serie di schede che rappresentano un possibile mezzo per realizzare, nel concreto, quanto abbiamo sopra esposto, vale a dire la formazione di gruppi di lavoro di insegnanti, bambini e genitori che studino insieme la scuola e ne portino i risultati a confronto con la salute dei bambini, così come è stata valutata dal servizio medico-« scolastico ».

Un altro aspetto importante oltre alle schede è una serie di indicazioni perché insegnanti, genitori e bambini riconoscano attraverso semplici modalità di osservazione ed analisi, varie anomalie o difetti presenti negli organismi dei bambini (scoliosi o altri difetti scheletrici, deficit della vista o dell'udito, disturbi della parola ecc.) sostituendo, in tal modo, i vari screenings condotti da équipes tecniche esterne alla scuola e spostando concretamente in mano

agli utenti, anche gli strumenti operativi di tutela della salute.

Da ciò emerge una modalità realmente nuova di realizzare il servizio medico « scolastico », cui spetta il compito, prima di tutto, di aiutare la formazione degli insegnanti, genitori e bambini perché in gruppi di lavoro, siano in grado di analizzare l'ambiente scolastico ed autogestire i primi screenings di base.

Il servizio medico opererà solo successivamente sui dati forniti da tali gruppi di lavoro o sui bambini da essi segnalati, restituendo poi i risultati dei vari accertamenti ai gruppi stessi con un costante lavoro di integrazione e scambio reciproco. Ne scaturiscono tutte le premesse per un reale cambiamento delle situazioni « a rischio », e, quindi per una reale prevenzione.

Questa è la prima fase del lavoro dei compagni di Milano. Nel numero seguente è previsto l'intervento dei compagni di Castellanza e l'esemplificazione delle schede usate.

*Premio Giulio Maccacaro
Indetto dalla rivista
Unità Sanitaria
Sarà consegnato agli autori
delle relazioni prescelte a Firenze
in occasione del
2° Congresso Nazionale*

Un'esperienza nelle « Scuola Cani Guida »

« Basta, basta con i carrozzoni, servizi sociali alle Regioni »: era uno degli slogan che gridavano insieme i compagni e le compagne del « Comitato disoccupati ciechi » e quelli del « Consiglio unitario dei delegati » dei lavoratori dell'ente « Unione Italiana Ciechi » in una manifestazione fiorentina contro gli enti inutili.

Ma dove sono i servizi sociali? Quali sono? Da chi sono gestiti? Forse non sono bene informata, ma basta guardarsi intorno per rendersi conto dello schifo che regna negli Ospedali, nelle scuole, nelle mutue ecc.

Chi sono gli handicappati? Hanno bisogno di servizi sociali? Questa società si pone davanti ai problemi delle persone con difficoltà fisiche o ignorandoli o coltivandoli in serra. Le serre infatti si tengono bene per vendere i fiori a caro prezzo. Gli handicappati si trattano negli istituti perché gli speculatori possano intascare tutti i milioni stanziati dallo stato.

A questo proposito, voglio parlare della mia ultima esperienza fatta nella « Scuola Cani Guida » di Scandicci (Firenze).

Il cane, per le persone non vedenti, è molto importante: dà loro la possibilità di muoversi per le strade con una certa sicurezza, anche se deve essere la persona per prima ad impegnarsi, imparando per lo meno i percorsi abituali. Voglio dire che sarebbe ora di finirla con la storiella del cane che è « gli occhi del cieco », che sa contare le fermate degli autobus, sa leggere e... forse scrivere.

Nella scuola da vari anni si addestrano cani femmine del tipo pastore tedesco per un periodo di 3 mesi, affinché diventino cani guida. Segue a questo periodo un altro di circa 20 giorni insieme con il destinatario del cane.

Lo stato, per questo servizio, stanziava 50 milioni l'anno all'Unione Italiana Ciechi. La maggior parte dei cani è generalmente regalata dalle persone più diverte; inoltre, benché alla scuola arrivano anche molti lasciti, per avere ancora soldi l'U.I.C. usa mezzi di propaganda come le figurine Panini, francobolli del tipo di quelli per finanziare i lebbrosi dell'India ecc. Chi se li prenderà tutti questi soldi? Gli addestratori dei cani sono solo otto. Ognuno di essi addestra un massimo di sei cani alla volta. Il loro lavoro è svolto con molta passione, anche se fino a poco tempo fa i lavoratori

subivano un trattamento repressivo in tutti i sensi. Ancora oggi l'U.I.C. in mille modi cerca di mettere divisioni tra loro, perché ogni lotta dà fastidio al prestigio dell'Ente. Il quale ha infatti assegnato un alloggio all'interno della scuola a due soli addestratori, dando lavoro alle rispettive mogli e discriminando fra i lavoratori. In questo modo i « privilegiati » sono in realtà sempre ricattabili e quindi divisi dagli altri mediante una politica paternalistica e nepotista.

Ogni anno vengono svolti in media 5 corsi. Per frequentare il corso bisogna fare domanda all'U.I.C. Tranne pochi che non aspettano molto tempo, tutti gli altri sono costretti ad aspettare per anni.

I corsisti sono in media una ventina; tra questi, qualcuno va a prendere il cane per la seconda volta, qualcun altro va a riprendersi il proprio cucciolo dato in addestramento e gli altri vanno a prendere il cane per la prima volta.

I venti giorni di corso sono stati per me molto squallidi; innanzitutto perché l'ambiente, escluso il contatto umano con gli istruttori, mi è apparso tetto e freddo; poi perché la conduzione della Segreteria era particolarmente sdolcinata e non sincera. Di questa ipocrisia di fondo mi sono resa conto immediatamente: infatti ero « sorvegliata » ogni momento, la sera andavo a letto molto presto perché era il regolamento e siccome ero l'unica donna, il « guardiano notturno » aveva l'ordine di chiudermi a chiave dall'esterno per « proteggermi » dagli eventuali maschi, che avessero potuto sbagliare porta!

Tra i compagni di corso, lasciati sostanzialmente a se stessi senza alcuna iniziativa culturale e sociale, molto raramente esisteva un vero dialogo, la maggior parte delle volte si chiacchierava così, tanto per passare il tempo. Quando qualcuno accennava minimamente a cambiare le cose con qualcosa di impegnativo, erano solo botte da orbi. La qualcosa non è assolutamente giustificabile, considerando la vita separata e isolata che queste persone per lo più hanno vissuto e vivono. Tanto meno possono essere giustificati, ad esempio, coloro che cercano di coinvolgere le persone più deboli in una continua pratica di servilismo verso chi li ha raccomandati e chi fornisce loro la carità del cane. Il quale invece è un diritto delle persone non vedenti, come lo è il servizio di « accompagnamento », oggi riconosciuto solo per i ciechi in guerra.

