

medicina democratica

**MOVIMENTO
DI LOTTA
PER LA SALUTE**

medicina 6 democratica



**MOVIMENTO
DI LOTTA
PER LA SALUTE**

MEDICINA DEMOCRATICA movimento di lotta per la salute

bimestrale, n° 6, giugno 1977

direttore responsabile Fernando di Jeso

autorizzazione del Tribunale di Milano n° 23/19-1-77

stampato dalla Grafica Effeti, Ponte Sesto di Rozzano (Mi)

Questo numero lire 800 - abbonamento ordinario lire 5.000 - sostenitore lire 10.000

DISTRIBUITO DA N.D.E. Via L. Pancaldo, 3/61 - Firenze - Tel. 055/4377975

REDAZIONE NAZIONALE

Carlo Bucci (Padova), Gianni Moriani (Venezia), Paolo Bavazzano (Firenze), Andrea Alesini (Foligno), Edoardo Giromini (Massa), G.P.A. di Castellanza, Augusto Puccetti (segreteria nazionale), Fernando di Jeso (settore formazione dell'operatore sanitario), Lalla Bodini (settore donne), Giosi Deffenu (settore territorio), Fulvio Aurora (settore ospedali), comitato di redazione: Dario Miedico, Paolo Setti, Cristina Bianchi, Gabriella Fabbri, Graziella Falaguasta, compagni ospedalieri Milano sud-ovest. Le sedi di Napoli, Varese, Roma e Torino devono ancora definire i nominativi dei redattori.

SEGRETERIA NAZIONALE

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

Nota del comitato di redazione

Riforma sanitaria, carceri, aborto: questo numero della rivista sviluppa il dibattito su questi temi e sollecita il più ampio dibattito in tutto il movimento.

L'attualità dei temi e l'urgenza di un ulteriore impegno per contrastare le iniziative antioperaie e antipopolari attuali è fuori discussione; ma privilegiando questi siamo stati costretti a rimandare altri sui quali pure il movimento si è mosso e si muove con lotte molto dure. È il caso delle fonti d'energia (lotte contro le centrali nucleari), dell'inquinamento (Pcb a Trezzano S/Naviglio, diossina a Seveso, ecc.).

La medicalizzazione dei problemi sociali, la criminalizzazione del dissenso politico, la negazione del diritto d'aborto sono alcuni dei mezzi con cui si tenta di far rifluire conquiste del movimento che sembravano acquisite.

La negazione della partecipazione e della prevenzione, l'uso del carcere per avvocati rei di difendere in tribunale le «Brigate Rosse», il voto al senato contro l'aborto anche di senatori del «gruppo laico» non sono che una serie di strumenti con i quali si tenta di far passare il disegno di restaurazione su più solide basi - di quelle attuali gravemente incrinata - del potere dei padroni, delle istituzioni, della chiesa.

Non è possibile accettare e subire nel nome di presunti equilibri o di presunte «esigenze obiettive»: si tratta all'opposto di usare gli strumenti dell'informazione e della socializzazione delle esperienze per consentire a tutto il movimento da subito ed in tutte le realtà nazionali che direttamente o indirettamente fanno riferimento a Medicina Democratica di sviluppare una pratica seria e puntuale di lavoro di massa su questi temi.

AVVISO

Abbiamo ricevuto delle richieste di abbonamenti ma gli indirizzi sono incompleti. Diamo qui di seguito i nominativi, pregando gli interessati di farci pervenire al più presto l'indirizzo e nominativo completi.

MAURO RORRO

MAURIZIO BRANCHI

ZOL... SANDRO [S. Macario - Varese]

AN... NUCCIO [Tiggiano - Lecce]

BOCCUZZI DR. GINO

DE MONTEL RITA

RIFORMA SANITARIA: UNA PROPOSTA DI RIFLESSIONE E DI DIBATTITO

Il disegno di legge sulla «Riforma Sanitaria» approvato dal Consiglio dei Ministri il 4 marzo u.s.c. - impone tre riflessioni di fondo: a) esso è un tentativo di parziale riorganizzazione di un settore (anziché di un servizio) per nulla disomogeneo con le linee di assestamento del quadro politico-economico; b) spinge in una prospettiva di riforma che, anche se non sarà approvata nei tempi previsti, nè nel tessuto attuale, registra di fatto molte modificazioni già attuate o nel breve periodo attuabili; c) questo disegno di Legge non ha trovato e non trova, nei progetti di legge con i quali si confronterà a livello della Commissione di membri dei partiti dell'astensione, opposizione proprio su una serie di condizioni di fondo sulle quali il movimento di lotta per la salute in Italia ha già maturato esperienze e conseguito importanti risultati sulla base di una reale pratica di lotta nel territorio, nelle fabbriche, negli ospedali ecc.

Quanto al primo punto è chiaro che questo disegno di Legge nato parecchi anni fa e sollecitato anche da lotte di massa non indifferenti si colloca oggi in un quadro politico totalmente diverso da quello che ne aveva sollecitato la realizzazione e caratterizzato, più che da un bisogno di razionalizzazione, dal puro e semplice impegno del padronato e dei partiti che lo sostengono a scaricare la crisi esclusivamente sui lavoratori ed a riconquistare spazi politici ed economici che i lavoratori con le lotte degli ultimi anni si sono conquistati.

Il progetto di legge sulla riconversione industriale, la lettera d'intenti col Fondo Monetario Internazionale, la riforma del gettito fiscale, la disciplina delle prestazioni mediche (la legge 202 in via di definizione), l'inasprimento dei vincoli repressivi - giudiziari e polizieschi - la corresponsabilizzazione di forze sociali organizzate (potenziali oppositrici alla proposta reastauratrice) alla gestione stessa della crisi e del sacrificio. Tutto ciò è una parte e non la minore del quadro politico nel quale il progetto di Riforma Sanitaria si colloca e quindi non nell'unico senso possibile alla soluzione dei problemi dei lavoratori e delle masse popolari che è quello della eliminazione delle cause della progressiva e sempre più grave perdita di salute (cioè nel senso della prevenzione) ma soltanto ed esclusivamente nel senso di una salute «ristretta» e di una malattia prevista e accolta.

Quanto al secondo punto bisogna rilevare che la costituzione e organizzazione dei Consorzi Sanitari di Zona, in molte regioni d'Italia la legge 386 che «disciplina» gli Ospedali, la citata 202, non sono che una parte delle modificazioni già attuate della futura Riforma Sanitaria ed alcune in evidente peggioramento rispetto alle posizioni di partenza mentre altre gravissime sono ancora da attuare come il Ticket sui farmaci, la più sfrenata mobilità del personale, la «militarizzazione» del territorio e così via.

Quanto al punto terzo e proprio per contrastarlo su queste linee è indispensabile che tutto il movimento avvii il più ampio dibattito.

In tal senso qui si offrono alcune indicazioni sui principali termini del disegno di legge e sulle implicazioni a più ampio raggio non solo per consentire un facile confronto fra Progetti di legge, la cui complessità è spesso funzionale alla non partecipazione a tutti i livelli del dibattito dei lavoratori e della popolazione.

Abbiamo ritenuto cosa utile concludere queste brevi annotazioni con un confronto fra i 4 Progetti di legge (governativo - Pci - Psi - Dp) su una serie di punti specifici (18 in particolare) che il movimento di lotta per la salute da anni ha individuato e per i quali ha condotto e conduce battaglie molto dure.

La progettata riforma sanitaria è caratterizzata dal fatto di:

a) **non tenere in alcun conto la reale tutela della salute e l'efficacia di difesa della malattia:** gli stessi principi (art. 1) richiamano nella loro formulazione decadenti auspici e inefficaci salvaguardie su un concetto di sanità che dovrebbe basarsi sul «rispetto della dignità e della libertà», la dignità dei detenuti e la libertà dei detentori del potere.

b) **Negare il primato della prevenzione** (art. 2) citata quasi solo per forza al 2° comma senza alcuna esplicitazione che ne chiarisca il ruolo, l'importanza e il significato.

c) **Negare la partecipazione «dal basso», sancendo nuovi livelli di delega accentratrice e impotente, e certificando intromissioni «dall'alto»:** la nuova articolazione del Servizio Sanitario prevede Consigli Sanitari (nazionale, regionale, locale) senza potere decisionale e con rapporti di rappresentanza offensivi (si pensi che, ad esempio, a livello nazionale contro tre rappresentanti dei sindacati confederali figurino altrettanti rappresentanti dei datori di lavoro, 14 rappresentanti della burocrazia ministeriale, 1 rappresentante degli ordini dei medici - art. 6) ma di tale negazione sono richiamati anche:

1 - il mancato controllo a partire dalle unità socio-sanitarie locali sull'Istituto Superiore della Sanità che rimane «organo tecnico scientifico del Ministero» (art. 7);

2 - la delega alla regione (specchio di un potere per necessità accentratore) della definizione delle unità socio-sanitarie locali che, invece, solo la partecipazione dei soggetti territorialmente riconosciuti come unità collettiva, può sancire (art. 10-11);

3 - la non subordinazione dei presidi ospedalieri ad alcuno degli organi «rappresentativi» previsti, salvo una «tutela» sugli stessi da parte degli enti locali «interessati» (art. 12);

4 - le funzioni reali delle USSL che, svuotate di ogni possi-

Progetto governativo

zioni amministrative attribuite e delegate con legge di stato.

Progetto PCI

strative attribuite e delegate con legge dello Stato, salvo quanto previsto dagli articoli 9 e 10.

La legislazione regionale sostituisce la vigente legislazione in materia sanitaria.

Progetto PSI

Progetto DP

Art. 10

[Competenze legislative regionali]

La competenza legislativa nel settore sanitario e sociale, ad esclusione delle materie di cui al precedente articolo 9, spetta alle Regioni entro i limiti e secondo i principi fissati dalla presente legge.

Le Regioni possono altresì emanare norme di attuazione e di integrazione delle leggi statali, nelle materie indicate al precedente articolo 9, ai sensi dell'articolo 17, ultimo comma, della Costituzione.

2) DECENTRAMENTO DI TUTTI I MOMENTI DIREZIONALI DEGLI INTERVENTI PER LA SALUTE.

Unità sanitaria locale

Art. 10. Gruppi di popolazione fra i 50.000 e i 200.000 abitanti, articolazione in distretti sanitari. È previsto un organo collegiale di gestione con garanzia di presenza delle minoranze.

Consiglio sanitario locale

articolato a livello di distretti sanitari di base di cui allo articolo 10 e con compiti di proposta nonché di consultazione obbligatoria in ordine agli indirizzi di politica sanitaria a livello locale, composto da rappresentanti delle formazioni sociali organizzate presenti nel territorio, degli operatori sanitari e delle strutture sanitarie militari territorialmente interessate.

Unità sanitarie locali.

Art. 10. Gruppi di popolazione da 50.000 a 200.000 abitanti articolati in distretti di base di 5-10.000 abitanti.

Non esiste Consiglio sanitario locale né ruolo di coordinamento dei servizi sanitari.

Unità sanitaria locale.

Art. 11. Gruppi di popolazione fra 50.000 e 100.000 abitanti

Nuclei socio-sanitari di base da 5.000 a 15.000 abitanti.

Previsto il consiglio sanitario locale con funzioni di impulso-promozione e programmazione settoriale.

Unità locale socio sanitaria

Art. 14. La legge regionale stabilisce le dimensioni delle aree elementari.

La legge delinea, infine, le modalità con le quali deve essere garantita la più ampia partecipazione popolare al controllo sulla gestione e sulla funzionalità dei servizi. A tale scopo gli organismi di partecipazione devono essere obbligatoriamente consultati nella fase di predisposizione dei programmi pluriennali e dei bilanci preventivi.

A livello delle aree elementari, le forme di partecipazione devono assumere comunque caratteristiche assembleari «ai fini della progressiva riappropriazione da parte della popolazione interessata, del diritto alla gestione della propria salute».

3) CENTRALITÀ DELLA PREVENZIONE VERA E PROPRIA COME ELIMINAZIONE DEI RISCHI DI PERDITA DELLA SALUTE (IN FABBRICA, SCUOLA, QUARTIERE ECC.).

Il documento governativo a livello di prevenzione è molto ridotto.

Art. 13. «Le USL provvedono all'erogazione dell'assistenza sanitaria preventiva curativa riabilitativa».

«Gli interventi di prevenzione sanitaria e di profilassi sono assicurati di norma dagli stessi operatori che erogano l'assistenza medica e ospedaliera».

Art. 16

[Prevenzione, cura, riabilitazione]

Le USL, tenuto conto degli obiettivi di cui all'art. 2 e dei compiti di cui all'art. 11, provvedono alla erogazione delle prestazioni preventive, assicurando comunque i livelli assistenziali minimi di cui al precedente art. 2 a tutta la popolazione.

Gli interventi di prevenzione devono fra l'altro:

- ricercare ed accertare in modo sistematico e con il concorso delle parti interessate i fattori di nocività o pericolosità presenti negli ambienti di vita e di lavoro;
- rendere pubblici i dati accertati diffondendone la conoscenza presso le comunità di cittadini e di gruppi di la-

Art. 5

[Attività di prevenzione]

Le unità socio-sanitarie locali provvedono alla prevenzione, alla vigilanza ed al controllo delle condizioni di nocività e di rischio attraverso presidi propri o di altre unità socio-sanitarie locali.

L'azione di prevenzione delle unità socio-sanitarie locali si attua sulla base delle indicazioni emergenti dagli organi di democrazia di base ed in stretto collegamento con la popolazione interessata:

- ricerca ed analisi delle cause socio-ambientali di rischio e danno per l'integrità psicofisica del singolo e delle popolazioni;
- formulazione di pareri preventivi e obbligatori sugli insediamenti edilizi, sugli inse-

Art. 15

Le Unità locali dei servizi socio-sanitari rivolgono particolare attenzione all'organizzazione dei servizi che offrono maggiori possibilità di intervento nella fase preventiva e di diagnosi precoce e in particolare dei servizi per la tutela della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva; per la tutela dei lavoratori nei luoghi di lavoro anche nei suoi aspetti di igiene industriale e di indagine sull'uomo, condotte tenendo presenti i principi sanciti dall'articolo 9 dello Statuto dei lavoratori; per la tutela della salute mentale.

Segue progetto PCI

voratori ad essi interessati, sia direttamente che tramite gli organi del decentramento comunale e le rappresentanze sindacali anche a livello di luogo di lavoro;

c) rimuovere, con il concorso delle parti interessate, i fattori di nocività e pericolosità accertati, in modo da ridurre il grado di rischio nei vari ambienti di vita e di lavoro.

diamenti industriali o sulla ristrutturazione degli stessi, sugli insediamenti di tutte le attività produttive, sui piani urbanistici comprensoriali, per accertarne la compatibilità con la tutela dell'ambiente e la difesa della salute della popolazione;

c) controllo costante dell'ambiente con l'assunzione delle competenze in materia derivanti dalle leggi dello Stato e dalle leggi regionali.

Le unità socio-sanitarie locali esercitano il controllo sulle concentrazioni delle sostanze chimiche presenti nell'atmosfera e nelle acque, assumendo come parametro di riferimento i limiti definiti dall'Istituto superiore di sanità.

È facoltà delle unità socio-sanitarie locali emanare norme specifiche integrative per una diversa definizione quantitativa dei livelli accettabili; in

Segue progetto PSI

ogni caso le norme proposte non devono prevedere livelli superiori a quelli definiti dall'Istituto superiore di sanità;

d) assunzione di tutte le competenze in materia di prevenzione, igiene industriale, controllo sullo stato di salute dei lavoratori, prescrizione di norme per la ristrutturazione di ambienti industriali nocivi.

Alle unità socio-sanitarie locali vengono affidati i compiti attualmente svolti dall'Ispettorato del lavoro, dall'ENPI, dall'ANCC.

Le unità socio-sanitarie locali assumono sotto il loro diretto controllo e riorganizzano le infermerie di fabbrica che vengono pubblicizzate.

Gli interventi prevenzionistici all'interno degli ambienti di lavoro vengono effettuati in stretto collegamento con i gruppi di lavoratori interessa-

ti, in attuazione dell'articolo 9 della legge 20 maggio 1970, n. 300;

e) raccolta ed elaborazione dei dati biostatistici ed ambientali necessari per seguire lo stato di salute della popolazione e per predisporre piani di intervento.

Per gli adempimenti di cui al punto c) del presente articolo, gli operatori dell'unità socio-sanitaria locale hanno funzioni di polizia giudiziaria e potere prescrittivo discrezionale; f) schedatura di tutte le sostanze presenti nel ciclo produttivo delle aziende operanti nel territorio della unità socio-sanitaria locale: alle aziende è fatto obbligo di comunicare l'elenco delle sostanze precisandone la natura e composizione;

g) proposta agli organi regionali di norme prevenzionistiche, per l'attuazione dell'articolo 6 della presente legge.

Progetto governativo

4) DECENTRAMENTO DEI SERVIZI A TUTTI I LIVELLI.

Art. 10. Il distretto sanitario eroga solo servizi di 1° livello. È disciplinato da legge regionale.

Progetto PCI

Art. 10. Distretto sanitario come nel testo governativo.

Progetto PSI

Nuclei socio-sanitari di base [art. 10] «per agevolare la capillarizzazione degli interventi socio-sanitari, l'esercizio di gruppo della prevenzione e della cura di base, l'educazione e l'informazione sanitaria nonché la partecipazione della popolazione alla tutela della salute». Non si precisa il tipo di intervento previsto.

Progetto DP

Art. 14. Aree elementari. Definite dall'Unità locale dei servizi socio sanitari; non si specifica il tipo di servizio previsto.

5) DEOSPEDALIZZAZIONE CON DECENTRAMENTO ANCHE DEI SERVIZI OSPEDALIERI.

Non se ne parla.

Non se ne parla ma l'orientamento del Pci è per reparti filtro di accettazione.

Non se ne parla.

Art. 15. Le unità locali dei servizi socio sanitari devono realizzare la più ampia deospedalizzazione in particolare degli anziani, handicappati, cronici. A tal fine oltre ai servizi previsti all'art. 19 saranno utilizzati ospedali diurni, sarà realizzato un coordinamento fra servizi ospedalieri e extraospedalieri. Sarà favorito il lavoro di gruppo dei medici e degli operatori socio sanitari.

6) PUBBLICIZZAZIONE DI TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE.

Art. 14. Possono sussistere strutture sanitarie private. Regolamentazione regionale per convenzioni conformi a schemi predisposti dal Ministero di Sanità.

Art. 17. Come progetto governativo. È previsto un controllo sulle strutture sanitarie private da parte dell'USL.

Art. 14. Come nel progetto governativo.

Art. 15. Le unità locali socio-sanitarie erogano assistenza ospedaliera mediante ospedali pubblici. La regione fino alla costruzione degli ospedali necessari può acquistare o affittare strutture ospedaliere. Nelle strutture pubbliche sono aboliti tutti i letti a pagamento.

7) DEISTITUZIONALIZZAZIONI DI MINORI, INVALIDI, ANZIANI.

Art. 15. Assistenza sanitaria riabilitativa.

Si afferma l'esigenza degli istituti e si regolamentano solo le convenzioni. Non si pone nessun obbligo alle USL di dotarsi di strutture riabilitative proprie favorendo di fatto gli istituti privati.

Art. 16. Non è prevista una specifica deistituzionalizzazione.

Progetto PSI

Art. 17

Le unità socio-sanitarie locali provvedono all'attività di riabilitazione per il recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da menomazioni fisiche o psichiche e partecipano all'attività diretta al loro reinserimento.

Le prestazioni sanitarie riabilitative vengono rese dalle unità socio-sanitarie locali sia attraverso i propri servizi sia ove ve ne sia l'esigenza - attraverso altre istituzioni all'uopo convenzionate con la regione.

In materia di assistenza psichiatrica le convenzioni devono contenere le indicazioni

Segue progetto PSI

sui metodi da adottare per la cura e per il recupero dei soggetti affetti da minorazioni psichiche e il potere di controllo delle unità socio-sanitarie locali.

Le prestazioni sanitarie riabilitative dirette al recupero funzionale e sociale di soggetti affetti da minorazioni fisiche o psichiche dipendenti da qualunque causa, vengono rese da tutte le USL attraverso servizi propri e, ove manchino, attraverso altre istituzioni con le quali le USL hanno stipulato idonee convenzioni.

Le convenzioni devono essere conformi a schemi predisposti dalle Regioni ai sensi del 2° comma dell'articolo seguente, sempre che le predette istituzioni siano in possesso delle caratteristiche funzionali indicate dalla legge.

Gli interventi, attuati generalmente a livello di aree elementari, devono garantire l'assistenza a tutti coloro che non siano in condizioni di autosufficienza, in modo da evitare la loro emarginazione. Servizi di asilo-nido, case di vacanza, case-famiglia, mense, centri sociali, inserimento familiare dell'infanzia in stato di abbandono, inserimento o reinserimento scolastico o lavorativo degli handicappati e di emarginati in genere, assistenza economica e aiuto familiare sono i modi e gli strumenti di intervento per garantire a ciascuno la permanenza nel proprio ambiente sociale e familiare e facilitare l'integrazione e il recupero dei soggetti esclusi, nonché la deistituzionalizzazione dei minori, degli handicappati e degli anziani attualmente ricoverati.

8) CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI E TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Non si parla di chiusura degli Ospedali psichiatrici se non nell'art. 2 [compiti], paragrafo 2] prevenzione, diagnosi e cura delle malattie fisiche e psichiche!!!

Non si parla di esplicita chiusura degli ospedali psichiatrici ma all'articolo 2 si garantisce:

5) la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo nei confronti dei disturbi psichici, relazionali e del problema della devianza, attraverso una corretta politica socio-sanitaria nel territorio. A tale scopo si dovranno individuare a livello territoriale i gruppi sociali maggiormente sottoposti a rischio del disagio, della emarginazione e della istituzionalizzazione. Il Servizio Sanitario Nazionale si propone inoltre di eliminare le condizioni oggettive di segregazione e di custodia dei sofferenti di disturbi psichici, in quanto devianti dalla norma, superando la legislazione vigente in materia e l'ordinamento attuale delle strutture e dei presidi preposti alla cura delle malattie mentali.