Ma, per concludere, la cosa più assurda è questa: grazie ai decreti governativi di applicazione della L. 382 del 1975 (sul decentramento dello stato) gli istruttori di cani guida e i lavoratori dell'U.I.C., che hanno lottato per lo scioglimento dell'Ente, dovranno andare a finire nel « ruolo unico » dello Stato a fare tutto tranne l'assistenza, che passa agli Enti Locali. Magari gli istruttori verranno messi ad addestrare i cani poliziotto, non alla solidarietà, ma alla aggressività! E l'U.I.C., di fronte a questa stortura, ne approfitta per manovrare affinché la scuola rimanga di proprietà privata, dato che è una fonte enorme di guadagni. Noi invece, insieme ai sindacalisti militanti dell'Ente, sosteniamo che la scuola

Il 2° inserto BRAILLE uscirà per il Congresso Nazionale 9/11 Giugno 1978 presso il CTO di Firenze in 1000 copie, la traduzione in nero per motivi di tempo non è riprodotta direttamente sulla rivista, ma sarà disponibile ciclostilato al Congresso. Per informazioni e eventuali prenotazioni rivolgersi alla sezione di Medicina Democratica di Firenze
Via del Prato 52 - Tel. (055) 412229.

deve andare alle Regioni, eventualmente consorziate tra loro. Gli stessi istruttori sono disponibili ad andare chi al nord, chi al sud per un periodo sufficiente a mettere su almeno altre due scuole e consentire così più cani guida in tempi più brevi e con meno disagi per i non vedenti, costretti oggi ad attese lunghissime, a viaggi e difficoltà enormi con le famiglie e con i rispettivi posti di lavoro, che devono lasciare per il corso senza alcun diritto a permessi speciali e sostegni economici.

Spero che anche questa mia modesta cronaca serva a lottare contro le manovre di coloro che vogliono sabotare la riforma dello stato e della assistenza sociale.

Lucia Serio
via R. da Ceri 5, Roma

Prego voler pubblicare sulla Vostra rivista il seguente articolo nella rubrica riservata ai non vedenti.

L'Optacon

Quale privo della vista plaudo all'iniziativa di « Medicina Democratica » per essersi aperta ai problemi dei non vedenti con l'inserito braille, nella propria rivista. Ho letto con interesse il movente che anima i redattori della rivista e, pur non sottovalutandone la portata umana e sociale che tende a rompere uno stato di emarginazione, personalmente ritengo che ben poco potrà giovare l'iniziativa di « Medicina Democratica », tenuto conto dei costi e della voluminosità della scrittura braille, per cui scarse notizie di attualità inerenti alla stampa comune, specie quotidiana e periodica, potranno essere apprese direttamente da un cieco, se ci si continua a limitare al solo sistema braille.

Da qualche anno vi è un ritrovato tecnico: l'optacon, che consente ad un cieco, abilitato all'uso di un tale apparecchio, di leggere la comune scrittura in nero, sia in stampa che in corsivo. *

L'optacon dà la possibilità all'interessato di accedere, con immediatezza, alla stampa quotidiana e periodica di cui sente maggiormente la carenza, oltre che, ovviamente, alla cultura libraria in genere. Questo apparecchio, però, costa 3.500 dollari USA, cioè oltre L. 3.000.000, e nessun privo della vista, o quasi, può avvalersene in quanto, per averne una effettiva utilità, deve poterlo avere in dotazione personale.

In Italia, quasi nulla si è fatto in concreto per fornire ai ciechi l'optacon e,

neppure tra essi, chi lavora può concedersi il « lusso » di acquistarlo, tenuto conto che si deve pagare al momento della consegna in un'unica soluzione, non essendo consentita alcuna forma di rateizzazione.

Riguardo al problema delle biblioteche comuni, le quali dovrebbero essere fornite anche di testi braille, le difficoltà per la trascrizione di questi, i loro costi e l'enormità dello spazio occorrente, mi lasciano scettico circa i tempi di realizzazione.

Le biblioteche pubbliche, però, potrebbero benissimo acquistare due o tre optacon così che i ciechi che lo desiderino possano recarsi a leggere direttamente ed autonomamente quelle opere, in nero, più confacenti alle proprie esigenze culturali, presso dette biblioteche.

Quindi, coloro che vogliono realmente battersi contro l'emarginazione dei non vedenti devono tener conto dell'esistenza dell'optacon, apparecchio portatile, di modeste dimensioni, e con una autonomia di cinque ore di lettura quando ci si avvale dell'accumulatore già predisposto allo stesso, anziché della normale rete elettrica.

Un tale apparecchio faciliterebbe l'inserimento degli studenti ciechi nella scuola « normale », potendo essi così usufruire dei comuni testi scolastici, evitando nel contempo, la ghettizzazione degli istituti speciali « di categoria », nonché il continuo ricorso a lettori vedenti, molto costosi e sempre limitativi dell'autonomia del privo della vista. Inoltre, va evidenziato che chi possiede da tempo l'optacon raggiunge una scorrevolezza di lettura sulle sessanta parole al minuto, e che, con assiduo esercizio, può conseguire una velocità di ottanta-novanta parole al minuto, specie se l'apprendimento dell'uso dell'optacon avviene sin dalla tenera età.

Questo scritto, buttato giù in fretta, vuole essere un modestissimo contributo per sensibilizzare l'opinione pubblica, tramite « Medicina Democratica », su un problema veramente importante, con l'auspicio che la società e le autorità responsabili, in primo luogo, si adoperino affinché uno strumento così utile e rivoluzionario sia fornito a tutti i ciechi abilitati all'uso e non diventi, invece, un ennesimo strumento di cui potranno avvalersi soltanto i privi della vista benestanti, e non i comuni lavoratori e gli studenti che verrebbero a trovarsi ancora di più « cittadini di serie B ».

Nel ringraziare per l'ospitalità che vorrà darsi al mio scritto, porgo molti cordiali saluti.

Pescara, 26 Aprile 1978

Orazio Spinelli
via Umbria 83 - 65100 Pescara

Avvisi

Abbiamo ricevuto alcune richieste di abbonamento con indirizzi incompleti. Indichiamo qui sotto le parti comprensibili, pregando gli interessati di fare pervenire gli indirizzi completi a Milano.

Antonietta Groia - Potenza

... - Monzuno - Via Belvedere 12

Ci è ritornato il seguente abbonamento, spedito con inizio dal n. 9:

Pietro Infelise - Via Cisanello 147 - 56100 Pisa

Invitiamo l'interessato a farci pervenire l'indirizzo esatto.

Si è svolto a Palermo il 28 e il 29 marzo '78 un convegno internazionale organizzato dall'USIS (servizio informazioni statunitensi) sul tema «Energia, economia, ambiente». Al convegno ha partecipato, non come relatore, il compagno Fernando di Jeso, direttore responsabile di Medicina Democratica che ci ha rilasciato questa intervista:

Centro F. Lorusso di Palermo: Tu pensi che l'organizzazione di questo convegno abbia qualche legame con la centrale nucleare che vogliono costruire in Sicilia?

di Jeso: Il discorso è iniziato all'insegna delle fonti energetiche così dette rinnovabili, ma si è subito capito che in realtà è funzionale all'ideologia della ineluttabilità del nucleare, almeno nel così detto periodo di transizione. Anche l'intervento di Lovins, esponente inglese dell'associazione internazionale «Amici della Terra», decisamente antinucleare, è stato piazzato in una sessione a parte, senza nessuna possibilità di confronto, ad esempio, con i due relatori della sessione precedente, fautori non solo del nucleare, ma del nucleare veloce, quello al plutonio; i quali hanno presentato sotto veste scientifica, e per indiscutibile l'ipotesi falsa ed allucinante che praticamente l'unica fonte di energia rinnovabile dopo il 2000 sia il plutonio. Alla sessione di questi punti «plutonisti» non si è fatta seguire alcuna discussione.