Segue progetto PSI

zazione di adulti e minori.

Nell'ambito delle unità socio-sanitarie locali si provvederà alla istituzione di servizi territoriali che svolgano funzioni preventive, curative e riabilitative in materia di igiene mentale.

La fase acuta della malattia di natura psichiatrica è gestita in ospedale civile mediante l'utilizzazione di posti letto nei vari reparti di medicina.

È vietata, all'interno degli ospedali civili, l'istituzione di reparti per malattia di natura psichiatrica.

Le attuali strutture segreganti passeranno alle competenze delle unità socio-sanitarie locali e dovranno essere riconvertite in struttura territoriali secondo i bisogni del territorio perdendo la loro specificità psichiatrica ed emarginante.

Le somme iscritte negli stati di previsione della spesa dei Ministeri interessati (sanità, interno, difesa, lavoro, istruzione) vanno ad incrementare il Fondo nazionale per l'assistenza, e successivamente saranno trasferite alla regione ed utilizzate per i servizi delle unità socio-sanitarie locali.

Art. 15

Gli interventi di tutela della salute mentale sono rivolti a tutta la popolazione indipendentemente dall'età e sono generalmente attuati nella forma ambulatoriale e domiciliare per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di soggetti che presentino disturbi di ordine psichiatrico e ogni altra forma di disadattamento psichico.

Qualsiasi trattamento di tali soggetti può essere eseguito solo previo consenso dell'interessato.

Gli ospedali psichiatrici, nonché i reparti psichiatrici degli ospedali generali e le strutture sia pubbliche che private che attualmente provvedono al ricovero di soggetti che presentano disturbi di ordine psichiatrico devono essere eliminati e riconvertiti ad altra attività socio-sanitaria.

È vietata l'apertura di nuovi ospedali e cliniche specializzate psichiatriche, sia pubbliche che private, nonché di reparti psichiatrici negli ospedali generali.

Il ricovero dei pazienti, qualora si renda necessario, deve avvenire sempre nei normali reparti di degenza degli ospedali generali, nella prospettiva della riorganizzazione dipartimentale dell'assistenza sanitaria nel territorio.

Progetto PSI

Art. 16

[Psichiatria]

Le funzioni esercitate dallo Stato, dalle province e da altri enti pubblici in materia di assistenza psichiatrica e di igiene mentale sono trasferite alle regioni.

La regione esercita tali funzioni per mezzo delle unità socio-sanitarie locali che provvedono alla gestione globale dell'assistenza psichiatrica.

Sono abrogate le disposizioni di cui alle leggi 14 febbraio 1904, n. 36, 16 agosto 1909, n. 615, 18 marzo 1968, n. 431.

Segue progetto PSI

È vietata la istituzione di nuovi ospedali psichiatrici, compresi i manicomi giudiziari e i centri di salute mentale.

Debbono, altresì, essere aboliti i gerentocomi, le scuole speciali, i laboratori protetti e ogni forma di istituzionalizzazione

Progetto governativo

9) GRATUITÀ DI TUTTI I SERVIZI (COMPRESI I FARMACI).

Art. 18

[Partecipazione degli assistiti alla spesa farmaceutica]

A decorrere dal 1° luglio 1977, coloro i quali hanno diritto all'assistenza farmaceutica corrisponderanno una quota del prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali inserite nella seconda classe del prontuario determinato e revisionato prima dell'anzidetta data con decreto del ministro della Sanità, avendo anche presente la ne-

Progetto PCI

È data per scontata la gratuità dei servizi compresi i farmaci.

Segue progetto governativo

cessità della puntuale rispondenza, ai fini dell'inserimento nelle distinte classi di cui agli allegati A) e B) al D.M. 19 ottobre 1976, delle specialità stesse alle caratteristiche terapeutiche indicate nel predetto decreto ministeriale.

Progetto PSI

Come PdL Pci.

Progetto DP

Art. 4. Prevede uniformità e gratuità dei servizi.

Art. 16. «L'assistenza farmaceutica è gratuita per tutti i cittadini».

10) ELIMINAZIONE DI TUTTI I FARMACI DANNOSI O INUTILI.

Non è prevista.

Art. 17. Vi è un prontuario nazionale diviso in 2 classi. È vietata la pubblicità solo dei medicinali che sono distribuiti mediante ricetta.

Art. 19. È previsto il «riesame delle licenze attualmente concesse». Vi è il prontuario nazionale.

Art. 20. È vietata la propaganda al pubblico e la pubblicità di tutti i farmaci.

Art. 18. È previsto un Prontuario nazionale «su cui non possono essere iscritti i prodotti da banco».

Pubblicità: come progetto Pci.

Art. 16. Nella farmacopea ufficiale sono compresi solo i farmaci a denominazione rigorosamente scientifica e di comprovata efficacia terapeutica.

È vietata ogni forma di propaganda farmaceutica.

11) PUBBLICIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE DEI FARMACI.

Non è previsto.

Non è previsto.

Non è previsto.

Art. 16.

L'industria di stato e la partecipazione statale produce i principi attivi, assicura la produzione dei farmaci fondamentali e garantisce livelli adeguati di ricerca.

12) CHIUSURA DEGLI OSPEDALI MILITARI E DEI CENTRI CLINICI DELLE CARCERI.

Non solo non è prevista la chiusura degli ospedali militari ma addirittura i militari devono essere presenti sia nel consiglio sanitario nazionale che nei consigli sanitari regionali e locali.

Non si parla del problema

g) all'igiene e medicina carceraria e alla tutela sanitaria dei detenuti;

Art. 33

Entro 1 anno sarà attivato il trasferimento alle regioni dei presidi sanitari compresi gli ospedali e i servizi medico-legali militari e i servizi sanitari delle carceri, dei luoghi di pena e delle case di riabilitazione dei delinquenti minori, dei

quali la presente legge non preveda l'inserimento diretto, ovvero attraverso convenzioni, nel servizio sanitario nazionale.

Progetto DP

Art. 15

Gli ospedali militari e ogni altra struttura sanitaria attualmente adibita alle forze armate sono trasferiti al Servizio nazionale sanitario e sociale e sono utilizzati, ad eccezione dell'Istituto farmaceutico militare, come strut-

ture pubbliche nel quadro della programmazione sanitaria regionale.

Le Unità locali socio-sanitarie sono tenute a garantire la tutela della salute e tutti i servizi sanitari alle forze armate nel territorio di propria competenza.

La tutela della salute dei detenuti è di competenza dell'Unità locale socio-sanitaria in cui ha sede l'Istituto di detenzione e pena.

L'Unità locale socio-sanitaria vi provvede con propri servizi.

Progetto PSI

Art. 10 La USSL provvede:

f) all'igiene e medicina militare e alla tutela sanitaria dei cittadini in servizio militare;

13) EDUCAZIONE E INFORMAZIONE SANITARIA PER TUTTA LA POPOLAZIONE.

Art. 2

[I compiti del Servizio sanitario nazionale]

Compiti del Servizio sanitario nazionale sono: la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione del cittadino e delle comunità.

Art. 1 [Principi e compiti]

Compiti del servizio sanitario nazionale sono: - la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione del cittadino e delle comunità.

Art. 1 [Principi]

Compiti del Servizio Sanitario Nazionale sono: - la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione del cittadino e della comunità.

Art. 2

[Modalità d'intervento]

Art. 2 Modalità d'intervento h) l'attuazione di una vasta e generalizzata opera di educazione sanitaria e sociale.

14) FORMAZIONE DEI MEDICI E DEI PARAMEDICI NEL TERRITORIO SOTTO CONTROLLO DELLE U.S.S. LOCALI.

Mancano posizioni esplicitate. Nella premessa alla voce formazione del personale si accenna alla utilizzazione delle strutture e al rifiuto della scuola avulsa dall'università.

specializzazione sono stabiliti in base alle esigenze della programmazione sanitaria regionale.

Le scuole di sanità del Servizio nazionale sanitario e sociale organizzano i corsi di riqualificazione, perfezionamento e aggiornamento per tutti gli operatori dei servizi socio-sanitari laureati e non laureati e i corsi di qualificazione e aggiornamento per il personale didattico; collaborano inoltre con le Unità locali socio-sanitarie all'organizzazione di corsi di qualificazione per il personale ausiliario e il personale addetto alle attività domestiche e di collaborazione familiare dei servizi sanitari e sociali e di corsi di qualificazione e aggiornamento per coloro che svolgono, o intendono svolgere attività a carattere volontario nel campo sociale e sanitario.

I tirocini pratici sono svolti nelle strutture ospedaliere e negli altri servizi sanitari e sociali delle Unità locali socio-sanitarie.

Per insegnamenti teorici e lo svolgimento dei tirocini pratici viene utilizzato di norma personale in servizio nelle strutture e nei servizi sanitari e sociali delle Unità locali socio-sanitarie.

Progetto DP

Art. 20

[Formazione dei medici e degli operatori socio-sanitari].

La didattica e la ricerca sono compiti istituzionali del Servizio nazionale sanitario e sociale.

Il Servizio nazionale sanitario e sociale organizza la formazione e la specializzazione dei medici e degli operatori socio-sanitari non laureati e adempie ai compiti di ricerca mediante scuole di sanità basate sui seguenti principi:

- a) utilizzazione di tutte le strutture idonee del Servizio nazionale sanitario e sociale;
- b) organizzazione dipartimentale delle scuole;
- c) collegamento dipartimentale con gli istituti universitari di biologia, chimica, fisica, veterinaria, psicologia, sociologia, statistica, economia e di qualsiasi altra materia venga ritenuta opportuna dalla Regione;
- d) priorità ai problemi della prevenzione;
- e) stretto legame della teoria

con la pratica;

f) raggiungimento di un livello di qualificazione adeguato all'evolvere del progresso scientifico e al variare delle esigenze sociali;

g) massima utilizzazione del lavoro di gruppo e interdisciplinare;

h) coordinamento ai fini della ricerca di tutti i settori del Servizio nazionale sanitario e sociale tra di loro, con l'Istituto superiore della sanità, con il Consiglio nazionale delle ricerche, con gli istituti universitari in un programma regionale organico controllato dagli enti locali e dalle confederazioni sindacali dei lavoratori.

Le scuole di sanità per operatori socio-sanitari non laureati sono istituite dalle Regioni e affidate di regola alle Unità locali socio-sanitarie in cui le scuole stesse hanno sede. Le Regioni provvedono entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge alla loro istituzione, disciplinandone con legge l'organizzazione e il funzionamento.

I piani di studio dei corsi si

basano sui principi generali di cui al presente articolo e sono diretti a far acquisire agli operatori, mediante una adeguata base culturale e una preparazione specifica teorico-pratica, una formazione professionale a carattere polivalente e la massima apertura verso i problemi della collettività.

Entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, il Parlamento provvede, con legge, allo scioglimento della facoltà di medicina e chirurgia e alla istituzione delle scuole di sanità del Servizio nazionale sanitario e sociale per la formazione del personale medico, determinando i principi della loro organizzazione.

I corsi di specializzazione per laureati in medicina e chirurgia sono organizzati dal servizio nazionale sanitario e sociale con legge regionale emanata nel termine di un anno dall'entrata in vigore della presente legge e formulata in conformità dei principi fissati nel presente articolo.

Il tipo e il numero dei corsi di

15) TEMPO PIENO ED ESCLUSIVO PER TUTTO IL PERSONALE.

Previsto con alcune deroghe

Art. 22

b) deve essere stabilito l'obbligo di lavoro a tempo pieno e quindi l'incompatibilità con altri rapporti di impiego o professionali con enti pubblici e privati convenzionali; al personale medico con funzioni di diagnosi e cura sono consentiti l'esercizio professionale nella struttura pubblica di appartenenza secondo le modalità determinate con l'accordo di cui al sesto comma del presente articolo, nonché, al di fuori della medesima struttura di appartenenza l'attività libero professionale regolamentata attraverso un accordo nazionale raggiunto tra le Regioni, i ministri del Lavoro e della Previdenza sociale e della Sanità e le organizzazioni nazionali sindacali mediche più

Previsto

Art. 24

b - l'appartenenza ai ruoli dell'U.S.L. è incompatibile con altri rapporti di impiego o lavoro presso enti pubblici o privati nonché con l'esercizio della libera attività professionale;

rappresentative, sentite le Confederazioni sindacali nazionali dei lavoratori dipendenti rappresentate nel Cnel e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici.

Previsto

Art. 22

b) l'appartenenza ai ruoli previsti nel presente articolo è incompatibile con altri rapporti d'impiego o di lavoro presso enti pubblici e privati, nonché con l'esercizio della libera attività professionale;

Previsto

Art. 23

e) l'obbligo del tempo pieno con divieto di ogni forma di attività libero-professionale.

16) CONTRATTO UNICO NAZIONALE.

Non previsto.

Attenzione! Non si parla di sindacati ma di «organizzazioni nazionali delle categorie sanitarie»

Art. 23

[Convenzioni con i sanitari]
I ministri della Sanità, del Lavoro e della Previdenza sociale e del Tesoro sono autorizzati, d'intesa con le Regioni, a stipulare con le organizzazioni nazionali delle categorie sanitarie accordi nazionali unici aventi durata non inferiore ad un biennio e non superiore ad un triennio, per la disciplina del trattamento normativo ed economico degli appartenenti alle categorie medesime per l'attività svolta in favore degli assistiti dal Servizio sanitario nazionale.

Previsto

Art. 25

Il rapporto di lavoro del personale di cui all'articolo precedente, è disciplinato da accordi triennali nazionali da stipulare tra le organizzazioni sindacali nazionali maggiormente rappresentative da una parte e dalla rappresentanza dei Comuni e delle Regioni dall'altra.
Le ipotesi di accordo prima di essere deliberate dai competenti organi locali devono essere sottoposte per la ratifica alla Presidenza del Consiglio dei ministri.
Le trattative per gli accordi triennali si svolgono contestualmente a quelle che riguardano i dipendenti degli enti locali.

Previsto Art. 23 e 25

Attenzione anche qui si parla di organizzazioni nazionali delle categorie sanitarie e non di sindacati.

Art. 23

[Convenzione con i sanitari]
Le convenzioni, al fine di assicurare su tutto il territorio nazionale l'uniformità del trattamento economico dei sanitari convenzionati, devono essere conformi agli accordi nazionali tipo, di cui al successivo art. 29, stipulati tra le organizzazioni nazionali delle categorie sanitarie da una parte e le regioni, nonché i Ministri della sanità, del lavoro e previdenza sociale, del tesoro e per l'organizzazione della pubblica amministrazione, dall'altra.

Art. 29

[Disciplina delle prestazioni sanitarie - Stipulazione di un accordo nazionale unico con i medici]

A partire dal trentesimo giorno successivo a quello di en-

Previsto Art. 23

Il trattamento economico e normativo del personale è regolato da contratto unico nazionale.

Segue progetto PSI

trata in vigore della presente legge il Ministro della sanità, con apposito decreto, disciplina in modo uniforme le prestazioni sanitarie da erogare nell'ambito del servizio sanitario nazionale.
Alla data di entrata in vigore della presente legge i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro promuovono in attuazione dei principi indicati nell'articolo 23 in quanto applicabili, la stipula di un accordo nazionale unico tra le rappresentanze dei sanitari convenzionati con le regioni. Alla medesima data le convenzioni attualmente in corso si considerano scadute e di diritto prorogate fino alla conclusione dell'accordo unico.

17) SUPERAMENTO DEGLI ORDINI DEI MEDICI.

Non è previsto, anzi gli ordini dei medici sono presenti nei consigli sanitari nazionali e locali

Non è previsto esplicitamente ma non sono presenti in tutto il testo della riforma.

Posizione poco chiara come si può vedere al punto precedente.

Previsto Art. 23

Per l'immissione del personale nel ruolo unico regionale di cui al presente articolo non è richiesta l'iscrizione agli ordini professionali.

18) SCIoglimento DELL'ENPI E DELL'ISPettorato DEL LAVORO E DECENTRAMENTO DEI RISPETTIVI SERVIZI.

Previsto ma si fa un nuovo ente con lo stesso personale.

Art. 36

Entro trenta giorni dell'entrata in vigore della presente legge, è dichiarata l'estinzione dell'ente nazionale per la prevenzione degli infortuni (Enpi) ed è nominato il relativo commissario.

Le funzioni ed i servizi attualmente svolti dall'ente per la realizzazione dei compiti trasferiti al servizio sanitario nazionale saranno svolti, a partire dal termine di cui all'art. 28, dalle unità sanitarie o dai presidi e servizi di cui all'art. 12.

Il passaggio al servizio sanitario nazionale dei beni e del personale destinato ai servizi trasferiti è regolato dalle disposizioni degli articoli 22,

segue in terza di copertina

Anche qui se ne prevede un altro anche se in modo più articolato.

Art. 43

[Suppressione dell'Ente nazionale per la previdenza infortuni]

Con decreto del presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta dei Ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità, dell'industria, commercio e artigianato e del tesoro, da emanarsi entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è dichiarata l'estinzione dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni (Enpi) e sono nominati i relativi Commissari liquidatori.

Come testo governativo e Pci.

Art. 26

Art. 37

[Suppressione dell'Ente nazionale prevenzione infortuni e dell'Associazione nazionale controllo combustibile]

Con decreto del Presidente della Repubblica, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge sono soppressi l'Enpi e l'Ancc, e sono nominati i relativi commissari liquidatori su designazione del Consiglio sanitario nazionale.

Le funzioni svolte da tali enti, ad eccezione di quelle indicate nel quinto comma del presente articolo, sono trasferite, a partire da un anno dall'en-

[Estinzione e trasferimento di enti]

Entro il 1° luglio 1977, il Governo è delegato, sentito il Consiglio nazionale socio-sanitario, a emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria con i quali provvede:

a) all'estinzione di tutti gli enti e le gestioni autonome preposti alla erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistici, giusto il disposto dell'articolo 12-bis, ultimo comma, della legge 17 agosto 1974, n. 386;
b) alla soppressione dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni (Enpi), di cui

Spinea è un comune della provincia di Venezia, che appartiene a quella fascia di comuni che gravitano sul polo industriale di Marghera e su quello urbano di Mestre-Venezia. È contenuto all'interno del triangolo VE-PD-TV, ha una estensione di kmq 15,03 e una popolazione di 23.320 abitanti. Ha subito un notevole incremento demografico ed una rapida urbanizzazione a partire dagli anni '50, in stretta relazione con lo sviluppo di Marghera e in particolare con la realizzazione della seconda zona industriale.

Il comune è caratterizzato dal fenomeno migratorio, con provenienza soprattutto da Venezia e terraferma, ove ormai gli affitti sono troppo elevati e gli spazi edificabili nulli; da Mirano, Mira, Martellago, Salzano e altri Comuni della Provincia troppo lontani o privi di mezzi di trasporto pubblici che consentano di raggiungere il posto di lavoro. L'incremento demografico è stato molto rapido, passando da una popolazione di 6.092 abitanti nel '51 ai 20.635 nel '71. Ed è facile individuare nella crisi dell'agricoltura dovuta alla notevole parcellizzazione della proprietà fondiaria e alla mancanza di impianti specializzati il motivo decisivo di fuga verso il lavoro industriale.

Le caratteristiche socio-economiche di Spinea sono le seguenti:

- 1) La presenza minima di attività produttive locali e di conseguenza di attività economiche per l'accenramento degli impianti industriali di Marghera.

- 2) Una concentrazione edilizia caotica e senza spazi di respiro, conseguente alla rapida urbanizzazione e favorita dall'assenza di una valida pianificazione.

- 3) L'urbanizzazione rapida non è stata fatta seguire da una adeguata rete di servizi sociali e culturali che dessero a Spinea una fisionomia propria.

- 4) Il passaggio da una economia di tipo agricolo ad una industriale è coincisa per molti abitanti di Spinea con il cambiamento di residenza; per gli immigrati si è creata quindi una notevole difficoltà di integrazione nel nuovo ambiente, per la vana ricerca di valori da identificare con il nuovo tipo di vita.

Questi ed altri fattori fanno definire Spinea come «Quartiere dormitorio di Marghera».

Il Quartiere Dante, che rappresenta circa il 12% della popolazione di Spinea, è sorto nei primi periodi di insediamento, cioè attorno agli anni '50. Come la maggior parte degli immigrati in questo periodo, gli abitanti del

A Spinea (VE) un quartiere va alla scoperta della truffa farmaceutica. - Dal «risparmio» sui farmaci alla coscienza di sfruttati. - Farmaci inutili e dannosi. - Il ruolo dei medici è determinante nel gonfiare la spesa e lo spreco farmaceutici. - L'organizzazione collettiva è fondamentale nella creazione di una corretta coscienza sanitaria. -

quartiere lavorano in prevalenza a Marghera come manodopera non qualificata. Infatti, dai dati del '77, il 52,5% della popolazione del quartiere è operaia e spesso lavora nelle imprese come manovalanza, solo il 14,6% è impiegata e il 18,5% pensionata; altre percentuali minime interessano gli agricoltori (0,6%), le guardie di pubblica sicurezza (2,3%) ecc. Le donne sono soprattutto casalinghe, ma spesso lavorano a domicilio.

Il quartiere è inoltre caratterizzato da una tipologia abitativa a tipo unifamiliare, poiché nel periodo di insediamento vi era disponibilità di aree edificabili a prezzi accessibili ai salari operai. Le abitazioni sono però costruite in lotti di terreno minimi ed in stretta economia. Non esistono al suo interno servizi sociali, spazi verdi, asili nido, luoghi d'incontro. A paradosso, esiste un unico bar quale luogo di incontro, mentre gli altri danno sulla strada provinciale; le scuole materne erano fino a pochi mesi fa allocate in negozi, rari spazi verdi esistono ai limiti del quartiere; il pendolarismo lavorativo, scolastico e sociale è rilevante; non esiste una piazza né la possibilità di uno scambio culturale; le attività commerciali, infine, sono polverizzate.

La situazione sanitaria del Comune è carente; gli unici servizi esistenti sono infatti rappresentati dall'ex ONMI che offre delle prestazioni assolutamente inadeguate sia a livello quantitativo (due sole ore alla settimana) che qualitativo (visto che nessuna modifica si è avuta rispetto all'andamento della gestione precedente). L'ambulatorio dell'unico medico condotto è aperto dalle 8,30 alle 9,15 del mattino ed è ovvio immaginare anche qui la qualità del servizio. Il comune ha avviato quest'anno il servizio di medicina preventiva scolastica. Gli Ospedali sono a Mestre e Mirano, entrambi a circa sei chilometri dal paese.

A Spinea operano dieci medici, di cui solo uno nel quartiere Dante, con orario di ambulatorio solo nella mattinata (per esempio dalle 9 alle 10,30 tre giorni alla settimana e dalle 8,30 alle 9,15 per altri due giorni) per cui di regola inaccessibile ai lavoratori. Se consideriamo il numero complessivo degli abitanti di Spinea si può fare un conto approssimativo di circa 2.000 assistiti per ogni medico, senza considerare che alcuni di questi, lavorando in ospedale a tempo definito, ne hanno un numero inferiore; ogni assistito può quindi usufruire di pochissimi minuti di prestazione medica ambulatoriale. Durante l'estate poi la situazione si fa ancora più drammatica dato che un solo medico arriva a sostituire quattro colleghi contemporaneamente. È indispensabile tenere presente questa situazione di grave disagio per meglio comprendere le motivazioni individuali e collettive che hanno spinto la popolazione a reagire e ad essere sensibile all'iniziativa che il comitato salute del quartiere ha messo in atto.

Gli abitanti del quartiere Dante sono stati infatti recenti protagonisti di una forma di mobilitazione sulla salute, i cui aspetti fondamentali sono di una esemplarità tale da meritare di essere riportati in dettaglio.

L'iniziativa è stata presa dalla Farmacia Comunale che, resasi conto dello spreco prescrittivo dei medici di Spinea, ha invitato sistematicamente coloro che si recavano a ritirare i farmaci, a restituire alla farmacia le confezioni inutilizzate (che abitualmente si accumulano nelle abitazioni per poi finire nella spazzatura), perché potessero venire riutilizzate presso il vicino Ospedale di Mirano. Di tale iniziativa, si fa subito carico la Commissione Salute del Quartiere che è pronta a raccogliere l'invito delle Farmacie e promuove e organizza la raccolta dei farmaci, anche in ciò stimolata dagli abi-

FARMACI E RIFORMA

tanti del quartiere, che si rendono conto della vera e propria 'farmacia' che hanno in casa, in genere perché o i disturbi accusati se ne sono andati da soli (o dopo un paio di compresse), o perché il medico cambia terapia quasi ogni giorno prescrivendo quindi nuove confezioni di farmaci, o perché, senza chiedere se la precedente terapia è terminata, appioppa una nuova ricetta.

Terminata una prima fase di raccolta (molti scatoloni ricolmi), i farmaci sono stati quindi portati alla Farmacia dell'Ospedale di Mirano, ed è stata una amara sorpresa il vedere che venivano in parte o in tutto rifiutati perché considerati inefficaci, se non dannosi, o perché prodotti da industrie farmaceutiche di dubbia affidabilità.

Inizialmente vi è stato un periodo di disorientamento e anche di irritazione a vedere tanto lavoro svolto andare in fumo, ma poi subentrato il desiderio collettivo di capire di più, di andare a fondo della situazione, di verificare cosa ci potesse essere dietro a questa definizione di «case farmaceutiche di dubbia affidabilità», del perché certi medici prescrivono farmaci a tonnellate che poi sui malati «veri», quelli dell'Ospedale, non trovano nessun impiego.

Il Consiglio di Quartiere è allora entrato in collegamento con le forze sindacali e con alcuni medici democratici, sia per avere una verifica e dare un indirizzo alla propria esperienza, sia per averne un contributo fattivo al fine di chiarire i vari aspetti del problema dei farmaci e dell'industria farmaceutica. Si è contemporaneamente deciso di elaborare un programma di controllo sulla prescrizione dei farmaci, e si è scelto il mese di aprile 1976, durante il quale sono state controllate, pur salvaguardando il segreto professionale, tutte le ricettazioni dei medici di Spinea che venivano presentate presso la Farmacia Comunale; lo sco-

po era quello di ottenere dei dati che permettessero di avere un'idea almeno indicativa dei meccanismi che creano privilegi ed accumulazioni a chi dice di voler salvaguardare la nostra salute. Durante tutto il periodo in cui si è svolta la raccolta e la elaborazione dei dati, il quartiere, gli attivisti sindacali e i medici democratici si sono ritrovati settimanalmente per analizzare assieme il mercato della salute in Italia.

La popolazione del quartiere ha così potuto apprendere il significato del termine «Ditta di comparaggio» o il perché della loro dubbia affidabilità.

Il comparaggio è quel fenomeno per cui alcuni farmaci vengono prescritti non perché più efficaci di altri, ma solo perché l'industria produttrice offre, a quei medici che l'accettano, una certa percentuale sul prezzo della confezione prescritta. Tali farmaci sono facilmente individuabili in quanto non hanno una diffusione generale a tutte le farmacie, ma sono solo presenti in quelle della zona ove sono stati «contattati» alcuni medici ed inoltre vengono distribuiti direttamente dal «collaboratore scientifico» e non attraverso vie normali. È facile poi individuare pluriprescrizioni di tali farmaci, spesso immotivate, o a corollario di medicamenti più mirati. Il problema è reso ben più grave dal fatto che trattandosi spesso non solo di farmaci completamente inutili, quali i ricostituenti o gli epatoprotettori, ma anche per esempio di antibiotici, la loro provenienza quasi costante da industrie farmaceutiche minime, sempre all'orlo del fallimento, e l'assenza spregiudicata di un qualsiasi controllo da parte del Ministero della Sanità di eventuali «sofisticazioni» o quanto meno della costanza del dosaggio del farmaco, ci porta alla definizione della scarsa affidabilità cui aveva fatto pure riferimento la Farmacia dell'Ospedale di Mirano.

Appare evidente da quanto scritto che

è più facile individuare tale fenomeno in piccoli centri di provincia, e pare che l'hobby del comparaggio sia molto diffuso a Spinea, pur essendone perfettamente al corrente Ordine dei Medici ed Enti Mutualistici, che ballottandosi fra di loro la responsabilità della prima mossa, tardano a prendere i doverosi provvedimenti.

Ma il lavoro conoscitivo svoltosi in quartiere non si è fermato a questo stadio, che sembrerebbe affossare le piccole industrie farmaceutiche per salvare le grandi nazionali (rare) o multinazionali (quasi tutte) troppo impegnate a difendere il loro nome per impegnarsi in questi giochi sottobanco, anche talora per il prestigio dei farmaci proposti, che comunque avrebbero mercato. Proprio di questo mercato, che quotidianamente si svolge sulla nostra pelle, ci si è voluti occupare. Ci si è domandati perché la spesa farmaceutica in Italia sia pari a quella degli Stati Uniti che hanno una popolazione quasi cinque volte superiore; perché esistano differenze così vistose nel prezzo dei farmaci, dello stesso medesimo farmaco, da nazione a nazione; perché così spesso veniamo usati da «paese cavia» per farmaci che in altre nazioni non hanno ancora ottenuto il via alla registrazione, o perché ancora da noi vengono propagandati come miracolosi farmaci che, non avendo ottenuto per esempio la registrazione negli Stati Uniti perché considerati non efficaci, ci vengono rifilati, vero e proprio paese sottosviluppato, perché almeno contribuiamo ad ammortizzare le spese di ricerca. O perché ancora Lepetit, Ciba e Montedison, che detengono il monopolio mondiale della rifampicina (antibiotico molto costoso e discretamente tossico), da noi estendono le indicazioni, che ovunque nel mondo sono solo per la terapia della tubercolosi e della lebbra, alla terapia delle più svariate infezioni, ove invece sarebbero più indicati altri farmaci, spesso meno costosi e comunque più efficaci. È chiaro allora che mentre c'è chi specula sulla venalità, c'è anche chi contornandosi da un'aurea di serietà scientifica, specula sulla credulità di una classe medica ormai per la maggior parte lontana da quei minimi di preparazione culturale che la renderebbero idonea alla tutela della nostra salute.

Cosa succede allora a livello di Ministero della Sanità? Come è possibile che vi sia tanta disinformazione? Sono allora gli interessi commerciali a prevalere, (e ne abbiamo avuta esperienza con la sfacciataggine con cui sono stati difesi i coloranti cancerogeni), ed è

facile scaricare la responsabilità sull'assistito che sarebbe, almeno a sentire la maggioranza dei medici, lui un divoratore di farmaci, quasi che il bisogno fosse stato sentito dal paziente stesso e non indotto attraverso un processo consumistico proprio della società capitalistica. Allora è facile inventare il rimedio, e i soliti cervelloni propongono il «ticket», cioè una quota a carico dell'assistito sui farmaci di serie B, quelli che non essendo considerati indispensabili sono pur tuttavia considerati di supporto alla «vera» terapia. A parte i compromessi a cui si è giunti a livello ministeriale nell'inserire nella categoria A (totalmente gratuita) farmaci che non meriterebbero nemmeno di comparire in una farmacopea che fosse degna di un paese civile (e questo grazie alle solite pressioni dell'industria farmaceutica), appare evidente che a pagare il prezzo di un'assenza di volontà politica tendente a migliorare la situazione sarà ancora l'utente che, incapace di discriminare da solo sulla reale efficacia, pagherà di tasca propria per farmaci pressoché inutili che continueranno ad essergli prescritti per rimpinguare le casse di queste «povere» industrie farmaceutiche sempre sull'orlo del fallimento. Ma chi pagherà il suo bisogno di salute?

Tutte queste domande hanno trovato una risposta già nel corso degli incontri settimanali tra sindacato, medici democratici e quartiere; la conferma alle nostre risposte è venuta dai dati elaborati, riassuntivi del movimento ricette del mese campione, nella farmacia campione.

La causa diretta dell'abuso dei farmaci non è certamente del paziente, vittima inconscia del sistema attuale di concepire la salute, che privilegia il momento della cura, ignorando completamente quello della prevenzione. Questo fatto è tanto più grave quando si pensa che decenni di malgoverno sono riusciti a distorcere la coscienza della popolazione che ancor oggi, salvo casi sporadici, chiede più letti in ospedale, più ambulatori, di non fare code estenuanti dal medico, o dallo specialista, chiede di poter fare gli esami di laboratorio più rapidamente e non che venga tutelata la sua salute così da non ammalarsi mai. Il tecnico, cioè il medico, si è presa con la forza la delega alla tutela della salute del cittadino, espropriandolo dai suoi diritti, e attraverso la negazione dell'esistenza di possibili cause, ha trasformato la malattia in un sintomo, che come tale va combattuto attraverso una generosa prescrizione di farmaci,

unico atto medico, visto che la visita vera e propria è ormai un ricordo da raccontare alle generazioni future.

Ed ecco che i dati sostengono queste valutazioni e fotografano questa tragica realtà. Su una spesa mutualistica di L. 9.323.783, il 29,6% è rappresentato dai cosiddetti «ricostituenti», farmaci notoriamente inutili e pressoché inesistenti nelle farmacopee di altre nazioni. Questo dato, di per sé orientativo, diventa probante quando si verificano, medico per medico, l'incidenza di tali farmaci nella sua prescrizione totale. Si nota allora che si passa da un medico che su 339 ricette in totale, ne ha 275 con un «ricostituente», il 63% dei quali prodotti da ditte di comparaggio, a un medico che inserisce (rara eccezione) solo il 4% di ricostituenti nelle sue prescrizioni. Poiché entrambi i medici assistono un numero equivalente di pazienti, è evidente che l'unica spiegazione possibile è che, o il primo medico ha i propri assistiti tutti affamati di ricostituenti e il secondo nemmeno uno, più verosimilmente, la prescrizione del farmaco è lo specchio della mentalità e degli interessi specifici del medico.

Un'altra conferma la si ha andando ad analizzare la ricettazione degli antibiotici. Questi incidono sulla spesa generale per il 20,49%. Ma mentre alcuni medici fanno comparire l'antibiotico nell'11,9% delle ricette, ve ne sono altri che nel 55% delle prescrizioni ricettano un tale farmaco e il 74,5% è prodotto da ditte di comparaggio. Sono dati che si commentano da soli.

Se esaminiamo poi i dati pubblicati dall'INAM di Torino relativi al costo medio di una ricetta nel mese di gennaio 1976, che è di L. 4.137, si osserva che a Spinea questo è di L. 5.300; ma si va da un medico la cui ricetta media vale L. 3.836, a un altro la cui prescrizione media pesa L. 9.443.

Solo tre medici su dieci, comunque, sono nella media dei medici torinesi. L'elevato costo medio della ricetta, la maggior percentuale di farmaci inutili o dannosi, la maggior presenza di farmaci provenienti da ditte di comparaggio, sono poi tutti dati che fanno capo agli stessi medici.

Sono fenomeni da meditare, anche perché i 2.000 miliardi di spesa farmaceutica per il 1976 sono stati pagati dai lavoratori. In cambio di quale salute?

Visto che i risultati dell'inchiesta di base raccontavano molte più cose di quanto non fosse lecito attendersi all'inizio, il Quartiere Dante, con il sostegno della FULC, della FLM, della FLO veneziana, del PCI, PSI, DP e di

Medicina Democratica, ha organizzato un'assemblea popolare presso la Sala Conciliare del Comune di Spinea allo scopo di divulgare e dibattere la propria esperienza con la popolazione di tutta Spinea.

L'assemblea, ricca di partecipazione popolare e di tensione politica ha ribadito l'importanza della riappropriazione della salute, della non delega e della gestione collettiva della sua salvaguardia. Dal dibattito è emersa la proposta della costituzione di un centro di controinformazione e di controllo permanente sui farmaci e, più in generale, sui problemi della salute, avviando subito un'indagine sull'ambiente di vita e di lavoro, proposta sulla quale il Quartiere si sta già muovendo attraverso la istituzione di una scheda sanitaria autogestita e di un bollettino periodico di informazione.

**Commissione Salute
Quartiere Dante
Spinea [Venezia]**

Mozione conclusiva dell'assemblea del 19 dicembre 1976

L'assemblea che si è tenuta a Spinea presso la sala consiliare del Comune domenica 19 dicembre 1976 sul tema dei farmaci e della salute alla presenza di rappresentanti dell'Amministrazione Comunale di Spinea e delle forze politiche e sociali della provincia di Venezia, in particolare con l'adesione dei rappresentanti:

- delle sezioni provinciali di **Medicina Democratica, Psichiatria Democratica, Unione per la lotta contro l'emarginazione;**

- delle strutture sindacali e provinciali della Flo, Fulc, Flm;

- delle sezioni locali del **Pci, Psi, Dp;**
vota all'unanimità la seguente mozione:

La salute non deve essere più oggetto di consumo né da parte del padronato farmaceutico né da parte degli operatori sanitari e delle clientele a loro asservite. Tantomeno va lasciata nelle mani del padronato industriale e della speculazione urbana.

Per eliminare lo sfruttamento della nostra salute bisogna sviluppare altre iniziative come quella di oggi e organizzare la discussione nel territorio e nei posti di lavoro perché collettivamente prendiamo coscienza che la salute è un bene sociale da non delegare a nessuno ma da autogestire in prima

persona modificando il rapporto tra tecnici e utente e sviluppando la battaglia politica contro quelle forze economiche e partitiche che sono le prime responsabili della espropriazione della nostra salute, perchè responsabili e garanti di questo sistema che sopravvive proprio attraverso la distruzione quotidiana delle nostre condizioni di vita.

Un primo obiettivo è quello di appropriarci della gestione delle Unità Locali dei Servizi Sociali in via di formazione, perchè esse siano veramente al servizio dei nostri bisogni che non sono principalmente quelli di curare le malattie ma di prevenirle, nel senso di salvaguardare la salute eliminando e denunciando, attraverso un rapporto non solo individuale ma collettivo di partecipazione sociale, le cause che ne determinano la caduta.

L'Assemblea inoltre fa proprie le proposte emerse nel dibattito di costruzione di un centro di **informazione e di controllo permanente** nei quartieri sui farmaci e più in generale sui problemi della salute, e di avviare da subito una **indagine sull'ambiente di vita e di lavoro**. L'Assemblea, infine, recepisce la richiesta fatta dall'Amministrazione Comunale di costituzione della **Consulta socio-sanitaria**, ed approva l'impegno del rappresentante dell'Amministrazione Comunale ad aprire e sviluppare il dibattito sullo **Statuto del consorzio socio-sanitario** a livello di quartiere.

Hanno contribuito alla realizzazione di questo materiale

- Federazione lavoratori ospedalieri
- Federazione unitaria lavoratori chimici
- Federazione lavoratori metalmeccanici
- Amministrazione comunale di Spinea

Note sul meccanismo di formazione del prezzo dei farmaci.

Il meccanismo di formazione dei prezzi dei farmaci è un meccanismo inventato a bella posta dai padroni e governanti Dc per assicurare agli industriali

farmaceutici dei profitti enormi praticamente sicuri, speculando sulla non salute dei lavoratori, che poi le medicine, con o senza «ticket», se le pagano già tutte.

Fino a non molto tempo fa il padrone farmaceutico che voleva introdurre sul mercato un nuovo farmaco mandava i suoi rappresentanti, dopo aver ottenuto l'autorizzazione dal Ministero della Sanità, al Comitato interministeriale prezzi con qualche nota sul costo del farmaco (materie prime, materiali di confezionamento, manodopera e spese d'esercizio); qui, in gran fretta e praticamente senza verifica, prendendo naturalmente per buone le dichiarazioni del Nostro, il Cip decideva se moltiplicare i costi dichiarati dall'industriale per un coefficiente 3 o 3,5, assicurando al produttore (leggi industriale) il 200-250 per cento di profitti su ogni confezione. Tale discriminazione era in rapporto alla presenza o meno di un settore «ricerca» nello staff dell'industria in questione. È noto che in passato venivano assunti dalle industrie, anche le più piccole e artigianali, dei biologi che, sistemati alla meno peggio in locali di fortuna, fingessero di «ricercare» non si sa bene cosa, pur di strappare quello 0,5 di profitti in più. Proprio perché scarso era il controllo sui costi dichiarati ed alte le truffe, al fine di disincentivare questa pratica anomala si decise in seguito di adottare un nuovo sistema di coefficienti scalari dal 2,5 al 4.

Il coefficiente di moltiplicazione più alto lo si riservava al prezzo più basso (100 lire), mentre il coefficiente più basso (2,5) lo si riservava al prezzo più alto (1.000 lire), con tutta una gamma di valori intermedi.

In tal modo l'industriale doveva fare i suoi conti per benino, per vedere se gli conveniva dichiarare un alto costo di produzione e ottenere un basso coefficiente oppure viceversa.

Il risultato era quello di ottenere un margine di profitto per confezione oscillante tra il 300 e il 150 per cento, truffe di base a parte.

(Ad ogni riunione del Cip si analizzavano e si fissavano, in pochissimi minuti, i prezzi di decine di farmaci).

È pur vero che sui prezzi così fissati l'industria era tenuta a praticare uno sconto alle mutue del 19 per cento. Il risultato è che a tutt'oggi, solo per il 1975 e 1976 le mutue vantano un credito di 600 miliardi verso gli industriali farmaceutici per sconti non praticati.

Tutt'altro che rare sono state le truffe più grossolane e macroscopiche, degne del Codice Penale. Le più comuni con-

sistono nel determinare il prezzo del prodotto base facendo riferimento a tecniche estremamente sofisticate e costose, salvo poi, una volta definito il prezzo, «scoprire» improvvisamente a proprio beneficio di poterlo ottenere per vie molto più economiche.

Benché ciò sia risaputo da tutti non si è mai provveduto ad abbassare in proporzione il prezzo di un solo farmaco. Altre vie molto battute sono quelle di ripresentare il farmaco identico nelle sue componenti di base e variato solo per alcuni componenti marginali e spesso inutili, naturalmente sempre molto costosi, ed ottenere un ritocco del prezzo anche cospicuo.

In questo modo almeno il 30 per cento dei farmaci più comuni ha avuto recentemente un notevole aumento dei prezzi (e dei profitti) aggirando la legge che li bloccava.

Nel mese di giugno 1977 il governo Andreotti, con il solito colpo di mano del decreto-legge, ha stabilito nuovi meccanismi di determinazione dei prezzi, la cui conoscenza è per lo più tenuta nascosta alla gente. Di sicuro si sa che da subito per tutti i farmaci si elimina lo sconto obbligatorio alle mutue, ratificando per legge la truffa padronale e la rapina delle multinazionali farmaceutiche.

Secondariamente, tutti i farmaci, nell'arco dei prossimi diciotto mesi, saranno sottoposti a revisione dei prezzi in tre scaglioni. C'è chi giura che si riuscirà a far diminuire i prezzi di talune specialità, mentre è opinione comune che tutti, o comunque la maggior parte, subiranno un rialzo del prezzo. A ciò concorrerà di sicuro il «nuovo criterio» scelto, che prevede di calcolare nei costi anche le spese di propaganda e pubblicità dei farmaci che, secondo l'opinione comune e un vecchio progetto di «riforma», dovevano addirittura sparire.

Altre garanzie di aumento saranno i bilanci truccati, l'elevato numero di «voci» da considerare per definire i costi (tra cui anche tutti gli «scatti di produzione»), la «ricerca scientifica» che ormai nessuno più fa, quantomeno in Italia, le clientele padronali e Dc.

Nella discussione in sede di commissione parlamentare per pressioni comuniste si è riusciti a ottenere una verifica immediata dei costi di tutti i farmaci (più di 700) che negli ultimi tempi hanno ottenuto un aumento di prezzo.

Non si è però riusciti a bloccare l'ulteriore regalo fatto dalla Dc ai padroni farmaceutici con l'abolizione dello sconto alle mutue.