CFL: A proposito della polemica tra i «plutonisti», come tu li chiami, l'americano Rathjens, del MIT, e Salvetti, vice presidente del CNEN, sul fatto che il ritrattamento del combustibile fuori dagli Stati Uniti incentiverebbe o meno il terrorismo al plutonio, non ti sembra che questa «polemica» sia allucinante, perché non tiene conto di un dato, cioè il parere delle popolazioni?

di Jeso: Forse abbiamo avuto una sprazzo di cosa intende Carter quando dice di voler impedire la proliferazione dei reattori al plutonio. Le sue preoccupazioni non sono certo ecologiche, ma politico-militari e di controllo sul combustibile nucleare prima e dopo il 2000. Rathjens si preoccupava di dimostrare una illimitata disponibilità, fino all'anno duemila, di fornire uranio americano all'Italia e ad ogni altro paese interessato, nonché la necessità di ritrasportare e custodire in USA le scorie da ritrattare al sicuro da proliferazioni incontrollate di armi al plutonio o addirittura di furti di plutonio da parte di terroristi nel corso del ritrattamento. Nell'anno 2000 gli USA darebbero inizio all'era del plutonio ritrattando tutto il carburante accumulato e mettendolo a disposizione di tutti, proprio come una vera mamma sollecita. Salvetti invece rivendicava la possibilità per l'Italia di garantire la massima sicurezza contro i furti e sabotaggi durante il ritrattamento, ad esempio utilizzando metodi di ritrattamento precoce delle scorie, che sarebbero talmente nocive da scoraggiare gli eventuali sabotatori (!). Ma a nessuno dei due veniva in mente di confrontarsi con il parere delle popolazioni, o almeno con il parere dei pur «selezionatissimi» tecnici partecipanti al convegno, sulla decisione, che sembrava già presa, di un futuro al plutonio, sulla quale i due relatori mostravano un accordo perfetto.

CFL: Il discorso sulla Soft Technology portato avanti da Amory Lovins e Lorenzo Matteoli, incaricato di Tecnologia dell'Ambiente Costruito al Politecnico di Torino, che collegamento può avere con le lotte contro il nucleare, quando tutto sembra già deciso?

di Jeso: I dati tecnici dei due relatori sono preziosi per il movimento di lotta contro le centrali nucleari e, più in generale, per il movimento di lotta per la salute. Ad esempio, i dati di Lovins, che è stato consulente ufficiale dell'attuale amministrazione USA, sostengono che per i fabbisogni italiani futuri basterebbe la sola fonte idroelettrica. Naturalmente questi dati devono essere socializzati ed utilizzati in un discorso che deve essere gestito in proprio dalle stesse masse popolari che gestiscono la lotta. Lorenzo Matteoli ha preso le distanze dalla lotta di classe e, anche se ha considerato la «scienza applicata» non neutrale, ha salvato uno spazio di neutralità alla «scienza pura». Lovins ha molto correttamente sottolineato che la svolta di un modello di sviluppo basato sulla «tecnologia dura», che prevede un ricorso sia pure parziale a fonti energetiche nucleari, non è compatibile con l'utilizzazione di fonti pulite e con il modello relativo, basato sulla «tecnologia tenera» e antagonista al primo. Nemmeno egli, però, sembra motivato da una scelta di classe, per cui ritengo necessario che i dati di questi scienziati vengano presi nella massima considerazione dal movimento, socializzati al più presto, ma soprattutto rielaborati e gestiti in prima persona e senza la benché minima delega.

CFL: Cosa pensa di fare MD su questo argomento?

di Jeso: Nella riunione di MD tenutasi il 30 maggio qui a Palermo hanno partecipato anche compagni di altre sedi; si è parlato a lungo di questo problema, in particolare del Documento della Sezione Siciliana del «Comitato Nazionale per il Controllo delle Scelte Energetiche» di cui fa parte anche Medicina Democratica, Movimento di lotta per

la salute. Proporrò questo documento per la pubblicazione sul prossimo numero della rivista. La linea di MD è di un no assoluto alle centrali nucleari anche per il così detto periodo di transizione. Del resto si è capito bene a cosa servono le nuove megacentrali, nucleari e non, proposte dall'ENEL. Sia il vice direttore Gianfranco Castelli, di questo ente, sia altri esponenti di altri enti presenti, come Umberto Colombo, direttore della Divisione Ricerca e Sviluppo della Montedison, hanno proposto le centrali come fonte alternativa di posti di lavoro (!), in sostituzione di altre installazioni industriali. Sembra inverosimile, incredibile, ma è proprio così: centrale in Calabria a Gioia Tauro al posto del Centro Siderurgico. Ma il bisogno delle «megacentrali» non derivava proprio dalla previsione dell'installazione di questi «megacentri» industriali?

DOCUMENTO DELLA SEZIONE SICILIANA DEL «COMITATO NAZIONALE PER IL CONTROLLO DELLE SCELTE ENERGETICHE».

Negli ultimi mesi del '77 controllo popolare sulle scelte energetiche.

A cura del Centro Francesco Lorusso del Movimento degli Studenti di Palermo

Documento del Comitato Siciliano per il controllo delle scelte energetiche

Negli ultimi mesi del '77 è stato approvato il Piano Energetico Nazionale (P.E.N.) che dovrebbe determinare la strategia energetica italiana nei prossimi anni:

una delle decisioni principali riguarda l'installazione di dodici centrali elettronucleari.

Queste scelte non sono solo tecniche, riguardano, invece, la vita di tutti, riguardano l'organizzazione e lo sviluppo dell'economia e della società italiana nei prossimi anni; per questo riteniamo necessaria la più ampia informazione sulle possibilità di scelta delle fonti di energia e, soprattutto, riteniamo fondamentale il controllo popolare su questa scelta.

Premessa

Per inquadrare il problema energetico è necessario fare alcune considerazioni. In genere si è legata la crescita dei consumi energetici alla crescita del prodotto nazionale lordo; questa relazione, se poteva avere un senso in un periodo di basso costo dei combustibili, non ne ha più alcuno oggi, quando, anzi, la tendenza deve essere quella di una eliminazione degli sprechi e dell'aumento della efficienza con cui viene utilizzata l'energia. Particolarmente inefficiente risulta la produzione di energia elettrica, vi-

sto che oltre la metà dell'energia primaria (carbone, petrolio, uranio, etc.) necessaria alla sua produzione si perde durante la conversione e la distribuzione. Nei paesi industrializzati l'energia elettrica rappresenta, attualmente, solo una parte, tra il 20 e il 25%, del consumo energetico totale; mentre gli usi per cui è insostituibile sono tra l'8 e il 10%. Le stime ufficiali in Italia prevedono un aumento della percentuale di elettricità sui consumi totali, questa tendenza pare giustificata solo con l'intenzione di un inserimento su larga scala delle centrali elettronucleari.

Un'altra premessa da fare riguarda la distinzione, nell'ambito delle varie forme di energia, tra quelle rinnovabili e quelle non rinnovabili.

Le fonti non rinnovabili, quali il carbone, il petrolio, il gas naturale, l'uranio, rappresentano i combustibili accumulati nella crosta terrestre nel corso dei millenni e che l'uomo sta consumando ad un ritmo estremamente rapido. Nella misura in cui le riserve di queste fonti energetiche diminuiscono aumenta il loro costo di estrazione: questa è una legge economica verificabile tutti i giorni e che non può essere invertita. Il capitale destinato al settore energetico tende in questo modo a salire costantemente venendo a limitare, tra l'altro, le possibilità di investimenti in altri settori.

Le energie rinnovabili, quella solare, eolica, geotermica, della biomassa, non si scontrano invece con questo limite fisico e quindi l'economicità di un loro utilizzo diventa sempre più evidente.

Sicilia

Attualmente, in Sicilia, nella produzione di energia elettrica c'è una eccedenza, rispetto alla richiesta, che viene esportata in continente attraverso l'elettrodotto dello stretto di Messina (che era stato costruito, invece, per importare energia elettrica in Sicilia). Da oggi al 1985 L'ENEL prevede, sempre per la Sicilia, il raddoppio della potenza installata, mentre le previsioni, anche quelle più ottimistiche, di sviluppo economico dell'isola sono al di sotto della richiesta prevista dai programmi dell'ENEL.

Questo significa che, con l'attuazione di questi programmi, aumenterà la quota di elettricità esportata.

In questa situazione si inserisce la decisione del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) di installare in

Sicilia una centrale elettronucleare CANDU (reattore ad uranio naturale progettato in Canada) da 600 megawatt.

Da quanto abbiamo visto prima l'energia elettrica prodotta da questo reattore andrà a finire, in buona parte, in continente attraverso l'elettrodotto che L'ENEL ha già in programma di potenziare.

Senza contare che, qualora fosse necessaria una maggiore disponibilità di energia, sarebbe molto più economico l'impiego del metano algerino che nei prossimi anni arriverà in Sicilia con il metanodotto già programmato.

Scelta elettronucleare

La scelta prevalentemente elettronucleare, contenuta nel P.E.N., pone però una serie di perplessità: sulle possibilità di rischio; sulla dipendenza dell'Italia dalle multinazionali e da alcuni paesi stranieri; sulle conseguenze economiche ed occupazionali.

Queste perplessità si sono manifestate in tutti i paesi dove è stata fatta la scelta nucleare, tanto tra gli scienziati che tra la gente, che, infatti, si è mobilitata contro l'installazione delle centrali.

I rischi sono presenti in tutto il ciclo nucleare, dal funzionamento della centrale fino allo smaltimento delle scorie, e rappresentano uno dei punti più controversi della scelta atomica.

Alla dipendenza energetica dell'Italia dai paesi produttori di petrolio e dalle compagnie petrolifere si aggraverà la dipendenza sia dalla tecnologia nordamericana, sia dall'approvvigionamento dell'uranio arricchito, (contrariamente a quanto afferma la propaganda che viene fatta sulle possibilità di una maggiore indipendenza energetica grazie alla scelta atomica).

Costi crisi occupazione

Ma quanto ci costeranno queste centrali?

In Italia nessuno ha ancora avuto il coraggio di dire ufficialmente quanto ci costeranno, quello che è certo è che, negli ultimi anni, il costo di un reattore si è moltiplicato per quattro, senza contare l'aumento di sette volte del prezzo dell'uranio arricchito.

Le previsioni officiose dei costi, per le centrali previste dal P.E.N., oscillano intorno ai 15.000 miliardi (e non si capisce se in questa cifra è

compreso il costo dello smantellamento delle centrali che si aggira, a seconda delle stime, dal 4 al 5 per cento del costo di costruzione delle centrali stesse)

Queste cifre rappresentano, nella attuale situazione di crisi, un immobilizzo di capitali talmente elevato da paralizzare eventuali scelte energetiche alternative (tanto è vero che il P.E.N. non prevede stanziamenti per le fonti rinnovabili), e, di fatto, ostacolare ogni seria ipotesi di riconversione industriale e di aumento della occupazione.

Su questo aspetto è necessario fare molta chiarezza: una centrale da 1.000 megawatt richiede circa mille operai nella fase di costruzione, e circa duecento tecnici super-specializzati, per il funzionamento; mentre, in rapporto alla zona dove viene collocata, non crea attività indotte, ma distrugge il tessuto produttivo preesistente (come l'esperienza dei grossi impianti petrolchimici insegna).

Rendimento

Ma questa scelta, almeno, contribuisce a risolvere il problema energetico nazionale? E in che misura? Nel 1988, data prevedibile (se tutto va secondo i piani ufficiali) per la entrata in funzione di tutte le centrali, queste forniranno solo il 7% di tutto il fabbisogno energetico nazionale!!!

Alternative

Questo dato va messo in relazione con le recentissime previsioni del Comitato Nazionale delle Ricerche (C.N.R.) relative al possibile risparmio di energia convenzionale, in Italia, utilizzando nel prossimo decennio l'energia solare; in queste percentuali: del 4,3%, in caso di debole incentivazione governativa, e del 12,8%, in caso di forte incentivazione.

Le fonti ufficiali, in questo caso, dimostrano quello che ci può offrire subito una sola delle fonti rinnovabili.

Studi analoghi sulle altre fonti, (vento, calore sotterraneo, biomassa, etc.) sono già stati fatti e dimostrano le enormi possibilità che abbiamo di fronte.

Cosa manca perché vengano usate le fonti rinnovabili?

Non la verifica tecnica ed economica, che è già stata fatta con risultati positivi, manca invece la volontà politica per mettere in pratica le conoscenze scientifiche; quando, addirittura, non ci si trova di fronte alla distruzione di un patrimonio

tecnico già operante, come nel caso della geotermia che negli anni scorsi è stata trascurata dall'ENEL.

L'acqua e la Sicilia

Facciamo un esempio, un piano per le acque, in Sicilia, permetterebbe, con un investimento ed un arco di tempo molto vicini a quelli necessari per l'entrata in funzione della centrale elettronucleare CANDU:

1) di sistemare i corsi d'acqua, ripulendo così al dissesto idrogeologico; di creare una rete di laghi con i quali alimentare numerose centrali idroelettriche di ridotte dimensioni; di rimboschire le montagne, tenendo conto della flora mediterranea preesistente; di sistemare gli acquedotti e le reti di distribuzione urbana; di irrigare centinaia di migliaia di ettari;

2) con queste centraline idroelettriche, che possono essere prodotte ed installate da piccole industrie siciliane, è possibile produrre energia elettrica in modo articolato, legato allo sviluppo della richiesta, (da anni l'ENEL segue una politica di chiusura di queste centraline, in Sicilia ed in continente, quindi si tratterebbe di ripristinare l'uso e costruirne di nuove);

3) dando acqua alle città siciliane; migliorando le condizioni di vita e di lavoro nelle campagne; dando obiettivi comuni a disoccupati e occupati, in città e nelle campagne; realizzando un controllo effettivamente democratico della produzione di energia elettrica.

Tutto questo porta ad uno sviluppo economico equilibrato e diffuso, all'aumento della produzione alimentare, di legname, etc., disponibile sia per il consumo locale, sia per fornire materie prime ad industrie di trasformazione e conservazione localizzate nell'isola; creando le condizioni concrete per l'obiettivo fondamentale della piena occupazione.

Fonti rinnovabili

È necessario, a questo punto, precisare che le fonti di energia rinnovabili non sono di per sé positive, la questione fondamentale è come viene organizzata la produzione di energia.

Le Multinazionali, oggi, sono lanciate verso la sperimentazione e la applicazione su vasta scala dell'energia solare, ma non soltanto di questa, con una tecnologia

particolarmente complessa e con impianti di grandi dimensioni; per acquisire e mantenere il controllo anche su questa fonte di energia, altrimenti non controllabile e disponibile per tutti.