A Firenze tante donne tante esperienze

Il 7/8 maggio e l'11/12 giugno a Firenze ci siamo ritrovate con tantissimi problemi da affrontare, che le compagne dei vari collettivi (più di cento di varie città d'Italia) ponevano tutte con uguale urgenza: il rapporto con le istituzioni (e quindi aborto, consultori, ospedali), rapporto tecnico-salute, la medicina alternativa e la medicina popolare, la prevenzione, la malattia, la salute della donna che lavora, ed altri ancora; ma si è dovuto decidere fin dal 7 maggio su quali problemi cominciare a discutere nei gruppi che avrebbero poi lavorato nel pomeriggio. Di fatto, su aborto e consultori ci si è dovute riconvocare per l'11 appunto, mentre per approfondire il discorso della salute della donna che lavora ci si è riconvocate a Milano per il 18 di giugno.

Il grosso tema affrontato all'inizio, è stato quello del rapporto che in generale le donne hanno con la medicina, non solo nelle istituzioni e non solo rispetto alla propria funzione riproduttrice. Questo è servito a superare quella che rischiava di diventare una divisione insuperabile, e cioè la contraddizione tra donne «tecnico» e donne «utenti». Molte le compagne che sottolineavano come questa contraddizione (l'essere donne e contemporaneamente «tecnico della salute») era in realtà una ulteriore violenza su se stesse, nel «separarsi» ancora una volta, mentre veniva ribadito che solo la coscienza di se stesse, del proprio corpo, di ciò che vogliamo sia la medicina per noi donne può metterci in grado di aggredire contemporaneamente la realtà e le istituzioni. Questo serve inoltre a distruggere il potere che loro malgrado anche le compagne operatrici sanitarie vengono ad assumere rispetto alle altre donne, anche nei consultori autogestiti, dove finiscono per essere le «consulenti» e dove le donne vanno solo di passaggio, una volta e poi più, per risolvere il problema immediato (contraccezione, disturbi di vario tipo), ri-

producendo il solito meccanismo di delega a chi ne sa di più ed è «Autorizzato» ad esercitare la medicina. Veniva ribadito quindi che questa è l'unica pratica per andare al di là della medicina attuale, che è pur sempre maschilista.

Molte comunque le compagne che nella logica del superamento dell'isolamento e del poco potere delle donne, riproponevano l'opportunità o meno di essere dentro le istituzioni (ad es. nei comitati di gestione dei consultori pubblici), per riuscire a modificarne il funzionamento e i contenuti.

Ma nel confronto fra pratiche diverse, sia dentro le istituzioni, sia di completa autogestione da parte di collettivi di donne, usciva comunque una grossa perplessità rispetto ad un'analisi completamente nuova della salute e della medicina, che tenga sì conto del patologico, e quindi della cura della malattia o del disturbo, ma anche e soprattutto dell'aspetto della «prevenzione», attraverso la piena consapevolezza del nostro corpo, del perché ci si ammala e di come si impara a «star bene», sotto tutti gli aspetti. Ancora una volta, però, l'unica pratica che ci permette di fare questo è l'autogestione, fra donne, di questi momenti di presa di coscienza e di analisi collettiva.

È chiaro che questi brevissimi appunti non hanno la pretesa di essere una sintesi di questi quattro giorni di dibattito, la cui ricchezza e semplicità è difficile da «catturare» in così poche righe. Alle compagne, ai collettivi il compito di arricchirlo anche con contributi scritti.

Il 24 settembre a Ferrara, presso l'Ospedale S. Anna si terrà il Coordinamento donne su: rapporto con l'istituzione ospedaliera; analisi e lotte.

Durante i primi mesi del 1976 accusavo dolori vaganti fra il collo, il braccio, la spalla destra, dalla parte, cioè, dove ero stata operata di cancro alla mammella nel 1958. Il medico curante, diagnosticato che erano reumatismi, ordinava lastre su lastre a cui erano seguite indicazioni per un mare di cure.

Naturalmente il medico non mi visitava e neppure l'ortopedico né tanto meno il radiologo. Sono stata io a capire, toccandomi la mammella sinistra, che si trattava ancora di cancro. Non ho fatto né allora né poi le cure per i reumatismi (spariti d'incanto), mi sono invece rivolta all'Istituto dei Tumori di Milano per la conferma della mia diagnosi.

Le note che seguono sono tratte dalle osservazioni fatte e annotate durante il periodo di attesa del ricovero e nel corso del ricovero stesso.

Ho vissuto questa esperienza di mutilazione in modo molto diverso dalla precedente credo per due motivi:

a) superato il periodo in cui ho faticato a ritrovarmi con il mio corpo (oltre al seno finto c'è stato il casino del braccio che, a causa del cavo ascellare per anni è stato grosso e duro con relativi impedimenti motori anche alla mano destra), i 18 anni trascorsi fra il 1958 e il 1976 sono stati un tempo di vita normale con innamoramenti, piantamenti, lavoro, lotte, marito, figlio, dolori, famiglia, speranze ecc. ecc.

b) il '68 e le lotte di tutti gli anni successivi, la nascita e lo sviluppo di nuovi strumenti e modi di far politica, - senza che lo sapessi - mi avevano fatta «crescere».

Onestamente non posso dire di non aver avuto paura. Non paura della morte-cancro, ma della vita-cancro. Il periodo di tempo che intercorre fra la diagnosi fatta dall'esperto ed il ricovero nell'Istituto (ho atteso 44 giorni), è molto faticoso perché la nostra cultura

NOTE SUL RICOVERO DI UNA DONNA IN OSPEDALE

e la prassi sanitaria cui vieni sottoposta, spingono a farti diventare una diversa, una estranea, una emarginata.

La nostra cultura: un'ammalata di cancro è una donna che ha «un brutto male». Il termine cancro viene taciuto o al più sussurrato. Ma tu sai che altre malattie (sifilide, epilessia, tbc, pazzia) sono state indicate con il termine di «brutto male». Eppure queste malattie si indicano ormai chiaramente con il loro nome, si è superata la paura-scongioro-sortiglegio del nominarle che però per il cancro resta. Il risultato di questa cultura è: paura, senso di malattia vergognosa, colpevolizzazione, emarginazione. Ma noi stiamo lottando perché non ci siano degli emarginati, dei diversi, perché allora questa paura collettiva per la parola cancro?

La prassi sanitaria: una parte di te ti diventa estranea. La parte che viene annotata nella tua cartella clinica e che non puoi leggere: diagnosi, esiti delle varie radiografie, esiti degli esami che ti fanno fare in attesa del ricovero. Ho lottato contro questa prassi anche con il ricatto: «Continuo a parlarti di me cioè a rispondere alle domande che tu medico mi fai, se tu mi dici l'esito del mio esame perché il saperlo serve anche a me, perché il corpo è mio e se non ho in mano tutti gli elementi come posso combattere con te contro il male che io ho?». Ho sempre avuto risposta però ho capito che per il medico il soggetto è la malattia e non la persona.

Questo atteggiamento l'ho ritrovato anche in persone cui voglio e che mi vogliono molto bene. Anche loro, magari inconsciamente, mi suggerivano un atteggiamento passivo, sicuri che la salvezza stesse solo fuori di te. Non sono d'accordo perché ritengo che sia importante continuare sempre ad essere una persona e non un oggetto. Penso che la prima salvezza sia da ricercare dentro di noi. Cioè dobbiamo

cercare di mantenere in ogni momento integra la nostra personalità.

Il malato è una persona integrale nella quale confluiscono le componenti sociali, ideologiche, politiche, psicologiche, professionali, religiose, culturali, emotive e fisiche. Non può essere considerata solo la componente fisica perché questo ti scardina nella tua integrità. Ma queste componenti sono in tutti noi, non è escluso il personale sanitario che pure dovrebbe aver cura di crescere come soggetto, non solo nel settore della propria professione, ma verso una personalità completa.

In questo periodo c'è un'altra cosa che si vive duramente: il coinvolgimento nella tua malattia delle persone che ti sono care. La cosa più terribile sono gli occhi di chi ci vuole bene. Perché? Perché nessuno di noi è educato dal punto di vista sanitario ad una coscienza, ad una gestione, ad una responsabilità di fronte a quelli che sono incidenti. Non sappiamo perché del cancro alla mammella, non si conoscono sostanze o altro che portino a questa malattia (per es: il cancro alla vescica ora si sa da che cosa proviene). Questa non chiarezza di che cosa sia e perché ti colpisca, io l'ho sempre vissuto come una specie di tradimento. Una sorta di sole spento che ad un certo momento mi ha colpito ma che non centrava per nulla con me.

Finalmente sono entrata in ospedale e subito ho dovuto mettermi in divisa da malata: letto/vestaglia. So perfettamente che in certe ore della giornata passano i medici che possono visitarti (o no) o si debbono fare medicazioni o altro per cui è pratico indossare indumenti rapidi da togliere ma perché solo pigiama o camicia da notte? La giornata è lunga, fatta di ore vuote e questo vivere sempre in tenuta da malata è molto deprimente anche perché capisci che questo che ti viene imposto, ancora una volta, non serve a te ma solo per farti subito identificare

dal personale medico e paramedico. A te servirebbe riprendere la tua identità e per questo vorresti rimettere il tuo vestito. E l'ho fatto, però non è stato capito né dalle mie compagne né dal personale sanitario. Diventano «diversa», diversa anche rispetto agli altri che erano dentro l'ospedale, che avevano il mio stesso problema, anche se erano d'accordo sul fatto che la vestaglia - sempre è un non senso che ghet-tizza.

Quando entri nel ritmo ospedaliero ti accorgi che tutto ti porta a far sì che la vita debba restare fuori mentre nella realtà della vita in ospedale, la vita è dentro, non è restata fuori. Lo vedi in ogni momento attorno a te e lo vivi con gli altri. Si sta assieme, si parla, ci si aiuta reciprocamente, ci si insegna la ginnastica per rieducare il braccio cui corrisponde la parte amputata a muoversi, ci si scambiano giornali, consigli su lavoretti all'uncinetto, persino ricette. Ma non si dice la parola cancro. Non si discute sulle condizioni di vita di ciascuna ricoverata, sui riscontri che l'operazione può avere sul lavoro che si fa. Eppure il tempo ci sarebbe ed anche l'interesse per farlo. Ma occorre che la struttura sanitaria si modifichi per consentire che queste spinte vitali che già si manifestano possano crescere. Occorre poter organizzare anche durante il tempo della degenza corsi di educazione sanitaria di base per demolire i pregiudizi, le paure delle malate di cancro. Non intendo minimizzare la malattia né tanto meno un suo possibile decorso, ma una differente preparazione del personale medico e paramedico, il porre maggiore attenzione su problemi non solo di natura fisica, l'accettare che il potere sanitario non consiste nel tacere persino il nome delle medicine che vengono somministrate, il considerare i degenti persone capaci di intendere e di volere, aiutarli ad uscire dalla paura, dalla passività, dalla supina rassegnazione, a non viverci diversi da prima aiuterebbe la ripresa di una vita normale, diminuirebbe l'angoscia e la colpevolizzazione che sovente si instaura a seguito di ignoranza e pregiudizio.

Esistono altri problemi connessi con questo tipo di intervento: il primo che si presenta è il costo delle protesi. È uno sporco mercato in cui, come al solito, pochi fanno lautissimi guadagni. Una mammella artificiale non dura per tutta la vita: quelle di gomma prima si sgretolano, quelle più ricercate e più «naturali» si sgonfiano. Sia per le une che per le altre occorrono decine di migliaia di lire. Quelle al silicone



sono nell'ordine di L. 100.000 l'una. Mi hanno detto recentemente in Regione che il Ministero della Sanità non passa le protesi con le Mutue perché «il seno non è una cosa funzionale». Certo, e su questo non ci piove, non si può allattare con la mammella di gomma (con l'altra sì) ma vengono operate moltissime persone che non hanno i mezzi per comprarsi ciò di cui hanno bisogno o che dovrebbero sacrificare altre cose per poterselo permettere mentre è di tutte il sacrosanto diritto di ritrovarsi dopo l'intervento, simmetriche come si è entrate in ospedale.

Un altro problema riguarda la conservazione del posto di lavoro. Infatti la produttività può diminuire per questioni oggettive: il braccio ti si gonfia, si può indurire, faticare a muoverlo. Se si vuole si può fare domanda di invalidità. Questa viene riconosciuta e non pagata; dal punto di vista di protezione del posto di lavoro e di stessa retribuzione (cioè non dequalifica) anche se ti assegnano un lavoro più leggero, questo è assicurato solo nei posti di lavoro dove, per legge, è prevista l'assunzione di invalidi. E tutto il lavoro a domicilio?

E tutte le donne che fanno lavoro nero? E quelle che lavorano nelle fabbrichette? E le contadine?

Si è fatto un gran parlare di problemi psicologici collegati con l'amputazione del seno. Certo questi esistono ma non sono i soli.

Penso che l'accentrare ogni tipo di intervento e di attenzione solo su questi, determina solo paura anche in chi ha le mammelle sane.

Una volta dimessa altri problemi ti vengono posti dalla struttura sanitaria: le cure ed i controlli. Una educazione sanitaria che ti consentisse di capire e di sapere perché ti vengono fatte fare eventuali cure, gli effetti collaterali di queste, le conseguenze cui

puoi andare incontro, consentirebbe di viverle in modo attivo e partecipare o, al contrario, di rifiutare coscientemente di farle.

Esiste ancora completa ignoranza sulle cause che determinano l'insorgenza del tumore alla mammella e vengono sperimentate cure diverse. Ma dobbiamo essere noi a decidere se vogliamo ed accettiamo di partecipare a questi esperimenti, non devono essere solo i medici a decidere per noi quello che dobbiamo fare.

Lo stesso vale per i controlli. Si dovrebbe chiarire a che cosa servono e a chi, oltre che all'ex-degente perché scatenano una grande angoscia e, da capo, ci pongono in una posizione di passività e non di partecipazione.

Chi poi per cure e controlli che possono durare più di una giornata proviene da altre città non ha più posti letto, né pasti.

Tutto è in funzione della struttura: al soggetto in cura vengono addossati, per curarsi, fatica, spese, senso di isolamento e di rifiuto da parte dell'ospedale che lo accoglie solo per la parte curativa.

Perché cure e controlli non vengono decentrati? Perché non utilizzare i poliambulatori e consultori?

E finalmente, dimessa, la struttura sanitaria, su richiesta del medico curante (non certo tua perché sempre ti considera incapace di intendere e di volere), gli spedisce la fotocopia della tua cartella clinica. E così puoi leggere, sapere, chiedere spiegazioni di quello che non capisci e finalmente rientri in possesso di quella parte di te che ti è stata sottratta per tanto tempo e annotata e tenuta segreta. Esiste certo il problema del dire la verità ad un ammalato di cancro. Ma questo problema è vissuto in modo drammatico dai sani: ciascuno di noi sa che cosa ha. Penso che sia civile dare risposta a chi domanda, ma deve essere il degente a scegliere di sapere, non il

medico a decidere di non parlare con lui e magari farlo con i parenti.

Concludendo: la struttura sanitaria deve essere al servizio dell'individuo quando questi ne ha bisogno. Ma non può essere una struttura curativa se, assieme alla parte medica, non si propone anche di aiutare ciascuno a mantenere intatte le proprie capacità di combattere per la sopravvivenza. Ogni atteggiamento che porta alla sudditanza, alla passività genera solo paura, non aiuta il crescere dell'istinto vitale, mina la capacità e la volontà di collaborare attivamente con il personale sanitario. Rivediamo anche i termini usati per la propaganda contro il cancro: male incurabile, male del secolo, nemico da sconfiggere, male oscuro ecc.: hanno sempre in comune l'elemento paura. In particolare paura di qualcosa che non ti dicono cosa sia. Perché non cominciare a parlare di chimica, di inquinamenti, di igiene, di abitazioni, di alimentazione e non solo di sigarette? Siamo contrari ad educare i bambini con la paura del lupo, però accettiamo che ci vengano proposte altre paure. Vogliamo cominciare a discutere di queste cose? Ed anche attenzione a non lasciarci sempre intrappolare dalla mistica del seno. Il seno è una parte del nostro corpo ma una donna non è il suo seno. Una donna è una donna. Tutta questa attenzione posta sugli attributi femminili (il seno) mi sembra un po' un'invenzione nella logica mascolina (se non maschilista) perché, pur non mimetizzando il problema del cancro alla mammella e del fare all'amore, non dobbiamo centrare tutto sul bel seno o sulla cicatrice perché allora non dovremmo nemmeno diventare vecchie e rugose.

Basta con la mistica del seno e riaffrontiamo il problema di una donna che ha una mutilazione. Siamo delle persone, non un seno.

Sandra Piazza

...e tu partorirai con dolore...

Nel febbraio del '75 le compagne di Ferrara denunciavano la gravissima situazione del reparto Maternità e ginecologia dell'Ospedale locale S. Anna. In particolare:

a) il parto di una neonata avvenuto con un metodo eccezionale per arretratezza e sadismo (metodo Braxton Hicks) che ha provocato gravi lesioni alla bambina e alla madre.

b) l'inadeguatezza qualitativa e quantitativa del personale e delle attrezzature a disposizione del reparto.

c) il fatto che su un campione di 92 bambini assistiti dal Centro provinciale spastici più del 50% ha subito lesioni gravi per un decorso anomalo del parto, per lo più avvenuto in ospedale.

d) medici del reparto che usano le strutture ospedaliere per visite private (incassando personalmente i soldi e saltando l'Amministrazione).

e) procedimento per peculato per commercio di placenti istruito presso la Procura di Ferrara.

Alla denuncia è seguito un esposto alla Magistratura firmato da 105 donne in cui si confermavano le condizioni di rischio, violenze ed intimidazioni in cui le donne partoriscono. Sulla base di questo esposto hanno preso il via due procedimenti penali: a carico dei Proff. Nappi e Scopetta per peculato, e si sta indagando sulla responsabilità per lesioni gravi a madri e bambini causate dal trattamento ospedaliero.

La corporazione dei medici ha risposto denunciando per diffamazione le compagne. Ovviamente le denunce contro le donne viaggiano più veloci!

Il 9 giugno u.s. era stata fissata l'udienza contro una compagna accusata di aver ciclostilato il volantino di denuncia. Vista la mobilitazione, l'adesione delle donne, visto che non se la potevano sbrigare in un'ora, l'udienza è stata rinviata ad ottobre.

Per queste ragioni crediamo indispen-

sabile sviluppare in questi mesi il massimo di dibattito, mobilitazione ed iniziative intorno a queste questioni.

L'esperienza delle compagne di Ferrara può e deve diventare un momento di riflessione per tutte le donne, per il movimento di medicina della donna.

Pubblichiamo un primo documento di adesione di compagne medico di Padova, Roma e Milano sul quale raccogliere firme e contributi non solo di «tecniche» ma soprattutto di collettivi di medicina della donna.

Noi, come donne medico, abbiamo deciso di sostenere la lotta che il «Gruppo Femminista per il Salario al Lavoro Domestico» ha aperto a Ferrara contro le condizioni di violenza e di arretratezza in cui sono costrette a partorire tutte le donne nella Clinica Ostetrica dell'Arcispedale S. Anna.

In particolare queste donne hanno denunciato:

- la carenza di strutture e di personale;
- il sadismo dei medici che spesso eseguono tagli, suture e raschiamenti senza anestesia e non intervengono per abbreviare ed alleviare il dolore;

- la speculazione dei medici fatta sul corpo delle donne facendosi pagare indebitamente le visite in ospedale e vendendo le placenti;

- le violenze fisiche e psicologiche alle quali sono sottoposte durante il parto: offese volgari, insulti, schiaffi, salti sulla pancia.

Dopo il primo volantino 105 donne, a conferma di quanto già denunciato, hanno presentato un esposto alla Magistratura sulle condizioni di rischio, violenza e intimidazione vissute al momento del parto.

La risposta della corporazione dei medici è stata una denuncia per diffamazione contro il Gruppo Femminista. La Magistratura nel frattempo ha rinviato a giudizio due medici per pecu-

lato e sta ancora indagando sulle responsabilità per lesioni gravi a madri e bambini causate dal trattamento ospedaliero.

Il primo processo fissato è però quello per diffamazione contro le donne.

Le donne tutte insieme, invece di lasciarsi intimidire, hanno raccolto moltissime altre testimonianze che porteranno anche al processo.

Hanno deciso così di fare di questo processo un processo alle istituzioni sanitarie e ai medici.

Contro questa normalità di violenza da tempo infatti noi donne abbiamo deciso di organizzarci per difendere il nostro corpo e per decidere noi, liberamente se, quando, come avere figli.

Le istituzioni sanitarie, i medici, gestiscono in prima persona l'attacco dello Stato per imporre alle donne le condizioni della procreazione:

- speculando sulla nostra pelle con le visite, l'assistenza a parti e aborti;

- usando l'obiezione di coscienza per non fare gli aborti secondo la legge e continuare così ad arricchirsi con gli aborti clandestini.

- usando dentro e fuori degli ospedali una enorme massa di lavoro gratuito delle donne per assistenza ai malati;

- facendo passare come naturali gli effetti disastrosi sul nostro corpo e sulla nostra psiche del lavoro domestico, del lavoro in fabbrica e negli uffici.

Abbiamo sempre pagato la nostra debolezza sociale con infinite violenze e soprusi. La scienza medica, come tutte le altre scienze sono sempre state usate da chi aveva potere per mantenerci isolate nell'ignoranza e nel silenzio.

Ma da quando come donne abbiamo deciso di uscire dall'isolamento abbiamo cominciato a chiederci il perché delle cose e a sviluppare un tipo nuovo

di conoscenza del nostro corpo, abbiamo sostenuto lotte per cambiare e controllare le strutture sanitarie, abbiamo dato vita a consultori gestiti dalle donne per le donne, abbiamo fatto inchieste per scoprire i reali danni che provoca su di noi il lavoro nelle fabbriche, negli uffici, nelle case.

Come donne medico abbiamo anche deciso di mettere in discussione e di usare in maniera diversa (per noi e non contro di noi) tutti gli strumenti e i mezzi di conoscenza che abbiamo.