Le fonti rinnovabili hanno, appunto, la possibilità di essere usate contro le scelte delle multinazionali, verso la costruzione di un diverso modello di sviluppo e di controllo dal basso dell'energia:

a) è possibile sfruttare queste fonti rinnovabili per produrre energia (non solo elettricità) con piccole ed efficienti unità produttive, semplici tecnologicamente, la cui produzione può e deve avvenire localmente, affidata a piccole industrie e a cooperative di produttori, lasciandone la manutenzione ed il controllo alle comunità che ne usufruiscono;

b) abbiamo visto che l'installazione di reattori elettronucleari non sviluppa l'occupazione, piuttosto ne distrugge, questo è un effetto comune a tutte le scelte energetiche che concentrano la produzione di energia e usano tecnologia complessa.

Rifiutando di proseguire su questa strada è possibile creare una grande quantità di posti di lavoro, per la costruzione, per la manutenzione e la installazione di questi nuovi impianti.

Facciamo un altro esempio: i 1.000 megawatt di una centrale nucleare potrebbero essere ottenuti mediante la costruzione di mulini a vento, di tecnologia semplice ed affidabile, con un costo complessivo inferiore, erogazione di energia in tempi brevissimi e con la creazione di una quantità di posti di lavoro almeno venti volte superiore a quella indotta dalla costruzione del reattore.

Conclusioni

Le scelte ufficiali energetiche sembrano essere economicamente poco valide, non accrescono l'indipendenza nazionale, presentano una serie di rischi e vanno nella direzione di una società centralizzata ed autoritaria.

Dietro queste scelte ci sono interessi economici enormi sia a livello nazionale che internazionale, che indubbiamente hanno avuto un peso notevole nella determinazione di questa strategia energetica. Molto più rispondente ai reali bisogni del popolo ed immediatamente realizzabile sembra essere una strategia che punti, da un lato su di un aumento dell'efficienza nell'uso dell'energia, cioè una seria politica

di conservazione dell'energia, e dall'altro su di un rapido sviluppo di tutto l'arco delle energie rinnovabili, con la caratteristica del decentramento della produzione e della semplicità della tecnologia.

Questa scelta appare fondamentale per garantire una maggiore indipendenza energetica, per rispondere all'esigenza di lavoro, per ridurre i rischi ambientali, per un controllo dal basso di uno dei fattori determinanti il tipo di sviluppo economico e i rapporti internazionali. Cosa si può fare?

Negli ultimi anni abbiamo potuto verificare, quanto siano costose in termini economici ed umani, le scelte fatte dai « tecnici » e dai « politici » nel chiuso dei palazzi romani.

Il bilancio disastroso dell'economia, la distruzione delle forze produttive, la disoccupazione, l'inquinamento dell'aria, dell'acqua, del mare, di terre un tempo fertili, impongono la partecipazione di tutto il popolo a scelte fondamentali come quelle energetiche.

Per questo vogliamo contribuire alla formulazione di un programma energetico per la Sicilia, che tenga conto delle scelte possibili già oggi, che venga fatto in collaborazione con le comunità locali, con i disoccupati, con le donne, con i lavoratori, con le forze sindacali e politiche, con gli scienziati e i tecnici.

Il « Comitato Siciliano per il Controllo delle Scelte Energetiche » si propone di approfondire questi temi ed ha una funzione di informazione e di mobilitazione per realizzare un reale controllo popolare sulle scelte energetiche.

Comitato Siciliano per il controllo delle scelte energetiche.

SOMMARIO N. 1

Editoriale

Movimento:

- La mozione di Castellanza - Milano 29/30 novembre '75
- Introduzione al Convegno di Napoli 22 febbraio '76

Fabbriche:

Colleferro: si organizza la lotta contro la nocività.

Droga:

Contributo di M.D. di Pavia

Assistenza:

Emarginazione e scuole speciali

Militari:

Per la difesa della salute in caserma

Sindacato:

Salute e territorio

Quartiere:

- Lotte per la salute a Secondigliano (Na)
- Controllo popolare sulla refezione scolastica della Bovisa (Mi)

Handicappati:

Documento del Comitato Unitario Handicappati di Genova

Donne:

Consultori delle donne e per le donne - Documento del CRAC di Roma

medicina democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

Un momento le reti le condizioni di vita e di lavoro della classe operaia e della classe operaia sono oggetto di una lotta incessante gli processi del disprezzo da parte del capitale, dalle crisi politiche ed economiche degli "organismi" di una deformazione e di una parzialità di classe, sottopopolazione e prostrazione delle istituzioni a tutti i livelli, in una continua lotta per la salute della classe operaia come movimento per la salute in quel spazio storico nel più vasto campo della borghesia, che è quello di disprezzo permanente il proletariato e i suoi figli di organizzazione in fabbrica e nel territorio. Il capitale monopolistico ed il regime di, che ne garantisce gli interessi, non sono solo la causa della alienazione che genera invecchiamento e malattia, ma diventano questi

programma e un lavoro comune

Psichiatria Democratica:

un collegamento organico per battere la divisione tra fisico e psichico

Elaborati di commissione:

- Commissione « fabbriche »
- Commissione « ospedali e università »
- Commissione « territorio »
- Gruppo lavoro sulla salute della donna

Editoriale

L'adesione del Partito Socialista Italiano
Il saluto dei compagni del PCI

Gli interventi al Convegno

SOMMARIO N. 3

Mao Tse-tung: in memoria
di Norman Bethune

PALESTINA

ICMESA

La campagna sull'assenteismo: un progetto pre stroncare la resistenza operaia (di Alberto Colombi)

DOCUMENTO. Ospedali Riuniti di Parma; il Consiglio di Amministrazione e l'assenteismo

DOCUMENTO. Ravenna: assenteismo operaio?

Il nuovo prontuario farmaceutico, razionalizzazione e speculazione (di Giuseppe Lojacono)

SOMMARIO N. 2

Relazione introduttiva di G.A. Maccacaro

Relazioni al Convegno:

- La scienza che nasce dall'esperienza operaia (Cdf Montedison di Castellanza)
- Un modello di intervento per la salute sul territorio (ISES, Secondigliano)
- Rifutare il corporativismo medico non basta più
- Il bambino è una persona (Comitato per la difesa dei diritti dei bambini in ospedale)
- La prevenzione al primo posto
- La situazione della lotta negli ospedali
- Le cause sociali di malattia al centro della nuova didattica (Collettivo Medicina Democratica di Roma)
- Il movimento delle donne e l'autogestione della salute (CRAC, di Roma)

Magistratura Democratica:

l'impegno per un

medicina democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

La scienza delle altre società - economiche, scientifiche e politiche - le reti e le reti di sviluppo non esistono, le società e di un potere senza responsabilità e di un potere senza coscienza. Perché siamo noi i più sfruttati e più oppressi che sempre ogni nostra parola, che è un movimento che abbiamo sentito prima esprimersi come speranza progettuale e poi segue come volontà personale da un tempo più forte, efficace, orientato, costruito, organizzato di base, la costruzione di un'Alleanza Democratica, movimento di lotta per la salute. Il punto oggi è: mondo di base, mondo operaio e sanitario come questo, non è soltanto un movimento di partecipazione, ma è una lotta per abbattere con tutte le forze, le istituzioni e la politica salutare di noi stessi.

SOMMARIO N. 4

Le conclusioni del Convegno:
« La nocività dalla fabbrica al territorio »

E.N.P.I.: ente nazionale promozione infortuni

Ospedale e territorio - di M. Gaglio

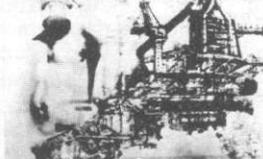
Sulla condanna del Dott. Fogher - Medicina Democratica di Trieste

ABORTO: apriamo il dibattito

Una comunicazione del settore « Formazione dell'ope-

medicina democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



ratore sanitario »

ERITREA: un appello dal popolo eritreo

Medicina Democratica in Libano

A che punto è il contratto degli ospedalieri?

Documenti e materiali di Magistratura Democratica e Psichiatria Democratica



SOMMARIO N. 5

GIULIO A. MACCACARO:

Criteri fondamentali per fare una rivista di movimento (inedito-1973)

ALTAN:

Aborto repressione industria

GABRIELLA BANCHI:

Handicappati ed emarginazione

FRANCO BASAGLIA:

La libertà è terapeutica

GIORGIO BIGNAMI:

Sugli psicofarmaci

FLORA BOCCHIO:

Donna, salute e lavoro

PIETRO FEDERICO:

Uso delle nuove leggi sul lavoro: molto al padrone poco all'operaio

MICHELE COIRO

DINO GRECO

FRANCESCO MUSIANI

DOMENICO PULITANO

MARCO RAMAT:

Interviste: verso il 3° Congresso Nazionale di Magistratura Democratica (Rimini 23/24/25 aprile)

UGO ATTARDI

ALFIO DI BELLA

MARINO VULCANO:

I mostri non passeranno

CONSIGLIO DI FABBRICA

MONTEDISON CASTELLANZA:

Promemoria sul salario e sul costo del lavoro

DELEGATE DEL CONSIGLIO

DI FABBRICA SELÉNIA ROMA:

Indagine sulla salute delle lavoratrici in Selenia

COLLETTIVO DONNE C.S.P.

SECONDIGLIANO NAPOLI:

Contadini braccianti disoccupati

CENTRO DI MEDICINA

DELLA DONNA MILANO:

I centri di medicina della donna

SETTORE DI M.D.

PER LA FORMAZIONE

DELL'OPERATORE SANITARIO:

Università: documenti momenti di lotta

MEDICINA DEMOCRATICA

DI FIRENZE:

Assistenza agli anziani

UN COMPAGNO DI PORDENONE:

Le lavorazioni del legno qui...

COMPAGNI DELLE FORZE

POPOLARI DI LIBERAZIONE

DELL'ERITREA:

Gli obiettivi raggiunti: economia, medicina

SOMMARIO N. 6

RIFORMA SANITARIA:

- Una proposta di riflessione e di dibattito
- I progetti di legge a confronto col movimento
- Farmaci - L'esperienza di Spinea (VE)

MEDICINA DELLE DONNE:

- Note sul ricovero di una donna in ospedale
- ... e tu partorirai con dolore...
- L'esperienza nei Consumatori a Sesto S. Giovanni e a Cinisello (MI)
- La pratica dell'autogestione del Centro di medicina della donna di Milano

CARCERI:

- L'uso della medicina nelle carceri
- Un intervento di Giulio Maccacaro

OPERATORE SANITARIO:

- Lotte degli studenti nelle università e nelle scuole paramediche

TERRITORIO:

- L'esperienza della Cromac in Lunigiana
- Lotte degli handicappati per uscire dal ghetto



SOMMARIO N. 7

REPRESSIONE E CARCERI:

- Per un lavoro sistematico ed organizzato di M.D. sulle carceri
- Detenzione speciale di Holger Meins
- Detenuti politici in Germania. Appello internazionale

- Dalla relazione dei consulenti tecnici di parte sul caso Petra Krause

NOCIVITÀ E INQUINAMENTO:

- Cancerogenesi ambientale e possibilità di prevenzione
- Marghera: nocività da CVM PVC
- L'acrilonitrile è cancerogeno per l'uomo

AUTOGESTIONE DELLA SALUTE:

- L'esperienza del CdL di Trezzano contro il PCB
- Una proposta al movimento contro la diossina

IRFORMA SANITARIA:

- La 349 contro la riforma sanitaria

MEDICINA DELLE DONNE:

- Contributo delle compagne del Centro di Medicina della donna - giugno 1977 (2ª parte)



Medicina Democratica e Psichiatria Democratica

CARICERI/REPRESSIONE:

Contributi della commissione carceri
Le carceri speciali: dal modello architettonico all'annientamento del dissenso, di M. Pavarini
Testimonianza del direttore del carcere di Novara

MANICOMI CRIMINALI:

A proposito della morte di Antonio Martinelli, a cura del Comitato d'inchiesta sulla morte di A. Martinelli

UNIVERSITÀ:

Lavoro precario e lotte nell'università del coordinamento nazionale lavoratori precari

SPECIALE:

La violenza delle istituzioni sanitarie: bambini in ospedale, a cura del Comitato di lotta per la difesa del bambino ospedalizzato
La carta dei diritti dei bambini in ospedale

SOMMARIO N. 8

REPRESSIONE E CARICERI:

- Una proposta al movimento
- Petra Krause: psichiatria e potere

MANICOMI CRIMINALI:

- La morte di Antonio Martinelli

CANCEROGENESI:

- La legislazione sulle sostanze chimiche cancerogene in alcuni paesi industrializzati

INSERTO SPECIALE SULLE CENTRALI NUCLEARI

NOCIVITÀ E INQUINAMENTO:

- Codogno come Seveso?
- L'inquinamento delle acque a Lonate Ceppino (Varese)

MEDICINA DELLE DONNE:

- Scheda di lavoro sui tumori mammari

FABBRICHE:

- Pordenone: notte sulla situazione sanitaria in alcune matalmeccaniche

AUTOGESTIONE DELLA SALUTE:

- Ancora a proposito di PCB



TERRITORIO/INCENERITORI:

La diossina a S. Donnino (Firenze)

INSERTO SPECIALE IN BRAILLE

NON VEDENTI:

Spazio autogestito dai compagni non vedenti
Contro l'emarginazione, di Luigi Mangia

BIOPROTEINE:

Ancora sulle bioproteine, a cura del Gruppo di lavoro di Medicina Democratica sulla bioproteine

SPERIMENTAZIONE CLINICA:

Scienza e crimine del capitale, di Gianni Belcaro e Daria Prosperi

COMUNICATI STAMPA

INFORMAZIONI EDITORIALI DEL CENTRO DOC. DI PISTOIA

SOMMARIO N. 9

LA NON-RIFORMA SANITARIA:

Contributi della segreteria nazionale di



SEGUE ELENCO LIBRERIE

SICILIA

PALERMO Centofiori, Dante, Nuova Presenza
CATANIA Cuecm, Culc, Di Stefano, La Cultura

VENETO

TRENTO Agostini Silva
VENEZIA Al Fontego, Cafoscarina, Cluva,
BASSANO DEL GRAPPA Bassanese, Scrimin
VERONA Edb Bertani
CORNUA Bordin
PADOVA Calusca tre, Cortina, Feltrinelli
TREVISO Canova
BADIA POLESINE Centro D. Polesano
ROVIGO Centro D. Polesano
TRIESTE Cluet,
UDINE Cluf, C.L. Borgo Aquileia, Tarantola
GORIZIA Coop. Incontro
PORDENONE Coop. Libri, Ed. De Zan
VITTORIO VENETO Coop. Libreria
MESTRE Galileo (Bagnolo), Moderna
ESTE Coop. Giordano Bruno
TREVISO Io e gli altri
MONFALCONE Rinascita
VICENZA Spazio Più