Non vogliamo isolarci nei pochi privilegi che abbiamo e che paghiamo a prezzi altissimi, vogliamo unirci con tutte le altre donne e cambiare insieme la nostra vita.

**Donne medico
di Padova, Milano e Roma**

A SESTO S. GIOVANNI E A CINISELLO (MILANO) LE DONNE SI ORGANIZZANO PER LA GESTIONE DEI CONSULTORI PUBBLICI

Cinisello Balsamo e Sesto S. Giovanni «città rosse» vedono già funzionanti dei Consultori pubblici istituiti prima della legge nazionale e regionale, ma questi non rispondono completamente alle esigenze delle donne.

I cinque consultori di Cinisello e l'unico (si attende l'apertura di un altro Consultorio) di Sesto S. Giovanni funzionano entrambi solo come ambulatori mutualistici per la distribuzione di pillole antifecondative, vi si visitano donne soltanto in età «feconda», scartando tutta l'altra grossa parte di donne che sono nell'età della menopausa e tutte le altre che hanno disturbi ginecologici come le infiammazioni, vaginiti, perdite.

La donna è vista solo come soggetto riproduttivo, slegato completamente da tutti i problemi di vita quotidiana come il lavoro, la casa, la sessualità, l'esistenza di strutture pubbliche (servizi, svago, ecc.).

All'interno dei Collettivi Femministi di entrambe le città da più di un anno si sta discutendo sui Consultori pubblici e l'orientamento che ne è uscito è quello che le donne, che per ora sono organizzate, devono partecipare alla gestione di questi Consultori (anche se, come è già stato accennato, i consultori sono solo un primo momento che va a coprire la mancanza di tutela preconcezionale) proprio perchè per le donne dei quartieri anche i Consultori possono essere un momento importantissimo di ritrovo, un punto di riferimento dove poter discutere dei nostri problemi, per incominciare la lotta per l'autogestione della salute.

Anche se gli spazi per la gestione dei Consultori pubblici sono pochi ci è sembrato giusto sfruttare ogni canale, ogni mezzo per poter unirli e discuterne.

Un primo esempio è stato quello di tentare di fare del Consultorio un primo momento di informazione sanita-

ria, attività primaria ed indispensabile per le donne che di fatto non si è mai fatta, in contrapposizione alla volontà delle Amministrazioni Comunali di voler dare solo importanza alla struttura consultoriale-ambulatoriale che delega al «potere medico e alla prescrizione» tutta l'esigenza di salute.

Abbiamo ritenuto giusto essere presenti in tutte le commissioni che si occupavano del Consultorio per incominciare ad imporre all'istituzione un controllo delle donne su un servizio che solo noi possiamo impostare in base alle nostre esigenze.

Così ad esempio a Sesto S. Giovanni ci è servito molto lavorare confrontandoci e partendo dalla piattaforma che le compagne dei Collettivi femministi di Cinisello avevano elaborato, che qui pubblichiamo.

Questa bozza di regolamento è stata presentata a Sesto S. Giovanni nelle assemblee di quartiere come controproposta al regolamento comunale, che si attiene strettamente alla legge n. 405.

La bozza di regolamento che è stata discussa ha raccolto l'adesione di molte donne, ma nonostante ciò il Comitato Sanitario di Zona, che è l'organo che decide in ultima analisi sulla gestione del Consultorio, non ne ha tenuto assolutamente conto. Pensiamo sia utile continuare a fare di queste proposte concrete un momento di confronto e di lotta tra le donne. La nostra partecipazione come donne nei comitati di gestione deve essere ampia e maggioritaria al fine di poter indirizzare il lavoro del Consultorio ai nostri reali bisogni ed esigenze.

Parallelamente a questo intervento il contributo maggiore lo hanno dato le donne del Collettivo femminista del quartiere del Consultorio lavorando con una inchiesta sulle condizioni della donna casalinga e lavoratrice di questo quartiere popolare che si sof-

fermava ampiamente sui problemi della salute della donna. L'inchiesta era un vero momento di «autocoscienza» fra donna e donna: partendo giustamente dal personale, dal «privato» si andava poi ad analizzare il carattere politico di ogni questione privata.

Da questo primo momento è emerso chiaro quale fosse la condizione di quasi tutte le donne con le quali si era parlato: una condizione di infelicità, di mancanza di contatto e di rapporti umani perchè sempre chiuse in casa se casalinghe e se lavoratrici erano costrette a dedicare il loro tempo libero sempre alla casa.

Il Collettivo femminista chiedeva al Consiglio Sanitario di Zona e all'Assessore alla Sanità (una donna!) i locali del Consultorio per degli incontri settimanali con il personale medico del Consultorio che la logica revisionista rifiutava (non c'è spazio nei locali del Consultorio) proprio perchè si intravedeva una possibilità di unità e di lotta delle donne.

Le donne del Collettivo riuscivano ad ottenere che gli incontri avvenissero la sera per permettere una maggiore partecipazione alle donne; a tutt'oggi gli incontri avvengono nella Biblioteca del quartiere, e non nel Consultorio, come era stato richiesto. Tema centrale di discussione: i metodi anticoncezionali. A Sesto S. Giovanni si sta lavorando perchè il Consultorio sia uno «spazio» per le donne anche mettendo in discussione i contenuti della legge n. 405 che prevede l'istituzione di «Servizi per l'educazione sessuale, per la procreazione libera e consapevole, per l'assistenza alla maternità, all'infanzia, alla famiglia».

La legge mostra una precisa scelta politica: sottolineando l'identità coppia-famiglia si evita di mettere in discussione la famiglia come istituzione borghese-capitalista per continuare l'op-

NOCIVITA' DA CAMPI ELETTROMAGNETICI

A cura del Consiglio di Fabbrica SELENIA - Roma

Introduzione

Il nuovo contratto di lavoro pone le basi per una riappropriazione da parte dei lavoratori del problema della salute in fabbrica e sugli effetti che i prodotti della fabbrica possono avere sul territorio circostante.

Le fonti di nocività aumentano col progredire della tecnologia senza un controllo costante di prevenzione che accompagni a ogni progresso del processo produttivo uno studio dei possibili effetti sull'uomo, ponendo come obiettivo primario la salute dei lavoratori e la salvaguardia del territorio.

I recenti fatti di Seveso, Manfredonia, Priolo, Fatme di Roma, Yale di Aprilia etc.. mostrano come l'Italia sia una vera e propria miniera di inquinamento e nocività.

Lasciare l'iniziativa al padrone, non appropriandosi degli aspetti anche tecnici del problema dell'inquinamento e della nocività è a tutti gli effetti rinuncia al controllo della salute e delega al padrone e ai suoi Enti di amministrare in modo mistificatorio e paternalistico il problema.

Uno degli aspetti più recenti sul quale peraltro oramai esiste una vasta seppur incompleta letteratura è il problema dell'*inquinamento elettromagnetico*.

Le radiazioni elettromagnetiche sono utilizzate per molteplici scopi: dalle macchine per incollaggio del legno alle trasmissioni radio, televisive, telecomunicazioni, terrestri e spaziali, al controllo degli aeroporti, agli usi militari, etc.. Questa rapida crescita di usi non è stata però, soprattutto in Italia, accompagnata da un'indagine degli effetti nocivi sui lavoratori, giungendo così a gravi conseguenze notevoli e irreversibili (sterilità di molti lavoratori che lavoravano alle macchine per incollaggio).

La Selenia lavora in una gamma di frequenza maggiore di 300 MHz dette microonde abbastanza superiori di quelle usate per l'incollaggio. Queste possono avere effetti di tipo molto più articolato, difficile da analizzare ma non meno pericolose.

Gli effetti sull'uomo sono di tipo *biologico* e di tipo *fisiologico*, e possono

avere carattere temporaneo o permanente a seconda dell'intensità di radiazione e del tempo di esposizione.

Indagini fatte in vari paesi mostrano come alcune malattie e nevrosi sono presenti in una percentuale nettamente più elevata tra i lavoratori che operano in zone in cui è presente la radiazione elettromagnetica tanto da giustificare la coniazione di un termine medico: *morbo da microonde*.

I lavoratori della Selenia sono oramai in lotta da due anni su questo problema, e hanno presentato una serie di richieste alla Direzione aziendale:

1. Misurazioni dei livelli di potenza da farsi secondo una procedura concordata coi lavoratori;
2. Installazione di avvisatori che avvertano quali apparati siano in funzione;
3. Discussione dei livelli di sicurezza per la fabbrica e il territorio.

Situazione ambientale del Reparto Antenne

Disposizione logistica.

I lavoratori del reparto sono divisi su 3 piani della palazzina centrale (1°, 2° e terrazza) in più vi sono le postazioni sopra la palazzina Ricerche, la Torre del parcheggio, la Torre sul terreno di Gianni.

Si può delineare questa differenza tra i lavoratori ai primi due piani e gli altri e cioè che al 1° e 2° vi sono solo ingegneri (9) e tecnici anziani (2), tutti gli altri lavoratori (27) sono sulla terrazza).

Problemi generali d'ambiente.

Bisogna ovviamente distinguere tra piani inferiori e terrazze.

I lavoratori sulla terrazza sono obbligati a uscire e entrare all'aperto anche per muoversi all'interno della palazzina dato che l'ufficio è in effetti una piccola baracca non collegata al resto dell'edificio.

Gli inconvenienti più comuni sono:

- pericolosità delle postazioni (tecnici e operai);
- sbalzi di temperatura, umidità, ventilazione, etc. (tecnici, operai, ingegneri);

La *direzione aziendale* della Selenia, finora ha agito senza alcuna consultazione del Cdf., «garantendo» peraltro all'ENPI che si lavorava entro certi livelli di potenza (senza aver fatto misure) e garantendo allo stesso tempo che non era stato segnalato alcun disturbo da parte dei lavoratori (senza aver proceduto a indagini mediche).

I lavoratori più direttamente interessati (*Reparto Antenne*) hanno svolto un lavoro di studio su questo problema in collaborazione con la Commissione Ambiente del Cdf., collezionando una serie di studi e preparando una serie di proposte sulle quali confrontarsi con l'Azienda.

Man mano che la ricerca progrediva fra i lavoratori sono venuti fuori dei disturbi che molti hanno riconosciuto di avere avuto o di avere tuttora (male agli occhi, mal di testa continui, etc..) *anche se purtroppo non si è ancora giunti a sistematizzare l'indagine.*

- radiazioni (tecnici, operai, ingegneri);

- radiazioni dovute a lunghe esposizioni (tecnici e operai), al caldo (sole) e al freddo (pioggia, umidità, vento, etc.);

- scarichi nocivi dei laboratori chimici e delle caldaie.

Un discorso a parte poi vale per i lavoratori delle 2 torri, data la lontananza e la mancanza dei servizi, e la monotonia del lavoro alla torre stessa.

Secondo i lavoratori più esposti c'è pericolo data la continua presenza di disturbi (tipo mal di testa, male agli occhi, etc.).

Attualmente i lavoratori del reparto stanno eseguendo una serie di sondaggi preliminari da cui si evince che vi sia una situazione di pericolo sulle terrazze.

Indagini della direzione SELENIA

Dal rapporto della Direzione padronale si evincono una serie di punti che riguardano le conseguenze sanitarie della esposizione alle microonde.

Tale esposizione comporta:

- Alterazioni di tipo strettamente organico (aumento o diminuzione del ritmo cardiaco e della pressione arte-

riosa, disturbi dell'apparato respiratorio).

- Alterazioni a carico del sistema neurovegetativo (mal di testa, senso di stanchezza generale).

- Alterazioni della sfera psichica (perdita della memoria, del sonno, dell'interesse sessuale, aumento dell'irritabilità).

Atteggiamento dell'Azienda

Indifferenza, dato che, si legge nel rapporto, le alterazioni summenzionate non riducono sensibilmente la capacità lavorativa del personale. Inoltre la scarsa «precisione dei sintomi» impedirebbe una seria indagine medica «perché non si saprebbe da dove cominciare».

Lotte sull'ambiente di lavoro del Reparto Antenne

Si è avviata una vertenza con la Direzione aziendale su alcuni punti che per la loro importanza riguardano tutti i lavoratori della fabbrica e anche gli abitanti della zona circostante:

- scarichi gas nocivi
- radiazioni elettromagnetiche

Gli altri punti hanno una caratterizzazione meno generale, e sono nella linea della prevenzione della nocività:

- richiesta di visite mediche periodiche
- riesame del condizionamento
- rispetto delle norme di sicurezza (collaudo delle postazioni).

Questa vertenza è ancora in corso non avendo l'Azienda rispettato i tempi e i modi dei suoi impegni.

Che cosa sono i campi elettromagnetici

Lo spostamento di una particella elettrica o di un campo elettrico ad essa relativo, determina nello spazio circostante, l'insorgere di un campo magnetico la cui intensità (espressa in ampère per metro) è in rapporto diretto con l'intensità del campo elettrico (espressa in volts per metro). L'energia che da tali campi, elettrico e magnetico, si produce, si propaga nello spazio ad una certa velocità, e se in presenza di fenomeni di accelerazione e oscillazione, essa può raggiungere i valori fisici massimi della velocità della luce. In tale caso l'energia iniziale, allontanandosi sempre di più dalle sue sorgenti con un meccanismo di alterna trasformazione elettrica e magnetica, forma «onde elettromagnetiche», con valori di frequenza variabili a seconda delle lunghezze d'onda. (frequenza = velocità della luce / lunghezza d'onda)

I campi elettromagnetici così formati, sia quelli ad oscillazione lenta (stazionari) che quelli ad altissima frequenza sono da considerarsi una componente essenziale dei fenomeni della biosfera. Essi dopo aver avuto un ruolo essenziale nella evoluzione degli organismi viventi, continuano ad agire in modo determinante sia sui processi vitali che sulle loro interrelazioni.

Ma alle sorgenti naturali di campi e.m. (vedi sole, galassie, ecc.) si aggiungono sempre più numerose con lo sviluppo tecnologico, quelle di tipo industriale: impianti elettrici di produzione, di distribuzione e utilizzazione, radiotrasmittenti, radar, impianti per applicazioni mediche, ecc.; le quali, all'intensità relativamente bassa dei campi e.m. naturali, aggiungono valori elevati «non biologici» di intensità, rappresentando un nuovo fattore di rischio per l'uomo, data l'elevata nocività che tali valori comportano se si verifica una esposizione alle relative sorgenti energetiche.

Limiti di assorbimento

Limiti comunicati dalla Selenia all'ENPI.

1. irradiazione per 8 ore al giorno: 0,3 mW/cm²

2. irradiazione per 4 ore al giorno: 0,6 mW/cm²

L'ENPI ha accettato questi limiti come legali sulla base della ventennale esperienza della Selenia nel settore, al di fuori di qualsiasi consultazione con le organizzazioni dei lavoratori.

LIVELLI MASSIMI DI ESPOSIZIONE A CAMPI ELETTROMAGNETICI PER L'UOMO

Frequenza	URSS		Cecoslovacchia		Polonia		USA		Canada		U. K.		USA Army - Air Force		NATO	Germania Est
	Limiti	Tempo max di esposizione	Limiti	Tempo max di esposizione	Limiti	Tempo max di esposizione	Limiti	Tempo max di esposizione	Limiti	Tempo max di esposizione	Limiti	Tempo max di esposizione	Limiti	Tempo max di esposizione		
50 Hz (*)	<5 kV/m 10 kV/m 15 kV/m 20 kV/m 25 kV/m >25 kV/m	continuo 180/giorno 90/giorno 10/giorno 5/giorno —														
0.01 - 0.1 MHz																
0.1 - 1.5 MHz	20 V/m 5 A/m				<20 V/m <2000 V/m >2000 V/m <0.5 A/m <5 A/m >500 A/m	8h/giorno < 160 h/giorno — continuo 8h/giorno < 40 h/giorno —										
1.5 - 10 MHz			10 V/m	8h/giorno												
10 - 30 MHz	20 V/m															
30 - 300 MHz	5 V/m				<5 V/m <20 V/m <1000 V/m	continuo 8h/giorno 3200 h/giorno										
> 300 MHz	10 µW/cm ² 1 mW/cm ²	6h/giorno 15/giorno	da 10 a 25 µW/cm ²	8h/giorno	Zona di induzione <0.1 W/m ² <2 W/m ² <100 W/m ² >100 W/m ² Zona di irradiazione <1 W/m ² <10 W/m ² <100 W/m ² >100 W/m ²	continuo 8h/giorno 32 h/giorno — continuo 8h/giorno 800 h/giorno —	10 mW/cm ²	0.1 h	10 mW/cm ²	0.1 h	10 mW/cm ²	8h/giorno	10 mW/cm ²	continuo 6000 h/giorno	0.5 mW/cm ²	<10 mW/cm ²

NOTE - Le grandezze E, H, P si intendono espresse rispettivamente in V/m; A/m; W/m².
(*) I limiti a 50 Hz si riferiscono a campi elettrici nelle stazioni e nelle linee elettriche a tensioni da 400 + 750 kV. In mancanza di misurazioni del campo elettrico si ritiene sufficiente una distanza dalle parti in tensione di 20 m per sistemi fino a 500 kV e di 30 m per sistemi a 750 kV. (**) Non è indicato alcun limite per il campo di applicazione della norma.

Indagini sugli effetti dell'assorbimento di energia a microonde

L'effetto termico è la causa principale dei molteplici danni fisiologici prodotti dalle onde elettromagnetiche.

Tali danni possono essere i seguenti:

A: morte immediata: per effetto dell'esposizione a fortissimi campi elettromagnetici l'accumulo di calore nell'organismo è tale da portarne la temperatura a 41-42 °C in maniera irreversibile e con conseguente decesso.

B: Cataratta del cristallino dell'occhio: poiché l'irradiazione sanguigna del cristallino è estremamente ridotta, lo smaltimento del calore, che vi si sviluppa, è difficile, ne conseguono aumenti di temperatura con fenomeni di coagulazione e perdita della trasparenza.

C: Sterilità temporanea o permanente: anche qui, a causa della scarsa irradiazione sanguigna, la ghiandola seminale maschile è particolarmente sensibile al calore. Aumenti limitati di temperatura possono dar luogo solo a temporanea sterilità mentre sovratemperatura eccessiva produce alterazioni permanenti.

D: Stordimento, crampi muscolari, paralisi, perdita di conoscenza: la formazione di onde stazionarie in corrispondenza di talune frequenze critiche, nel cranio e nelle vertebre, può causare un riscaldamento notevole della massa cerebrale avendo come conseguenza gli effetti suddetti.

E: Ustioni interne: in corrispondenza delle superfici di separazione fra tessuti diversi (grasso-muscoli; muscoli-ossa) per effetto di fenomeni di riflessione si possono generare dei campi molto intensi in punti preferenziali, ad esempio accanto alle costole, con possibilità di gravi ustioni interne.

Effetti biologici

Molto complesse e delicate sono le indagini riguardanti gli effetti biologici dei campi elettromagnetici. I due tipi fondamentali di effetti biologici sui quali sono dirette le ricerche sono i seguenti:

A: Effetto sulla regolazione neuroumorale: tale effetto sembra prevalentemente dovuto alla stimolazione delle cellule nervose e ai cambiamenti dei parametri che le caratterizzano, quali l'eccitabilità, il valore dei potenziali cellulari, la velocità di trasmissione degli stimoli, ecc....

B: L'effetto sulla riproduzione e sullo sviluppo degli organismi: in parecchi casi tale effetto può essere una conseguenza dell'effetto A; tuttavia alcuni effetti sulla riproduzione sembrano dovuti anche all'azione diretta dei campi elettromagnetici sulle funzioni delle cellule germinali; mentre effetti sullo sviluppo sembrano legati a fenomeni di orientazione delle molecole sotto la sollecitazione magnetica.

Altri effetti

1) L'effetto di un campo elettrico (o magnetico) sui tessuti organici è diverso a seconda che si tratti di campi stazionari (continui) od oscillanti.

2) I campi stazionari provocano fenomeni di ionizzazione e di polarizzazione delle molecole. Se la loro intensità è molto elevata (es. campo elettrico superiore a 1 milione di Volt/metro) possono provocare alterazioni biologiche con separazione dei cromosomi nel nucleo cellulare.

Recentissime esperienze hanno messo in evidenza l'influenza di elevati campi elettrici a 50 MHz sugli organismi viventi. Esperimenti di laboratorio e dati statistici su persone addette a stazioni

di trasformazione a tensione maggiore di 380.000 Volt hanno concordemente segnalato alterazioni alla morfologia del sangue, al sistema cardiovascolare e al sistema nervoso.

3) I campi oscillanti, a differenza di quelli stazionari, cedono energia ai tessuti organici sotto forma di calore. A bassa frequenza la conversione dell'energia elettromagnetica in calore avviene per conduzione.

Non va infine dimenticato che nell'organismo esistono vie elettricamente conduttrici, quali quelle del sistema circolatorio e del sistema nervoso, le quali possono trasferire energia elettromagnetica anche su parti interne nelle quali ci si aspetterebbe una completa attenuazione.

PROFONDITA' DI PENETRAZIONE

Frequenza	Epidermide	Grasso	Muscoli	Cervello
100 MHz	3,7 cm	20 cm	3,4 cm	3,5 cm
24 GHz	0,07 cm	0,34 cm	0,3 cm	0,08 cm

Le onde elettromagnetiche in arrivo sui tessuti organici sono in parte riflesse ed in parte assorbite secondo profondità variabili, con un'attenuazione del fenomeno dall'esterno verso l'interno.

La percentuale di energia riflessa (o assorbita) varia a seconda della superficie di separazione che si considera, per es. aria-pelle, pelle-grasso, grasso-muscoli.

Come si vede maggiore è la frequenza maggiore è l'energia assorbita e minore è lo spessore di tessuto entro cui essa si dissipa - ciò significa assorbimento di energia sempre più concentrato con un massimo di pericolosità intorno a qualche migliaio di MHz (microonde).

Anche la profondità di penetrazione delle onde elettromagnetiche varia a seconda del tessuto e della frequenza.

PERCENTUALE DI ENERGIA ASSORBITA (RIFLESSA)

Frequenza	Aria-Pelle	Pelle-Grasso	Grasso-Muscoli
100 MHz	25 % (75 %)	62,5% (37,5%)	62,5 % (37,5 %)
24 GHz	99,5% (0,5%)	62,5% (37,5%)	99,75% (0,25%)

Indagine polacca

Induzione di stati morbosi, non di semplici alterazioni: vittima principale è il sistema nervoso nervosi mal di testa - insonnia - irritabilità - apatia - eccessiva stanchezza.

Alterazioni varie: aumento dei leucociti (globuli bianchi)

Anzianità minore di 5 anni	Numero leucociti
5.455/mm ³	
Anzianità maggiore di 5 anni	Numero leucociti
6.436/mm ³	

In 13 soggetti su 80 si sono riscontrate alterazioni dell'apparato digerente.

Complessivamente le alterazioni prevalenti sono a carico dell'apparato digerente e di quello circolatorio.

Casi d'intorpidimento della congiuntiva in relazione al periodo di lavoro:

1-3 anni	4-5 anni	6-10 anni	Oltre 10	Totale
1	1	2	4	8

INDAGINE SU 525 PERSONE (352 UOMINI E 175 DONNE)

1° Gruppo
184 persone

Esposte periodicamente a radiazione intensa
(più di 1 mW/cm²)

2° Gruppo
263 persone

Esposte periodicamente a radiazione meno intensa
(fino a 1 mW/cm²)

3° Gruppo
78 persone

Esposte periodicamente a radiazione di bassa intensità
(qualche decimo di milli-watt)

Sintomi comuni ai 3 gruppi crescenti d'intensità dal 3° al 1° gruppo.

- astenia
- alterazioni vascolari
- alterazioni neurovegetative
- maggiore affaticabilità
- mal di testa
- irritabilità
- sonnolenza
- metà degli esaminati presentano ad un esame medico:

- alterazioni delle tiroide
- rallentamento del battito cardiaco (in diretta relazione con l'intensità delle radiazioni assorbite)

5 persone presentano (a causa della prolungata esposizione), tutti i sintomi descritti e in più:

- tremore alle dita
- instabilità emozionale
- difficoltà di memoria.

È stata effettuata una ricerca su lavoratori esposti alle radiazioni in una stazione radiotelevisiva (710 KHz - 3400 MHz).

N° soggetti in esame 17 (29+58 anni con una anzianità media lavorativa di 9 anni).

Effetti riscontrati:

- 1: da un interrogatorio è risultato un generico disturbo del sonno notturno che sparisce durante le vacanze (notare che l'ambiente ed il tipo di lavoro è di per sé snervante).
- 2: nessuna anomalia funzionale.
- 3: glicemia, velocità di sedimentazione, formule sanguigna nei limiti del normale.
- 3 soggetti presentano piccole anomalie dell'elettroencefalogramma.

Protezione passiva contro le onde elettromagnetiche

- 1 - La protezione passiva si basa sulla limitazione del tempo di esposizione delle persone nelle zone sedi di campi elettromagnetici; sulla opportuna dislocazione e controllo a distanza delle operazioni da svolgere sotto campi elettromagnetici.
- 2 - Nel predisporre la protezione passiva è necessario che:

A: siano effettuate misure, accurate e condotte da personale specializzato, nelle zone sedi di campi elettromagnetici per valutarne l'entità.

B: siano definiti i massimi livelli di esposizione in funzione della frequenza, dell'intensità del campo e del tempo.

Protezione attiva contro le onde elettromagnetiche

La protezione attiva è basata sull'adozione di due tipi di mezzi protettivi:

A: sistemi di schermatura delle sorgenti di campo elettromagnetico.

B: mezzi personali di protezione quali tute, cappucci, occhiali, ecc....

Anche per tali mezzi si impongono ricerche sistematiche aventi per oggetto principalmente:

A: il grado di attenuazione per le onde elettromagnetiche dei vari materiali schermanti (tessuti, reti, lastre, vetri, ecc...).

B: le possibili infiltrazioni di energia elettromagnetica attraverso i particolari costruttivi (cuciture, fessure, saldature, forature, ecc...).

C: la rispondenza sensoriale per gli operatori (visibilità, ventilazione, traspirazione, libertà di movimento e di lavoro).

Raccomandazioni

Sottoporre i lavoratori destinati a lavoro con le

microonde a visita preventiva; evitare di impiegare nel settore tutti quelli che già presentano sintomi di nevrosi o di intorpidimento della congiuntiva o disturbi circolatori; allontanare tutti coloro colpiti da tali disturbi.

Da un articolo dell'Informatore PPTT del n. 29/1976.

Le sezioni sindacali confederali delle radiotrasmettenti P.T. di Prato Smeraldo e Castel di Decima denunciano la lentezza, l'enorme ritardo e la mancata prevenzione contro i rumori e i rischi prodotti da campi elettromagnetici ad alta frequenza (radio frequenza) a tutti i lavoratori comunque applicati che codeste segreterie conoscono bene per aver costretto l'amministrazione P.T., a seguito di fatti gravi avvenuti, a fare apporre a visita medica periodica tutto il personale.

Il 9 ottobre 1973 muore Alberto Sangiorgio per cause di servizio.

Adelfo Ceccarelli viene ricoverato per ben due volte in ospedale per cause di servizio.

6 persone inoltre sono state allontanate dal servizio per ordine dell'ENPI.

L'amministrazione delle P.T. nonostante le vittime e le denunce che si susseguono dal 1972 in poi non ha ancora provveduto a porre in opera metodi di prevenzione capaci di salvaguardare l'integrità fisica dei lavoratori dall'elettromagnetismo prodotto dalla radio frequenza.

ACCORDO SELENIA SULLE MISURAZIONI DELLE RADIAZIONI A R.F.

1. Le zone da sottoporre a misurazione verranno scelte con le R.S.A. FLM concordando l'ubicazione e le dimensioni, in dipendenza dell'apparato che deve trasmettere.

2. La calibrazione degli strumenti deve essere certificata e visionabile, e le misure devono essere effettuate alla potenza massima prevista per la installazione e le prove dell'apparato nello Stabilimento.

3. Il probe per le misure deve essere di dimensioni opportune e piccole in termine di lunghezza d'onda; in ogni caso l'area efficace non deve essere maggiore di qualche cmq.

4. Gli operatori che eseguono le misure devono essere protetti nel migliore dei modi possibile in relazione alla densità di campo presunta e secondo le modalità concordate fra direzione e R.S.A. FLM. A cura dell'azienda verrà messa a disposizione l'attrezzatura di protezione necessaria ad effettuare le misurazioni.

5. Per ogni zona esaminata devono essere misurati i peggiori valori per varie posizioni dell'antenna, cercando con il probe la polarizzazione maggiore (e la migliore).

6. Le zone incluse in un raggio pari a qualche diametro dell'antenna vanno considerate per sicurezza «zone di induzione», le altre «zone di radiazione».

7. I risultati servono a costruire delle mappe «di massima» di pericolosità assumendo il valore peggiore per tutta la zona sotto esame (ad es. Torino Palazzina Centrale P/cmq. = 1,5 mw/cmq., Terrazza Laboratorio Antenne P/cmq. = 0,05 mw/cmq.....).

8. Per gli strumenti la calibrazione sarà quella normale prevista dall'azienda. Le misure nei punti più critici verranno verificate con periodicità di sei mesi o a fronte di obiettivi mutamenti come tali riconosciuti dalle parti.

9. In futuro le parti di comune accordo valuteranno l'opportunità di non eseguire il programma di rilievi sperimentali, se i dati accumulati permetteranno una valutazione numerica dei livelli di potenza.

10. La Direzione metterà i risultati a disposizione delle R.S.A. FLM ponendo vicino alla misura il limite potenza-tempo concordato. Il carattere riservato (art.23 CCNL) di tali risultati va inteso per le misure dentro allo stabilimento. Inoltre, per gli apparati le cui caratteristiche sono tutelate con classifica militare, potranno essere divulgati soltanto i dati relativi alla densità di campo, eliminando ogni riferimento agli apparati e alle loro caratteristiche.

11. Come procedura transitoria le misure vengono fatte con l'antenna ferma e i valori misurati non sono mediati sull'angolo giro, salvo esigenze diverse che richiedano accordi specifici fra le parti.

12. Nel caso sia previsto il funzionamento di due o più apparati contemporaneamente, le potenze vanno sommate.

13. Limiti

Nella definizione dei limiti - ai fini della presente normativa - si fa riferimento al limite polacco (v. documento Securitas n. 1/1973 pag.5).

14. Segnaletica

Tutte le zone esposte devono essere munite di avvisatori ottico-acustici e di cartelli che delimitino la zona e indichino le norme di accesso, transito e permanenza.

Gli avvisatori devono essere automatici rispetto all'operatore dell'apparato e devono essere muniti di spara automatico o devono indicare immediatamente il guasto in caso di rottura. La attivazione degli avvisatori sarà determinata in funzione delle misurazioni preventivamente eseguite. Il loro funzionamento deve essere verificato con periodicità trimestrale.

15. Visite mediche

Per il primo biennio di applicazione della

presente procedura, tutti i lavoratori che svolgono la loro attività prevalentemente nelle vicinanze di antenne o altre apparecchiature con alti livelli di densità di potenza a radio-frequenza, potranno usufruire di controllo medico, analisi cliniche ed eventuali visite specialistiche con periodicità semestrale. Successivamente, se i dati raccolti lo consentiranno, le parti si incontreranno per stabilire una periodicità diversa.

16. Corsi di informazione

Poiché in molti reparti vi sono sorgenti a R.F. di modeste intensità (10P mw., 1 w., 10 w.) usate per prove di trasmissione o riflessione, verranno predisposti corsi di sicurezza sul lavoro tenuti da esperti, concordati fra le parti, sulle precauzioni da adottare nell'uso delle apparecchiature.

17. Misure esterne alla fabbrica

Verranno effettuate delle misure sul territorio (da definire insieme alla mappa di pericolosità all'interno dello stabilimento) per verificare se esiste il rischio di inquinamento elettromagnetico dell'ambiente circostante la fabbrica. Per gli apparati le cui caratteristiche sono tutelate con classifica militare potranno essere divulgati soltanto i dati relativi alla densità di campo, eliminando ogni riferimento agli apparati e alle loro caratteristiche.

Norma transitoria per l'Argos 10

Le RSA FLM convengono che i punti misurati con il dipolo sono da considerare validi. Verranno effettuate misurazioni per definire la zona induttiva.

Occorre fare le misure negli uffici agli ultimi piani in corrispondenza di quegli edifici in cui si sia riscontrata pericolosità a livello terrazzi. Deve essere posto un controllo sulla potenza emessa. Devono essere messi in funzione gli avvisatori.

Verifica dell'accordo

Tale accordo, allo scadere dell'anno in corso, va verificato ed eventualmente modificato. Il presente accordo andrà rivisto anche nell'ipotesi di futura normativa nazionale in materia.

Roma, 28 marzo 1977



pressione e lo sfruttamento della donna.

I Consultori devono invece essere luogo di socializzazione di tutti quei problemi «risolti» fino ad ora individualmente, per incominciare a muoverci ed organizzarci in prima persona senza delegare ad altri la nostra lotta, togliendoci la capacità di comunicare. Dobbiamo noi donne insieme trasformare il momento tecnico della visita al Consultorio in un momento di lotta che metta in discussione il rapporto di oppressione, di passività e della cieca fiducia nello specialista che esiste tra il medico e la donna.

Ma per fare questo occorre una pratica completa, diversa e alternativa di gestione della salute che attualmente è ancora inesistente, o molto limitata fra noi donne che ci interessiamo dei Consultori pubblici, questo perchè siamo più impegnate nello scontro con le istituzioni.

Indispensabili sarebbero perciò degli incontri sull'autovisita, sulla medicina preventiva, sulla salute della donna in generale, partendo proprio dalle nostre esperienze, da quello che abbiamo vissuto sul nostro corpo, esperienze che sono oggi la pratica dei Consultori autogestiti.

Tuttavia le difficoltà dei Consultori autogestiti sono proprio quelle di non essere conosciuti, quasi «clandestini», difficoltà più superabili dai Consultori pubblici.

Il Consultorio, sia esso pubblico o autogestito non deve essere tuttavia luogo dove si danno solo conoscenze anatomiche alle donne, perchè questo non significa dare potere alle donne: perciò i Consultori dovranno diventare in futuro un luogo dove le donne parleranno anche della mancanza di strutture sociali, di socializzazione del lavoro domestico, del lavoro e dove l'autogestione della salute diventi pratica di lotta per combattere la concezione e la

condizione di vita.

Questa è l'esperienza di Sesto S. Giovanni mentre a Cinisello, dopo la piattaforma le donne si stanno organizzando per entrare a far parte del Comitato di Gestione.

Noi sentiamo di aver bisogno di un confronto con altre esperienze, non solo di Consultori pubblici, ma soprattutto di momenti di autogestione e proponiamo che uno spazio per questo dibattito con le altre compagne lo si possa avere anche dalle pagine di Medicina Democratica.

**Clara, Rita, Liliana, Gioconda
dei Collettivi di Sesto e Cinisello**

Bozza di discussione a cura dei Collettivi femministi di Cinisello

Affermazioni di carattere generale

Bisogna impedire che i consultori privati vengano finanziati con mezzi pubblici.

Bisogna che i consultori privati abbiano almeno un regolamento uguale o simile a quello dei consultori pubblici. I consultori devono essere il più decentrati possibile sul territorio, ideale sarebbe a livello di quartiere, per permettere alle donne di meglio partecipare.

La legge parla di «Consultori per la donna e per la famiglia»; noi diciamo che questi consultori devono essere fondamentalmente «delle donne e per le donne» in quanto, oggi come oggi, solo sulle donne grava il peso della famiglia e, quindi, solo le donne sono oggi in grado di esprimere i bisogni della famiglia.

Principi da inserire nel regolamento - momenti di discussione tra tutte le donne

1) Il consultorio è aperto a tutte le donne e a tutti i bambini del quartiere, senza alcuna discriminazione tra anziane o minorenni e le altre.

2) Non è un semplice ambulatorio, ma permette, promuove, facilita la partecipazione diretta delle donne del quartiere alla sua gestione ed opera in direzione della presa di coscienza delle donne sulla oppressione di cui sono vittime in questa società, in tutti i campi.

3) Deve strutturarsi tenendo conto che deve essere *luogo per donne* e quindi prevedere una o più sale sufficientemente ampie per incontri e dibattiti riguardanti sia i problemi specifici del consultorio e della sua gestione, sia

più in generale i problemi relativi alla realtà politico-sociale della donna nel quartiere e nella società.

4) Deve prevedere una biblioteca specifica relativa al Consultorio ed alla condizione della donna ed un minimo di attrezzatura di lavoro per divulgare le conoscenze via via acquisite (ciclostile, carta per manifesti murali, etc.).

5) L'esistenza del Consultorio deve essere pubblicizzata il più possibile da parte del comitato di gestione e di tutte le utenti, al fine di ottenere che tutte le donne sappiano della sua esistenza e possano, di conseguenza, avvalersene fino in fondo.

6) Sempre per permettere la maggiore e migliore partecipazione possibile il consultorio deve avere orari adeguati alle diverse esigenze delle donne: dovrebbe quindi essere aperto tutti i giorni compreso il sabato ed avere anche orari serali di funzionamento.

7) Le utenti hanno il diritto di riunirsi nei locali del Consultorio, al di fuori dell'orario di visita ambulatoriale, previa richiesta al Comitato di Gestione, il quale fisserà un calendario delle varie riunioni tenendo conto per quanto possibile delle esigenze delle utenti.

8) Il consultorio deve prevedere diversi servizi ambulatoriali ed eventualmente istituirne degli altri se l'assemblea delle utenti lo richiederà a maggioranza.

9) Per ora noi giudichiamo indispensabili:

- un ambulatorio per le visite ostetriche, ginecologiche, pap-test, tumori femminili, aborti, anticoncezionali.

- un ambulatorio per visite pediatriche a tutti i bambini di qualsiasi età.

10) Il consultorio non deve limitarsi alla prevenzione delle nascite, ma deve offrire la possibilità concreta alle donne di abortire, dotandosi quindi dell'attrezzatura necessaria e deve impostare il problema dell'aborto nel quadro di socializzazione del problema oggi gestito in modo privato e clandestino perchè i rischi di malattia, di morte e di speculazione vengano rimossi.

11) Prevedere un programma di diffusione della conoscenza degli anticoncezionali per arrivare ad un miglioramento degli anticoncezionali stessi attraverso l'interesse e la mobilitazione delle donne che potranno avere maggiori e dirette conoscenze rispetto al loro uso.

12) Le prestazioni ambulatoriali sono gratuite.

13) Il personale del consultorio deve venire assunto direttamente dal Comune secondo il contratto di lavoro dei dipendenti comunali.

14) Per l'assunzione del personale, de-

COSTRUIAMO LA MEDICINA DELLA DONNA A PARTIRE DALL'OSSERVAZIONE DEL NOSTRO CORPO

vono essere considerati criteri selettivi fondamentali, oltre alla competenza tecnica, l'accettazione dei principi e delle finalità contenute nel presente regolamento, nonché l'adesione alla richiesta di un lavoro in collaborazione con le utenti. Con collaborazione si intende che lo specialista deve mettere a disposizione delle utenti le proprie conoscenze scientifiche e tenere nel dovuto conto le richieste e le conoscenze derivanti dall'esperienza diretta delle utenti, nonché accettare fino in fondo il metodo della critica e dell'autocritica.

15) Le donne-utenti garantiranno, per quanto di loro competenza, la salvaguardia dei diritti sindacali dei lavoratori del consultorio sanciti dal loro contratto di lavoro.

16) Il personale del consultorio deve avere la possibilità concreta di aggiornamento culturale e scientifico in orario di lavoro.

17) Il personale del consultorio avrà incontri periodici con il Comitato di Gestione per verificare il lavoro svolto e per programmare quello futuro, ciascuno nell'ambito delle proprie esperienze.

18) Il Comitato di Gestione ha tutti i poteri in merito alla gestione organizzativa del consultorio, nell'ambito delle indicazioni e delle proposte formulate dall'assemblea e dal presente regolamento.

19) Le indicazioni e le proposte dell'assemblea sono vincolanti per il Comitato di Gestione il quale ha il dovere di tradurli sul piano organizzativo salvaguardandone lo spirito e le finalità.

20) In caso di mancanza di proposte o di indicazioni da parte dell'assemblea, queste vengono formulate dal Comitato di Gestione.

21) Il Comitato di Gestione, ogni mese, terrà un'assemblea pubblica con tutte le utenti per verificare il lavoro svolto e programmare quello futuro.

22) Le assemblee mensili sono sempre valide, qualunque sia il numero dei presenti. Solo in caso di voto, bisogna che esse siano composte a maggioranza da donne utenti.

23) I membri del Comitato di Gestione devono essere in assoluta maggioranza donne e sono revocabili in qualsiasi momento l'assemblea mensile decida a maggioranza di revocare loro il mandato.

24) All'assemblea mensile di cui ai punti precedenti, dovrà partecipare almeno un delegato del personale del consultorio il quale relazionerà all'utenza su tutti i problemi e/o le proposte che vengono dal personale stesso.

Il Centro di Medicina della donna di Milano, via Col di lana 8, si è diviso in gruppi di lavoro, ognuno dei quali produce anche delle relazioni scritte. A partire da questo numero iniziamo la pubblicazione di tali relazioni. Quella che pubblichiamo qui sotto è la relazione prodotta dal gruppo «Sessualità e anticoncezionali».

Nel nostro gruppo sulla contraccezione, nel corso delle riunioni ed attraverso il racconto delle compagne, abbiamo capito che il problema non sta più nel trovare il contraccettivo più sicuro e meno dannoso al corpo e alla salute della donna (problema questo di per sé delegabile ad un sistema sociale che promuove, durante il suo sviluppo, anche l'emancipazione femminile), *ma di passare dall'ottica ristretta della contraccezione - che di per sé non muta la presa di possesso del corpo della donna effettuata dalla medicina maschile, nonostante le possibili «varianti femministe» che vi possiamo introdurre - all'autogestione del nostro corpo e della nostra salute, attraverso la conoscenza dei nostri ritmi biologici e l'attenzione, l'ascolto quotidiano alle modificazioni del nostro corpo.*

All'inizio abbiamo distribuito una tabella, qui di seguito riportata, che ci aiutasse in questo lavoro di «registrazione» delle modificazioni che intervengono sul nostro corpo durante il ciclo mestruale, perché siamo convinte che soltanto in questo modo si potrà riprendere possesso del nostro corpo muto e censurato e, conseguentemente anche recuperare, su questa intuizione di fondo, anche dei metodi contraccettivi non più alienanti e violenti.

È chiaro che ognuna di noi ha aggiunto alla tabella base delle varianti tipiche del proprio ciclo mestruale quali: ansia, nervosismo, depressione etc.

La tabella è stata distribuita circa 2 mesi fa. Durante una delle ultime riunioni abbiamo verificato quante di noi la avevano compilata ed è emerso il problema delle «resistenze» rispetto alla compilazione della tabella.

Resistenze determinate da:

- paura delle non-scientificità del metodo
- dalla scarsità di tempo (denunciata però come alibi)
- dalla difficoltà di assumersi in prima

persona questa osservazione quotidiana del proprio corpo. Il lavoro è più facile se è collettivo

- dal rifiuto a prendere coscienza del corpo perché *l'esserci del corpo* comporta conseguentemente delle scelte e ciò viene vissuto come fattore di potenziale destabilizzazione anche rispetto alla propria identità sessuale

- dalla disabitudine all'osservazione del proprio corpo «i primi giorni non sapevo cosa scrivere sulla tabella»

In questo processo di conoscenza del nostro corpo molte hanno evidenziato quanto il corpo diventi a poco a poco meno minaccioso, meno estraneo, meno alienato. «Ne hai meno paura, anche se ancora non lo possiedi».

L'autocoscienza sul proprio corpo demolisce anche tutta una serie di inibizioni e di censure legate alla educazione ricevuta.