EMILIA ROMAGNA

BOLOGNA Dcs, Feltrinelli, Il Picchio, Libellula
FERRARA Bovolenta, Centro Controinformazione
IMOLA Campo Aperto
CESENA Centro Doc. « Grillo Parlante », Bettini
FORLÌ Coop. Forlivese, Ed. Foschi
RIMINI Coop. S. Giuliano
PARMA Cuep, Feltrinelli
REGGIO EMILIA Del Teatro, Rinascita, Vecchia Reggio,
FAENZA Incontro
RAVENNA La scimmia
MANTOVA Minerva, Sereni
CARPI Rinascita
MODENA Rinascita, Universitaria
SUZZARA Ulisse

MARCHE

TOLENTINO Bottega del libro
PESARO Campus
ANCONA Clua, Fagnani
URBINO Cuet, Goliardica
MACERATA Piaggia Floriani
ASCOLI PICENO Rinascita
CIVITANOVA MARCHE Rinascita

TOSCANA

FIRENZE Alfani, Clusf, Edic. Bartolini, Feltrinelli, Marzocco, Morgagni,
Primo Maggio, Rinascita, Sole Rosso
Belforte, L'impulso

LIGURIA

GENOVA G. Piero Bigazzi
S. GIOVANNI Centro Documentazione
VALDARNO C.I. Democratica
LICCA C.I. Democratica, Feltrinelli
PIA Controluce
GROSSETO Coop. S. Allende
PONTEDERA Feltrinelli, Studium
SIENA Galleria del Libro, La Vela (di Lippi)
VIAREGGIO Gasperini, Vecchia Talpa
MASSA Il Milione, Pellegrini
AREZZO La Bancarella
PIOMBINO Milarepa
PIACENZA Pratese
PIACENZA Rinascita
PIACENZA Rinascita
PIACENZA Spazio C.

UMBRIA

PERUGIA Anthos, L'altra, Le Muse
FOLIGNO Carnevali
CITTÀ DI CASTELLO La tifernate di Paci
UMBERTIDE Il punto di Mattioni
TERNI Nuova

N.B. La rivista è in vendita anche in tutte le edicole delle stazioni

Elenco aggiornato delle realtà organizzative

ALESSANDRIA Elisa Pero - Casella Postale 1 - 15100
AOSTA Mario Parra - Via Chavanne 18 - 11100 - tel. 0166/41510
AREZZO Rodolfo Rossi - Via M. Perennio 69/8 - 52100
ANCONA Andrea Arduini - Via La Marca 52 - 60019 SENIGALLIA
BARI Vito Di Bello - Via Gabrieli 25 - 70125 - tel. 080/222463
BENEVENTO Enzo Simone - Via Foresta 2 - 82030 CASTELVENERE
BERGAMO Ferruccio Pizzigoni - Via Albani 8 - 24100 - tel. 035/231117
Maurizio Migliori - Via Mali Tabaiani 2 - 24100
Aurora Zedda - Ospedale Civile - 13051 (Vercelli)

BOLOGNA

BRA
BRESCIA
CAGLIARI
CARBONIA
CARRARA (*)
CASTELLAZZA (*)

CATANIA
CATANZARO
CESENA
COMO
COSENZA

CREMONA
FAENZA
FANO
FIRENZE (*)

FOLIGNO (*)
FORLÌ
GENOVA
GROSSETO
IMPERIA
IGLESIAS
L'AQUILA
LA SPEZIA
LATINA
LECCO
LEGNAGO
LODI

LUGO
MANTOVA

MASSA
MESSINA
MESTRE (*)
MILANO
MODENA
MODICA
NAPOLI (*)

NOVARA
OLBIA
PADOVA (*)
PIACENZA
PALERMO
PALLANZA
PAVIA (*)
PERUGIA
PESARO
PESCARA
PORTICI
POTENZA
PISA
PRATO

RAVENNA

REGGIO CALABRIA

RIETI
ROMA (*)

REGGIO EMILIA
ROVIGO
ROVERETO
SASSARI
SAVONA
SESTO S. GIOVANNI
SEVESO
SIENA

SIRACUSA

SONDRIO
TERNI
TRENTINO
TRENTO

TRIESTE
UDINE

VALENZA PO
VALLEMOSO
VARESE (*)
VERBANIA

VERONA

VIAREGGIO

VICENZA
MAGISTRATURA
DEMOCRATICA
PSICHIATRIA
DEMOCRATICA

Gruppo Donne Medico - c/o M. Pia Pacetti - Via Porrettana 30 - 40135
Leo Fagioli - Ospedale Bellaria - Via Altura 3 - 40139 - tel. 051/461213 - 051/274005

Gianni Testa - c/o Pdup - Via Cavour 11 - 12042 (Cuneo)
Ferdinando Brandi - Trav. Vittorio Veneto 6 - 25100
Antonello Murgia - Via Lanusei 29 - 09100 - tel. 070/653707
Antonio Gerini - Via Napoli 5 - 09013 (Cagliari) - tel. 0781/61487 - 0781/61401
Eduardo Giromini - Via Milazzo 10 - 54033 FOSSOLA - tel. 0585/54260
Luigi Mara - Via S. Giovanni 1 - 21053 (Varese)
Centro di Medicina Preventiva del lavoro - Via Col di Lana 4 - 21053 (Varese) - tel. 0331/503057

Florentino Troiano - Via V. Giuffrida 2 - 95128 - tel. 095/611028
Mario Vallone - Via Muraro 5 - 88063 CATANZARO LIDO
Edgardo Matassoni - Via della Conserva 117 - 47080 (Forlì)
Alberto Maspero - Via Carducci 1 - 22066 MARIANO COMENSE
Piero Piersante - Via Frugiuele 34 - 87100

Rocco Pentimalli - Via degli Stadi 115/A - 87100
Giorgio Ferrari - Via Lamo 5 - 26100 - tel. 0372/26123
Pierantonio Benericetti - Via Oriani 20 - 48018 (Ravenna)
Daniele Della Santa - Via Roma 159 - 61032 (Pesaro)
Medicina Democratica - Via del prato 52 - 50123
Gabriella e Beppe Banchi - Via Gordigiani 40 - 50127 - tel. 055/350507
Paolo Bavazzano - Via R. Giuliani 1 - 50141 - tel. 055/412229
Andrea Alesini - C.so Cavour 84 - 06034 (Perugia)

Benvenuto Occhialini - Via F.lli Rosselli 34 - 47100 - tel. 0543/30387
Paola Oreste - Via Galata 25/12 - 16121 - tel. 010/584192
Maria Lelli - Via Matteotti 55 - 58100
Viale - Via De Amicis 11 - 18100 - tel. 0183/26886
Antonello Mellis - Regione Funtana Marzu - 0916 - tel. 0781/41388
Luciano Onori - Via Navelli 14 - 67100 - tel. 0862/29487
Mauro Bertini - V.le Italia 74 - 19100