«Quando sono riuscita ad inserirmi un diaframma ho distrutto la figura di mia madre come corpo inesistente. Ho affermato l'esistenza del mio corpo contro l'inesistenza del suo. Io l'ho sempre vista vestita».

Nel corpo «vestito» della madre sta la negazione del nostro.

Nel corpo muto e censurato della madre sta l'origine dell'afasia e dell'inesistenza del corpo.

Vogliamo partire fin d'ora dalla materialità del corpo, analizzando la censura, «il taglio» che gli è stato fatto, per un sapere ed una pratica diversa che nasca dai nostri bisogni, dai nostri reali desideri.

«Non ho compilato la tabellina il 2° mese perché ho una sessualità completamente negata rispetto a quella di mio marito. Il dover registrare i desideri sessuali mi ha evidenziato la crisi radicale della mia sessualità. Non è una pigrizia, è presa di coscienza. Non riesco a diagrammare la mia crisi. Il desiderio sessuale non era mai proporzionale al piacere che avevo dal rap-

L'USO DELLA MEDICINA NELLE CARCERI

di Sergio Spazzali
responsabile della
Commissione carcere di M.D.

porto sessuale. Se l'avessi compilata questo mese, la linea del desiderio sessuale sarebbe stata completamente piatta».

«È difficile riconoscere il desiderio sessuale. Significa essere sciolti, non anodati».

«Oggi mi è venuta una gran voglia sessuale. Mi sono dondolata per masturbarmi. Ma perché domenica, quando ero con lui, sono scappata? I miei desideri non coincidono mai con quelli dell'uomo su di me, sul mio corpo».

«Quando non sono garantita affettivamente dall'altra persona non ho desiderio sessuale. Non mi viene da comunicare niente. Il mio è desiderio di comunicazione, non di scopata. Voglio la garanzia di essere rispettata, non negata; accettata, non sopraffatta».

«Il desiderio di comunicazione può essere 'un luogo comune femminista', una ulteriore razionalizzazione che si opera a scapito del nostro corpo. Perché non abbandonarsi al nostro corpo, ai suoi desideri, alle sue voglie?».

Ma la sessualità ha registrato delle modificazioni?

Abbiamo cercato di analizzare i nessi esistenti tra il tipo di contraccezione usato e la modalità di rapporto sessuale con l'uomo.

«La pillola è indice di un rapporto sessuale di completa subordinazione all'uomo. Significa la perdita di possesso del nostro corpo e la sua 'consegna' all'uomo. Di solito si accompagna ad un rapporto sessuale molto tradizionale, di quasi esclusiva penetrazione».

«Vivo il diaframma come la possibilità di riscoprire il mio corpo, anche se minimamente, e la possibilità di 'imporre' all'uomo i miei ritmi. Il diaframma, per me, significa anche il superamento di antichi tabù rispetto al mio corpo (non mi ero mai guardata né toccata) ed il coinvolgimento dell'uomo rispetto al problema della contraccezione».

«Il diaframma rispetto alla pillola, se può significare un momento di presa di coscienza importante, non è di certo la prospettiva di lavoro in cui siamo inserite. Non vogliamo un contraccettivo meno violento, o una spirale con minori rischi. Questa è emancipazione, non è lavorare sulla nostra specifi-

cià, che comporta un lungo lavoro di autocoscienza sul corpo».

La pillola, sulla stragrande maggioranza delle donne che l'hanno usata, ha provocato delle vere e proprie devastazioni. *A livello somatico*: ingrassamento; aumento del tasso di colesterolo, difetti di circolazione, atrofie delle ovaie, amenorrea, dismenorrea, diminuzione delle difese organiche, cerviciti, displasie, alterazioni di cellule sull'utero, infiammazioni vaginali, noduli al seno, epatopatie.

A livello psichico: diminuzione drastica del desiderio sessuale, depressione, ansia, nervosismo, sindrome d'astinenza).

Inoltre si vive il proprio corpo come «pronto per l'uso», reificati, mercificato, annullato dal desiderio dell'uomo. Ciò comporta la sterilizzazione violenta del nostro desiderio di maternità, la sua censura totale per consegnarlo all'uomo privato proprio di ciò che lo rende «diverso».

«La pillola, in ultima analisi, ti fa sentire proprio come un uomo».

L'ipotesi del consultorio autogestito, nella misura in cui è, o si riduce ad essere, un servizio sociale, mette tra parentesi e dà per scontata l'oppressione della donna a livello sessuale, ed interviene sul «sintomo» offrendo alla donna, nei limiti del possibile, una metodica contraccettiva magari meno violenta e brutalizzante di quella consigliata dal ginecologo della mutua. Ma di per sé, non considerando questo nostro «specifico».

La riappropriazione del nostro corpo, dei suoi desideri, dei suoi bisogni, la sua emergenza dalla negazione e dall'afasia è questo il progetto politico che sta alla base della creazione di una medicina dalla parte della donna.

Altrimenti anche la stessa medicina nuova che stiamo lentamente reinventando potrebbe essere né più né meno una riedizione aggiornata e questa volta «femminista» della medicina maschile tradizionale e non contribuire per nulla a liberare il corpo della donna ma, al contrario, rinchiuderlo all'interno di un recinto emancipazionista, fatto di aborti 'liberi' e dell'ultimo contraccettivo «di grido».

Riportiamo questa serie di contributi e testimonianze sulle carceri, fra cui un importante e poco noto articolo di Giulio Maccacaro, così come ci sono pervenuti anche perché con l'uso sempre più vasto che viene fatto della privazione delle libertà soprattutto delle avanguardie politiche, non è sempre possibile discutere con gli autori il contenuto degli articoli da loro consegnati alla redazione [è il caso del documento di Sergio Spazzali, responsabile del settore lotte per la difesa della salute nelle carceri di Medicina Democratica].

Sa sempre la repressione degli elementari diritti civili [libertà, salute, ecc.] nasconde la vera preoccupazione del potere che venga cioè attaccata la struttura sociale basata sul profitto e sullo sfruttamento di una minoranza sulla maggioranza della popolazione.

Con la nuova legge sull'ordinamento penitenziario, si pone con rinnovata importanza il problema di quale sia l'uso che il potere fa della medicina all'interno del carcere.

È cosa ormai risaputa che le condizioni igieniche nelle quali è costretto a vivere il detenuto sono ben al di sotto dei livelli indispensabili per evitare il manifestarsi di malattie infettive e che la quantità e la qualità del cibo fornito dalle amministrazioni carcerarie sono ben lontani dal garantire il mantenimento in salute del detenuto che non può neppure godere di una effettiva assistenza medica per curare le malattie provocate o aggravate dalle condizioni di vita del carcere.

Questi aspetti igienico-alimentari fanno parte però di una tradizione che vede il carcere come luogo di abbruttimento inflitto al carcerato attraverso la mancanza quasi totale delle cure necessarie al mantenimento in salute della persona.

Si sta sviluppando, invece, una nuova e ben più pericolosa tendenza, che vede nel carcere un luogo di distruzione della personalità del detenuto, o almeno dei detenuti meno «recuperabili» alla logica del sistema, i più ribelli ed i politici, attraverso ben studiati accorgimenti «scientifici» messi in atto con la stessa collaborazione di scienziati, medici e psichiatri.

L'uso di psichiatri è previsto dalla riforma carceraria quando introduce «l'osservazione scientifica della personalità» tramite «l'acquisizione di dati biologici, psicologici e sociali e alla loro valutazione... sotto la responsabilità del direttore dell'istituto e sono dal medesimo coordinate».

Risulta chiara la strumentalizzazione della scienza da parte delle autorità carcerarie che si servono dei «tecnici» sottoponendoli, nel contempo, ad uno stretto controllo.

Quest'uso chiaramente repressivo della scienza medica è già stato ampiamente collaudato negli USA e nella Germania federale nelle cui carceri la tortura raffinata della privazione sensoriale ha raggiunto livelli estremamente efficaci nella distruzione della personalità del prigioniero.

Col pretesto dell'indagine e dell'interrogatorio diventano sempre più numerose le persone sottoposte all'isolamento, che possono perdere - in seguito ad una drastica riduzione delle loro possibilità di percezione - la capacità di pensiero autonomo.

La trasformazione violenta dell'ambiente che circonda il prigioniero si svolge in maniera strettamente sottile, perfezionata, scientificamente elaborata.

La costruzione e il mantenimento di un ambiente artificiale, caratterizzato da costanza e invariabilità da un lato e da stimoli arbitrariamente dosati - anche durante il sonno - dall'altro atrofia, con l'andare del tempo, gli organi sensoriali e porta ad una estrema disintegrazione e disorientamento dell'individuo isolato in questo modo.

La distruzione dell'identità di un individuo sottoposto alla privazione sensoriale si manifesta con gli effetti congiunti del disorientamento progressivo, di tendenze alle allucinazioni, di disordini nelle funzioni vegetative.

Dopo poche ore in condizioni di isolamento si manifestano i seguenti sintomi:

- labilità della sfera sensoriale e tendenza a stati d'animo estremizzati (eccitabilità, aggressività, euforia, depressione).

- stati d'ansia;

- compressione della capacità di ragionamento logico e della capacità di risolvere problemi intellettuali complessi;

- disturbi dell'attenzione;

- la logica è dominata dalla fantasia;

- disturbi percettivi;

- manifestazioni di allucinazioni da svegli (come dopo l'uso di allucinogeni);

- aumento della suggestionabilità.

Un periodo prolungato di isolamento produce inoltre turbamenti del ritmo del sonno, dolori cardiaci funzionali, squilibri motori, tremori e convulsioni come sotto elettroshock. È da tenere presente anche il fatto che l'isolamento prolungato ha l'effetto di snervare la persona spingendola a «confessare». Si può parlare del carcere preventivo in condizioni di isolamento come di un «laboratorio di confessioni».

Si arriva quindi a false confessioni di colpa che influenzano quindi tutta l'istruttoria ed anche la sentenza non è più un risultato imparziale. Si è potuto stabilire che esiste una coincidenza tra la durata del periodo di isolamento e la durata della successiva condanna.

Questi dati erano certamente ben conosciuti dal legislatore italiano quando ha previsto l'isolamento del prigioniero durante la fase istruttoria.

È necessario prendere coscienza della gravissima responsabilità che hanno tutti coloro che mettono la loro conoscenza scientifica al servizio di questa mostruosa macchina repressiva; non basta accusare i torturatori, occorre smascherare le ricerche portate avanti negli istituti scientifici allo scopo di perfezionare l'isolamento dei prigionieri.

La ricerca scientifica sugli effetti della privazione sensoriale è stata iniziata sistematicamente circa vent'anni fa. Verso la fine degli anni cinquanta, sono state costruite - soprattutto in Canada e negli Stati Uniti - delle celle speciali da esperimento: le «silent rooms». Ricerche di questo genere sono iniziate nella Germania federale molto più tardi. In questo paese, la «cella del silenzio» più perfezionata la troviamo nel «Laboratorio di studio clinico del comportamento» dell'ospedale universitario di Amburgo-Eppendorf. È là che sulla base di osservazioni e misurazioni delle reazioni corporali dei soggetti, si classificano le reazioni umane in varie categorie.

Nel sistema moderno di tortura il principale responsabile non è chi maneggia lo strumento di torture prestabilito, ma coloro che, conoscendo le implicazioni, conducono la ricerca fondamentale a partire dalla quale il metodo del sistema si sviluppa.

Ecco perché i medici e gli psichiatri, che l'istituzione carceraria vuole utilizzare per i propri fini repressivi, devono invece, se non vogliono rendersi complici di questi delitti, porsi contro la logica dell'istituzione e mettersi al servizio del movimento di classe, unico soggetto di una proposta politica «ri-socializzante» nei confronti del detenuto.

MOZIONE

È oggi in atto un tentativo coordinato e progressivo di involuzione reazionaria.

Gli organi dello stato sfruttano tutte le occasioni, diventando di volta in volta anche autori di specifiche e gravissime provocazioni. Per ricacciare indietro il movimento operaio togliendogli le sue conquiste fondamentali e cercando di frenare la sua progressiva crescita verso la costruzione di una società più giusta e più umana.

Noi riteniamo che si debba respingere con forza quanto viene portato avanti dal governo e dalle forze borghesi. Ma che anche con forza si debba esprimere la condanna ad ogni attacco particolare a singoli compagni che per la loro posizione vengono con più facilità colpiti dal sistema.

Per cui il Coordinamento nazionale di Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute, riunito a Pisa nei giorni 21/22 maggio 1977

ESPRIME

la propria condanna per l'iniziativa penale contro gli avvocati Senese, Spazzali e Cappelli, volte a criminalizzare il rapporto fiduciario che deve sussistere fra difensore ed imputato affinché possa realizzarsi effettivamente quel diritto che è uno dei capisaldi dello stato di diritto.

Si ravvisa in queste iniziative penali un attacco diretto anche a Medicina Democratica che, attraverso l'avvocato Spazzali, responsabile per il settore carceri, porta avanti iniziative tese alla difesa delle condizioni di vita e di salute in carcere in Italia e all'estero.

Quindi

RIAFFERMA

l'impegno di Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute, a sostegno di ogni lotta diretta a contrastare le iniziative repressive e a salvaguardare le garanzie democratiche più elementari garantite anche dalla costituzione.

LA TORTURA DELL'ESTREMA SOLITUDINE

di Giulio Maccacaro

MOZIONE

Il Coordinamento nazionale di Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute, riunito a Pisa nei giorni 21/22 maggio 1977, preso atto della decisione del Consiglio dei ministri che dà mandato al guardasigilli di indagare se nel recente congresso di Rimini di Magistratura Democratica vi siano state «affermazioni contro l'ordine democratico»

DENUNCIA

tale iniziativa come atto di repressione contro un gruppo politico da tempo impegnato per il rinnovamento democratico delle istituzioni.

Per la prima volta dall'entrata in vigore della Costituzione il governo mette sotto accusa un'intera corrente di magistrati, chiedendo un'indagine sulle opinioni espresse nel congresso di tale corrente.

La carica intimidatoria di tale iniziativa, al di là del gruppo di Magistratura democratica, si rivolge alla funzione garantista dell'intera magistratura, non a caso energicamente riafferma nella mozione conclusiva del congresso come particolarmente necessaria in questo momento storico ed oggi pesantemente attaccata, indipendentemente dalla militanza dei giudici, attraverso le assurde iniziative disciplinari avviate contro i vari magistrati di sorveglianza.

Medicina Democratica, consapevole che l'iniziativa repressiva del governo colpisce tutti i movimenti di tecnici che non intendono porre il proprio sapere specifico al servizio del potere

AUSPICA

un sempre più intenso collegamento con Magistratura Democratica per sviluppare opportune iniziative di lotta sui terreni di comune impegno, ed in modo particolare contro gli incidenti sul lavoro, per la salvaguardia della salute in fabbrica.

Vorrei prima di tutto leggere alcune parole tratte dalla dichiarazione di Ulrike Meinhof in occasione del processo, il 15 settembre 1974:

«Alle imprese multinazionali del capitale, alle alleanze militari globali dell'imperialismo, alla collaborazione dei servizi segreti, alle organizzazioni capitalistiche internazionali corrisponde da parte nostra, da parte del proletariato, la lotta delle classi rivoluzionarie, i movimenti di liberazione nazionale anti-imperialista, la guerriglia urbana nei centri di dominazione dell'imperialismo, l'internazionalismo proletario».

È chiaro da queste parole il senso politico dell'azione condotta dai militanti della Frazione dell'Armata Rossa. Essi hanno ben compreso che l'imperialismo, cioè l'organizzazione scientifica della morte dei popoli, ha le sue centrali di comando, i suoi tecnici, i suoi agenti, i suoi militari, cioè le parti più vitali del suo corpo e quelle più sensibili del suo sistema nervoso, nelle metropoli occidentali: da Washington a Londra, da Parigi a Bonn e altrove. I combattimenti della Frazione dell'Armata Rossa hanno iscritto la loro lotta in questo contesto di lotte per la liberazione dei popoli. La loro pratica si colloca, nel tempo e nello spazio, quando e dove l'associazione a delinquere dei capitalisti si crede più forte, quando e dove l'azione rivoluzionaria riesce ad essere insieme esemplare ed efficace.

I prigionieri della Frazione dell'Armata Rossa sono quindi dei prigionieri politici e l'unica vera solidarietà che si può loro esprimere deve essere prima di tutto politica anche se dialetticamente qualificabile. È questa solidarietà che volevo e voglio esprimere come compagno prima di sviluppare l'intervento che mi è stato richiesto co-

me medico.

Ma è come medico che vorrei brevemente spiegare agli altri compagni di che cosa sono vittime i combattenti della Frazione dell'Armata Rossa prigionieri in Germania; come altri combattenti di altre forze rivoluzionarie in altre parti del mondo dove tuttora — anzi: per ora — la borghesia capitalista ed imperialista esercita il suo comando.

I compagni rinchiusi nelle prigioni di Stuttgart Stammheim, di Wittlich, di Colonia Ossendorf e in altre prigioni, sono tenuti nel più assoluto isolamento, tale da impedire che essi siano raggiunti da qualsiasi stimolazione sensoriale: acustica, visiva o tattile.

Ora può sembrare - a chi non ha esperienza o conoscenza di queste cose - che un tale isolamento sia un metodo di detenzione, particolarmente severo e rigoroso. Ma non è così: si tratta di un vero e proprio metodo di tortura particolarmente feroce e distruttrice che può produrre lesioni profonde e irreversibili, fino alla morte della vittima.

Ma, qualcuno potrebbe chiedere, come si può parlare di tortura se la vittima viene lasciata sola a se stessa senza che alcuno eserciti violenze fisiche sulla sua persona? Questa è, infatti, la tesi della magistratura e della polizia tedesca le quali affermano: «Ulrike Meinhof e i suoi compagni non sono sotto tortura, semplicemente sono sotto isolamento».

Il che sarebbe come dire di uno che è stato ucciso per soffocazione: «Non è vero che gli abbiamo dato il gas, semplicemente lo abbiamo lasciato senza aria».

Ora, bisogna sapere che la continua esperienza dei sensi è per l'integrità del sistema nervoso e per la conservazione della salute mentale altrettanto indi-

spensabile e insostituibile quanto la respirazione per il ricambio di ossigeno nel sangue e quanto l'ossigeno del sangue per la vitalità delle cellule e degli organi.

L'uomo vive soltanto come trasformatore di ambiente e non esiste al mondo un'altra individualità che, come trasformatrice di ambiente, possa nemmeno paragonarsi all'uomo: questi rappresenta il traguardo ultimo dell'evoluzione naturale e decollo unico dell'evoluzione culturale. È per questo che l'uomo vive in continua interazione con l'ambiente che lo circonda: sociale anzitutto e fisico non di meno.

Quando diceva: «L'uomo è nel suo essere sociale, prima che nel suo essere naturale», Marx voleva dire anche questo.

L'uomo, dunque, è trasformatore di ambiente non solo nel senso che la sua esperienza trasforma continuamente l'ambiente circostante ma anche nel senso, più profondo, che l'ambiente circostante trasforma continuamente la sua esperienza.

Ora, la base elementare di questa esperienza è la percezione sensoriale: quella che si converte in orientamento ed intervento rispetto al tempo ed allo spazio, alle cose ed ai fatti.

La percezione dei sensi, a sua volta è registrazione delle variazioni, dei mutamenti ambientali: è l'«entrata» di un processo conoscitivo che si converte all'«uscita» in un processo trasformativo: è la condizione prima, in altre parole, di quell'attività cosciente e finalizzata che riteniamo propriamente umana.

Ora: cosa succede di un uomo mantenuto in condizioni di deprivazione sensoriale?

Questo è il caso dei compagni della Frazione dell'Armata Rossa, attualmente prigionieri. Essi sono tenuti da tempo in celle poste in «bracci morti»

cioè in fondo ai corridoi ciechi: tutte le celle circostanti - cioè sopra, sotto e ai fianchi - sono mantenute vuote: le pareti delle loro celle e tutti gli oggetti sono bianchi, l'illuminazione è artificiale e costante; nessuno stimolo acustico o visivo può raggiungerli dall'esterno, la loro esperienza tattile è quasi esclusivamente autoscopica.

Sono dunque, eliminate tutte le funzioni sensoriali che stanno alla base di quelle motorie, riflesse e volontarie.

In queste condizioni, se prolungate, si determinano cinque ordini di conseguenze sempre più gravi e talvolta irreversibili:

- 1) disorientamento nel tempo: cioè incapacità a riconoscere la disposizione e la distanza degli eventi;
- 2) disorientamento nello spazio: cioè incapacità a riconoscere la disposizione e la distanza degli oggetti;
- 3) comparsa di allucinazioni di vario tipo (acustiche, visive, tattili, ecc.);
- 4) alternazione delle funzioni vegetative connesse con l'alimentazione, il sonno, l'equilibrio, la circolazione, ecc.

- 5) perdita di identità, cioè di senso dell'«io» e disgregazione della personalità.

Come si vede si tratta di una vera e propria tortura che ha queste caratteristiche:

- 1) essere esattamente programmabile nel tempo;
- 2) essere esattamente anti-umana nel senso che colpisce, oltre le funzioni strettamente corporee, ciò che di più umano è nella vittima: il suo essere soggetto di esperienza;
- 3) mirare alla distruzione non solo della persona ma anche della *Personalità* del militante per colpire più a fondo il movimento.

Si vede anche che la deprivazione sensoriale come metodo di isolamento

carcerario è la contraddizione più sottile e crudele dell'art. 5 della «Convenzione dei diritti dell'Uomo»: «Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti».

È proprio per sfuggire a questa degradazione, con un estremo atto di affermazione della propria volontà di essere uomini e combattenti, che i compagni della Frazione dell'Armata Rossa hanno, a più riprese, affrontato uno sciopero della fame.