Medicina Democratica - c/o Pdup - Via S. F. D'Assisi 67 - 04100 - tel. 0773/484762
Giovanni Achille - Via Baracca 33 - 22053 (Como) - tel. 0341/369000
Giulio Pecori - Via Matteotti 72 - 37045 (Verona)
Vittorio Pagano - Via Passerini 4 - 20070 S. MARTINO IN STRADA (Milano)
Medicina Democratica - sede provvisoria - Via Strepponi 12 - 20075 (Milano)
Rino Montanari - Via Bovio 12 - 48011 - ALFONSINE (Ravenna) - tel. 0544
Ernesto Sgarbi - Via Mazzini 32 - 46100

L. Meneghelo - V.le Gorizia 24 - 46100 - tel. 0376/25103
Augusto Puccetti - Via F.lli Grassi 10/A - 54100 - tel. 0585/45068
Peppe Mancuso - Via Placida 18 - 98100 - tel. 090/49411
Roberta Parisatti - C.so del Popolo 133 - 30172 - tel. 041/962093
Gianni Moriani - Via Terraglietto 138 - 30174
Aldo Sacherò - Cons. prov.le Antitubercolare - V.le Zara - 20162 - tel. 02/6888251
Angela Taragoni - Via Savani 60 - 41100
Guglielmo Magro - Via S. Giuliano 14 - 97015 (Ragusa)
Centro Sanitario Popolare - Quartiere Poggioreale - Via N. Poggioreale 54 is. 19 - 80143

Pierpaolo Polizzi - Via Zara 18bis/17 80143 - tel. 081/336220
Giorgio Rabozzi - Via Arona 37/A - 28021 BORGOMANERO - tel. 0322/841330
Alida Calvisi - c/o Monaco - C.so Umberto 33 - 07026
Medicina Democratica - c/o Ireu - Via Roma 12 - 35100
Lucio Ontani - Ospedale di Monticelli D'Angria - 29010 - tel. 0523/81117
Gaspere Nuccio - Via Gaspare Palermo - 90127 - tel. 091/280655
Collettivo di intervento sulla salute - Via Toscanini 2 - 28048 (Novara)
Fernando di Jeso - 2^a Chimica Biologica - V.le Taramelli 1 - 27100 - tel. 0382/21757
Maurizio Mori - Ist. di Igiene - Casella Postale 324 - 06100 - tel. 075/21915
Paolo Andreotti - Via Leopardi 10 - 61100 - tel. 0721/65886
Mario Lizza - Via Firenze 44 - 65100 - tel. 085/21149
Ugo Esposito - Via Casacento 20 - 80055 (Napoli)
Antonio Faraone - Via S. Nicola 13 - 85055 PICERNO - tel. 0971/991144
Ivo Cozzani - Ist. Chimica Biologica - Via Roma 55 - 56100 - tel. 050/500292
Marco Armellini - Via Poggiali 54 - 50047 MERCATALE DI VERNIO (Firenze)
tel. 0574/57230

Laura Valentini - Via U. Bassi 2 - 48100 - tel. 0544/34208
Coop. Libreria - Via Cavour 6 - 48100
Tonino Perna - Via 2^a Carrera, Palazzo Alfieri - San Brunello - 89100 - tel. 0965/47582

Francesco Montera - Via Roma 5 - 89100 - tel. 0965/26424
Luigi Angelini - V.le D'Aquilio - S. Rufina - 02100
Medicina Democratica - c/o Centro Documentazione Scuola
Via del Pellegrino 1 - 00186 - tel. 06/6564068
Graziana Delpierre - Via degli Ibernosi 9 - 00184 - tel. 06/6786756
Guido Valesini - Via A. Musa 11 - 00161 - tel. 06/8455687
Sergio Tonelli - Via Monte Besolaro 6 - 42100

Luigi Gasparini - Via Vegri 108 - 45036 FICAROLO
Angelo Giovanazzi - Via Trieste 19 - 38068 (Trento)
Salvatore Rubino - Via Tempio 39 - tel. 079/35383
Anna Apicella - Via Crispi 23-12 - 17100
Carlo Barlassina - Via Verdi 75 - 20099 - tel. 2426888
Comitato Tecnico Scientifico Popolare - Via Rossini 21 - 20030 (Milano)
Flavio Borgogni - V.le Mazzini 87 - 53100
Fausto Mariotti - Via Fiume 4 - 53100 - tel. 0577/49365
Ermanno Adorno - c/o Pdup - V.le L. Cadorna 87 - 96100 - tel. 0931/6582 - 0931/65712

Gigi Passerini - Via Stelvio 19 - 23100
Roberto Notari - Collestatte Piano 74 - 05030
Roberto Cappello - Via Brigata Marzia 209/A - 31030 CARBONERA
Daniela Kaisermann - Lungoadige Apuleio 10 - 38100
Betti Pescatti - Via G. Pedrotti 16 - 38100

Gianfranco Orlando - c/o Medicina del Lavoro - Via Mulino a Vento 121 - 34100
Lorenzo Polentarutti - Via Segnacco 22 - 33100
Daniela Di Spirito - c/o Tassinario - Via Oddone 26 - 15048 (Alessandria)
Andrea Pistono - Via delle Fabbriche - 13086 (Vercelli) tel. 015/73124
Mario Rossini - V.le Belforte 124 - 21100
Ivana Vignolo - Via al Motto - 28044 BIGANZOLO (Novara)
Luciana Salgaro - Via Ponteflorio 9/B - 37033 MONTORIO
Menestrina - Ist. di Anatomia e Istologia Patologica - Ospedale Borgo Roma - 37100

tel. 045/912600 - 045/414600
Ferruccio Puccinelli - Via Fratti 77 - 55049 (Lucca) - tel. 0584/44589
Alberto Bucci - P.za Dante 10 - 55049 (Lucca)
Giovanni Peronato - Stradella Porta Lupia 8 - 36100
Vincenzo Accattatis - P.za 24 Maggio 6 - 56100 PISA

Gianfranco Minguzzi - Via Galliera 3 - 40121 BOLOGNA

(*) sedi membri della redazione nazionale

N.10 ~ SOMMARIO

Inquinamento	Marghera (Ve)	: Lavorazioni nocive a P.to Marghera: L'inquinamento della laguna e proposte di bonifica
	Figino (Va)	: A Figino la salute si vende
	Gerenzano (Va)	: Convegno di Medicina Democratica sulle cave e gli inceneritori
	Cesano M. (Mi)	: Le fabbriche del cancro: L'Acna L'intervento del gruppo Amine Aromatiche
	Legislazione	: Scheda sulle leggi vigenti contro l'inquinamento
	Rho (Mi)	: Documento degli studenti del monte-ore dell'ITIS « Cannizzaro »
Inserto	2° Congresso Nazionale	: Relazione della segreteria
Coordinamento Ospedalieri	La salute dei lavoratori in ospedale	: Contributo del coordinamento ospedaliero
Formazione Socio-sanitaria	Università, Scuole professionali socio-sanitarie « Educazione sanitaria » popolare Questionario sulle scuole paramediche	: Contributo del settore FSS
Salute della donna	L'esperienza 150 ore « Donna e salute »	: Intervento di compagne di Milano Recensioni Invito al Congresso Nazionale
Salute dei bambini	Dalla Medicina scolastica alla riappropriazione della salute nella scuola	: Contributo dei compagni di Milano sul problema della Medicina Scolastica
Non vedenti	Spazio autogestito	: Un'esperienza nella « Scuola Cani Guida » l'Optacon
Centrali nucleari		Documento del Comitato Siciliano per il controllo delle scelte energetiche
Documentazione		I sommari di Medicina Democratica fino ad oggi.