Non è dunque una scelta di suicidio, come hanno detto i magistrati, i poliziotti, i militari e gli altri aguzzini organici della borghesia tedesca, ma una scelta di lotta con l'ultima estrema arma che potesse stracciare la tigre di carta. Holger Meins è caduto in questa lotta, altri sono in pericolo imminente di soccombere come lui, altri ancora ne porteranno cicatrici incancellabili, ma nessuno ha ceduto. Pertanto io credo che essi abbiano buon diritto a tutta la nostra solidarietà, in queste ed altre sedi, in questo ed in altri modi, perchè essi difendono nell'estrema solitudine della tortura e nella tortura dell'estrema solitudine l'orgoglio del movimento rivoluzionario e perchè essi rappresentano nel patimento delle loro persone, private persino di esperienze sensibili per la distruzione della soggettività, quell'estremo grado di oggettivazione, di reificazioni cui la borghesia capitalista e imperialista ha sempre cercato di ridurre l'uomo, la classe e il popolo.

Questo testo fu letto da Maccacaro nel corso di una manifestazione «Contro la tortura in RTF», nel febbraio 1975 a Milano.

Cari compagni, ho ricevuto dal compagno Spazzali il vostro indirizzo, così sono venuto a conoscenza delle prospettive della vostra organizzazione.

Ho saputo che state esaminando la situazione sul problema salute e carcere.

Trovo ammirevole sotto ogni punto di vista questa iniziativa; vi posso garantire che trovarsi in carcere e necessitare di cure che non vengono neppure prese in considerazione è poco simpatico. Per rendermene ulteriormente conto ho dovuto vivere questa esperienza che continua a persistere.

Ora vi descriverò in linea di massima il mio caso; se vi interessa e mi sarà possibile cercherò di ottenere copia conforme della mia cartella clinica o altre notizie che vi potrebbero interessare.

Il 22 agosto 1976 sono stato ferito da

colpi di mitra sparati dai carabinieri. La ferita più grave interessa la parte orbitaria destra. Immediatamente ricoverato a Niguarda, dopo alcuni giorni con intervento chirurgico mi hanno asportato il bulbo oculare e ricostruito parzialmente la palpebra inferiore. In seguito mi è stata applicata una protesi provvisoria.

Dopo 20 giorni sono stato dimesso e condotto in carcere. Da allora ho girato ben nove carceri in quanto ogni volta mi visita, il medico prescrive una protesi adeguata, la ricostruzione completa della palpebra ormai completamente ritiratasi e l'estrazione di alcune schegge ancora sparse per il viso.

Le varie direzioni a questo punto gentilmente mi trasferiscono in un altro carcere, ma il risultato è sempre lo stesso.

Attualmente mi trovo in quel di Forlì, ormai da più di due mesi, solo perchè

non mi sono più fatto visitare. Ho ancora dei punti di sutura ormai incarnati all'interno della cavità orbitaria, la protesi è del tutto inadeguata e mal sopportata, mi dà molto fastidio, continuo a lacrimare e a emettere materia purulenta. Le schegge si fanno sentire continuamente. Purtroppo non esiste il modo di farmi curare.

La mia attuale posizione ha molti punti in comune con quella di molti altri compagni detenuti che come me hanno sperimentato sulla propria pelle i frutti amari della legge Reale che continua a colpire, in questi ultimi tempi più che mai.

Sono a vostra completa disposizione per ogni notizia che possa interessarvi; in attesa di una vostra colgo l'occasione per porgervi i più cordiali saluti con stima e solidarietà.

Umberto Zappaterra

Vorremmo rendervi noto il seguente caso per vedere cosa si può fare.

Dal 10/6/76 si trova rinchiuso a S. Vittore il detenuto Natale Gonnella, (per detenzione d'arma); stando alla pena inflittagli in primo grado, uscirà il 10/4/78. (Ha 37 anni).

Questo detenuto è privo di una gamba dal 1972 a causa del morbo di Burger, soffre anche nell'altra. Ha chiesto una licenza al giudice di sorveglianza Bruno Siclari perché ha bisogno di rifarsi la protesi alla gamba e di farsene una dentaria; non ha ottenuto niente. Si trova in un braccio normale, come i detenuti sani e solo ultimamente gli è stato concesso un piantone.

D'altra parte è meglio che stia lì piuttosto che all'infermeria di S. Vittore perché almeno così può usufruire dell'aiuto di compagni di cella sani.

Ecco quel che è costretto a riconoscere il direttore del centro clinico di S. Vit-

tore, Marchetti: «In seguito a richiesta del Tribunale civile e penale di Milano (sez. 6° penale) si precisa che il detenuto in oggetto risulta amputato al 3° medio della coscia destra (è portatore di arto artificiale) per morbo di Burger dal 1972. A carico dell'arto sinistro presenta pure segni di deficit circolatorio per cui deve essere costantemente tenuto sotto controllo e sotto cure con Vasodilatatori. Risulta inoltre totalmente adentulo con protesi all'arcata superiore e senza protesi (che dovrà essere applicata) all'arcata inferiore». Risultano però singolari le sue conclusioni: «Per il momento le cure possono essere effettuate in carcere, ma non è escluso che a breve scadenza si renda necessario un intervento chirurgico per migliorare le condizioni circolatorie dell'arto inferiore sinistro e in tal caso dovrebbe essere ricoverato in Ospedale. Attualmente ha bisogno di un piantone che lo aiuti in cella».

Ecco le attuali cure per la gamba sinistra: «Lamenta saltuariamente dolori crampiformi al polpaccio sinistro. Presenta tutti i polsi tranne quello tibiale posteriore. Si consiglia Complamin Icp x 3». I risultati di questa cura non sono un granché. Infine questo detenuto ha avuto coliche renali e per l'ultima che ha subito è stato chiamato in infermeria per l'analisi delle urine solo dopo alcuni giorni.

Siamo preoccupati per le sue condizioni di salute tanto più conoscendo la mancanza di assistenza sanitaria in carcere. Pensiamo, dato l'accanimento delle risposte negative nei suoi confronti, che sia necessario trovargli un medico di parte per sostenere la sua messa in libertà provvisoria, prevista in questi casi dalla stessa famigerata legge Reale. Naturalmente è possibile che ciò non basti e che si renda successivamente necessario una attività di denuncia.

LE LOTTE DEGLI STUDENTI NELLE UNIVERSITÀ E NELLE SCUOLE PARAMEDICHE

Si è aperto in questi ultimi mesi un nuovo fronte del movimento degli studenti in Italia. Ciò che sta succedendo nel campo delle scuole per «paramedici» (assistenti sanitari e sociali, infermieri generici, professionali e psichiatrici, «ausiliari» sanitari, portantini ecc. tecnici di laboratorio, di radiologia, di neurofisiopatologia, di fonoiatria ed altri tecnici sanitari, terapisti della riabilitazione, fisiocinesiterapisti, psicomotricisti, ortottisti, ostetriche, puericultrici, vigilatori d'infanzia, ecc.) è qualcosa di molto importante e, come al solito, nel settore della salute i nodi politici fondamentali del paese vengono al pettine molto prima e più chiaramente che negli altri settori. Centinaia di vertenze con le direzioni delle singole scuole, occupazioni, cortei di migliaia di manifestanti, come, a più riprese, a Napoli e a Milano, nel silenzio quasi assoluto degli organi d'informazione, anche di quelli della sinistra.

Il discorso dei *corsisti paramedici* non è diverso dai discorsi di tutte le scuole professionali, ma è forse quello che sta venendo alla ribalta con maggior chiarezza e con più forza. In seno a Medicina Democratica è nato unitario fin dall'inizio con quello del movimento nato nelle università, per la massiccia presenza, nei coordinamenti del settore Formazione dell'Operatore Sanitario, di allievi paramedici accanto ai collettivi studenteschi, a lavoratori universitari e delle scuole paramediche, operatori sanitari, ecc. Ad esempio le prime analisi sul numero programmato in facoltà di medicina partivano proprio dal ruolo e dalla condizione dell'infermiere (documento di dicembre a Firenze sul n° 5 di questa rivista a pag. 18, e intervento di Medicina Democratica alla Conferenza sull'Università di dicembre a Milano). Comunque il primo tentativo di coordinamento nazionale dei corsisti para-

medici è stato proposto per il 3 aprile a Roma da Medicina Democratica. In quell'occasione tacque tutta la stampa, compresi i quotidiani della sinistra, nonostante le insistenti sollecitazioni; si dovette ricorrere a canali alternativi, scoprendo così quello delle radio libere. Già il comunicato uscito dal coordinamento di settore del 13 marzo a Roma, che denunciava, tra l'altro, i pestaggi alla Stazione Termini, e che era stato inviato a tutti i quotidiani e alle agenzie di notizie, non apparve che sul Quotidiano dei Lavoratori del 16 marzo ed in corpo 6.

Da allora è andata in onda attraverso decine di radio libere sparse in tutta Italia una serie di trasmissioni a cura degli stessi corsisti, sui loro problemi e sugli obiettivi del movimento. Tre di esse, della durata rispettiva di 60, 24 e 38 minuti, hanno avuto una formulazione standard, duplicata su musicassette.

Il 3 aprile veniva analizzato, tra l'altro, il così detto «articolato delle regioni», valutandone positivamente la tendenza a restringere il numero delle qualifiche infermieristiche e ad impedire che il conseguimento di specializzazioni si rifletta sul trattamento economico, il che riprodurrebbe sostanzialmente l'attuale ventaglio retributivo e vanificherebbe di fatto l'obiettivo dell'*operatore unico*; si definiva il diritto allo studio come esigenza di qualificazione e quindi di controllo degli studenti sui contenuti dei corsi, perché questi fossero realmente aderenti agli attuali bisogni territoriali ed al nuovo ruolo della medicina, fino a giungere a forme di lotta del tipo dell'autoriduzione delle ore o frazioni di ore giudicate inutili, come già praticato dai corsisti paramedici organizzati di Napoli.

Non è un caso che il complesso delle riforme proposte fin qui dalla classe dominante per la facoltà di medicina e dell'università in generale, del servizio

sociosanitario e della scuola secondaria superiore, abbia completamente dimenticato la formazione dell'operatore sanitario non medico. È invece la scelta politica di continuare, da una parte ad abbandonare la maggior parte delle scuole professionali allo sfruttamento privatistico, monopolistico, baronale, in strutture a carattere aziendale il cui autoritarismo è spesso rafforzato dalla matrice e dall'impostazione ideologica confessionali, specialmente nel sud, dall'altra parte a tenere sotto il ricatto della precarietà del finanziamento oltre che del personale e dello stesso titolo di studio, quelle scuole che non si mantengono sullo sfruttamento del lavoro degli allievi.

Anzi la proposta governativa di riforma sanitaria rappresenta un ulteriore attacco alla classe operaia e al movimento popolare sulla linea dei sacrifici proposta dagli altri progetti già citati (doc. di febbraio a Padova sul n° 5 di questa rivista a pag. 19) e già in atto attraverso i pesanti interventi governativi di attacco all'occupazione, alla qualità e alla quantità dei servizi (decreto Stammati, ecc.; vedi doc. sul n° 5 di questa rivista a pag. 24).

In particolare per i corsisti paramedici invece del richiesto incremento dell'occupazione legato a un'espansione delle strutture sociosanitarie secondo le esigenze della nuova medicina (vedi punto 2 del documento che segue) è prevedibile addirittura una diminuzione secca dei posti di lavoro, legata all'assorbimento del personale delle cliniche private (solo a Napoli circa settemila lavoratori) e delle mutue, in strutture sanitarie immoificate nella sostanza, a una ristrutturazione del tipo di quella industriale che, sotto l'etichetta della qualificazione, fa passare il cumulo delle mansioni, l'aumento dei turni, la mobilità tra reparti, tra ospedali, perfino tra città diverse, in altre parole la linea di contenere numericamente il personale ed intensificarne lo sfruttamento.

È anche da sfatare una pretesa conflittualità di competenze tra stato e regione, se c'è volontà politica di omogeneizzare qualificazione e diplomi su scala nazionale e nello stesso tempo mettere in grado le regioni di gestire autonomamente le scuole (vedi punto B del documento che segue).

Il documento degli studenti paramedici riportato qui di seguito dimostra la presa di coscienza già raggiunta da questi compagni, l'impegno del movimento verso l'unificazione degli obiettivi dei corsisti paramedici e degli studenti di medicina e verso il loro inqua-

drammento in quelli più generali della lotta per la salute. Basti citare l'esempio del punto 5 dove l'apparente diversità tra tirocinio anticipato dei primi e tirocinio rinviato dei secondi è ricondotta all'identica logica di selezionare su materie distaccate dalla

pratica anziché perseguire un'effettiva qualificazione di massa. Con tutto ciò deve fare i conti ogni riforma sanitaria. Su tutto ciò deve riflettere Medicina Democratica e tutte le forze della sinistra che non possono sottrarsi a loro specifiche responsabilità.

Documento dei Coordinamenti Nazionali dei corsisti paramedici e del settore di M.D. per la formazione dell'operatore sanitario

Molte migliaia di studenti paramedici sono contemporaneamente in agitazione oggi in Italia

anche se non tutti hanno collegamenti efficienti e addirittura qualcuno di essi si sente solo a lottare.

Quelli che hanno aderito alla convocazione di Medicina Democratica, Movimento di Lotta per la Salute (MD), il 3 aprile, il 14 e 15 maggio e il 12 giugno a Roma, appartengono alle scuole indicate in calce e si sono impegnati a lavorare per la costituzione di un coordinamento a due livelli: regionale e nazionale.

Il dibattito ha anche coinvolto docenti di scuole per paramedici ed universitari, studenti di varie facoltà di Bologna, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Padova, Palermo, Perugia, Pisa, Roma, Torino, Trento, Trieste, medici, paramedici. È emerso un giudizio complessivamente positivo sull'attività finora svolta da Medicina Democratica nel settore della formazione dell'operatore sanitario, confrontata nel movimento nei 5 precedenti coordinamenti di settore e convalidata nei due coordinamenti generali, in novembre a Napoli e in febbraio a Padova. È stata inoltre affermata la volontà dei corsisti paramedici di utilizzare gli strumenti di Medicina Democratica in questa fase di aggregazione, anche in vista di uno stretto collegamento con gli altri settori di lotta per la salute, pur garantendosi la massima autonomia nella scelta degli obiettivi concreti e dei mezzi per raggiungerli.

I corsisti paramedici indicano come riferimento provvisorio il responsabile nazionale del Settore Formazione dell'Operatore Sanitario di Medicina Democratica, Fernando di Jeso, 1 viale Taramelli, 27100 Pavia, tel. (0382) 21757, presso il quale chiedono di centralizzare tutta la documentazione

e le esperienze di lotta dei settori e delle sedi che mano a mano verranno a conoscenza di questa iniziativa, al fine di avere, regione per regione, il quadro più dettagliato possibile sulla situazione delle scuole, specialmente per quanto riguarda il diritto allo studio, le prospettive occupazionali, i contenuti dei programmi sia nella parte teorica che nel tirocinio, il controllo degli studenti organizzati, sia sulla selezione dei docenti che sulla qualità della loro attività.

Nella prossima riunione convocata fin da ora per sabato e domenica 24 e 25 settembre a Napoli [Politecnico di Fuorigrotta] si dovrà valutare anche l'opportunità di una manifestazione nazionale nel sud, contro il lavoro nero dentro e fuori le scuole, nel settore dei servizi sociosanitari, e contro le situazioni più repressive in cui gli studenti sono costretti a sottostare al pagamento di rette o tasse, o alle più incredibili intimidazioni se solo chiedono assemblee autogestite nelle ore di lezione, ecc.

Vengono riaffermati obiettivi qualificanti ed unificanti, comuni sia agli studenti delle scuole per paramedici che agli studenti universitari:

1. lotta al numero chiuso o «programmato», ormai neppure capace di conservare il vecchio privilegio della sicurezza del posto di lavoro nelle attuali strutture sanitarie inadeguate e clientelari, ma utilissimo per una selezione di classe; lotta per il restringimento del ventaglio delle qualifiche e dei salari tra medici e non-medici; per il mantenimento di due soli livelli di titoli di studio, un primo livello, post-primario, che dia insieme all'abilitazione professionale il diploma unificato di scuola secondaria con accesso a tutte le facoltà universitarie, un secondo livello, universitario, con un unico diploma di laurea in medicina e chirurgia; per l'inquadramento unico

degli operatori sociosanitari; lotta alla specializzazione come titolo che abbia peso sul trattamento economico del medico o del paramedico;

2. lotta per la costruzione e l'espansione di strutture sociosanitarie aperte nel territorio, ancorate alle sue esigenze di prevenzione primaria, cura, riabilitazione, per una migliore qualità della vita delle masse popolari, dove si possa svolgere oltre al servizio sociosanitario anche la ricerca, la didattica, la formazione dell'operatore sociosanitario, fuori dalla logica chiusa di una medicina curativa incentrata sull'ospedale e sulle cliniche, sul malservizio, sullo spreco economico, sull'abuso di farmaci;

3. lotta per una chiara gestione sociale fin da adesso delle attuali strutture sociosanitarie e didattiche, che permetta ai lavoratori, agli studenti, alle realtà di base del territorio, organizzati ed in stretto rapporto tra di loro, di controllare il servizio, la ricerca, la didattica, la formazione professionale permanente; l'ambiguità degli organi di governo nella maggior parte dei casi è a livello di direzione di scuola ospedaliera o d'istituto universitario e serve a rendere più difficile la lotta degli studenti contro la repressione, le pratiche antidemocratiche ed illegittime, lo sfruttamento, il lavoro nero, la selezione di classe; in altri casi, con direzioni aperte e responsabili, l'ambiguità è spostata a livelli più alti, ad esempio sotto forma di palleggiamento di responsabilità amministrative tra regione e provincia come per alcune scuole di assistenti sociali;

4. lotta per la revisione dei programmi e delle materie, che dovranno adeguarsi alle nuove esigenze di medicina preventiva e di non delega della salute; lotta per il controllo sulla scelta dei docenti, tra i quali è necessaria un'adeguata presenza di paramedici in al-



cuni settori d'insegnamento teorico e pratico;

5. lotta per una didattica in cui la teoria sia strettamente legata alla pratica; deve essere assicurato un tirocinio effettivo agli studenti paramedici, per molti dei quali, oggi, o manca o è rimpiazzato da lavoro nero, dequalificato, sostitutivo delle carenze di personale organico; deve iniziare dai primi anni del corso di laurea il tirocinio degli studenti di medicina, per i quali, oggi, è soltanto artificiosa attuazione di nozioni teoriche acquisite in anni precedenti;

6. lotta per una completa agibilità politica, a cominciare da spazi autogestiti, all'interno delle ore di didattica, sul problema del ruolo e della formazione dell'operatore sociosanitario; battersi perché siano smascherate a livello nazionale le intimidazioni assurde che subiscono i compagni di alcune scuole per il solo fatto di chiedere l'assemblea o di venire ai coordinamenti di Medicina Democratica, perché in certi convitti si liberalizzi, ad esempio, l'orario di... spegnimento delle luci, perché si assicuri la regolarità del recapito della posta, perché si generalizzino certe conquiste già acquisite: serve ad omogeneizzare e far crescere il movimento.

Sono stati individuati come obiettivi specifici del movimento dei corsisti paramedici:

A. rifiutare il pagamento di rette di frequenza o altre tasse; approfondire il dibattito sul presalario e sull'assegno di studio, già ottenuti, ad esempio, e giudicati insufficienti, il primo dai Corsisti Paramedici Organizzati di Napoli (75.000 lire mensili + 15.000 mensili di rimborso spese), il secondo dagli Allievi Infermieri Professionali della regione Toscana (60.000 + 10.000);

B. unicità di legge quadro nazionale

sull'organizzazione e i programmi delle scuole e regionalizzazione della loro istituzione in riferimento al bilancio regionale di formazione professionale, oggi divorato da strutture clientelari o confessionali, specialmente nel sud;

C. lotta al lavoro nero non solo come lotta allo sfruttamento, ma anche per creare le premesse della qualificazione del tirocinio e del censimento dei posti di lavoro ancora scoperti e dei reali bisogni d'organico: molte scuole preferiscono riaprire nuovi corsi anziché assumere i diplomati; è da approfondire il dibattito sulla proposta sostenuta da qualche comitato d'agitazione di richiedere la preassunzione in servizio, nelle strutture socio sanitarie, degli allievi al secondo anno di corso; è necessario un attento riesame delle 700+900+1.250 ore di pratica e 680+640+440 di teoria, attualmente richieste dall'accordo di Strasburgo ai corsisti infermieri professionali, e del rifiuto di molte scuole italiane ad ammettere assenze per malattia o altre ragioni (nemmeno il 10% delle ore), nonché della moltiplicazione degli esami e degli sbarramenti tra un anno e l'altro del corso o addirittura all'interno di ogni singolo anno.

Coordinamento Settore Formazione dell'Operatore Sanitario di Medicina Democratica e scuole terapisti della riabilitazione [TrR] di Ancona, infermieri professionali [IP] dell'Aquila, di Arezzo e di Belluno, assistenti sanitari [ASV] e TrR di Bologna, IP di Brescia, di Brindisi, di Cuneo, TrR di Ferrara, di Firenze, IP di Genova, ASV di Gorizia, assistenti sociali [AS], IP e psicomotricisti di Milano, infermieri generici [IG] di Modena, corsisti paramedici organizzati [CPO] di Napoli, IP e tecnici di laboratorio [TcL] di Pavia, IP di Pescara e di Rieti, Fisioter. R. app. locom., IG, IP, Tc «universitari» e TrR di Ro-

ma, IP di Verona, Coordinamento Regionale [Co. Re.] scuole paramedici del Piemonte e Co. Re, scuole IP della Lombardia.

SABATO e DOMENICA 24 e 25 settembre 1977 a Napoli [Politecnico di Fuorigrotta] coordinamento nazionale convocato dai corsisti paramedici e Medicina Democratica sugli obiettivi di lotta comuni agli studenti delle facoltà di medicina e delle scuole paramediche [prima giornata] e sugli obiettivi specifici del movimento dei corsisti paramedici [seconda giornata].

Comunicato stampa

Varese, giugno 1977

Il CE.SESS - "unità sanitaria" nel ricordo dell'opera di Giulio Maccacaro indice un premio annuale dedicato alla trattazione di temi di sociologia e di economia sanitaria.

Il Premio "Giulio Maccacaro 1977", dell'importo di L. 500.000, è riservato alla partecipazione di laureandi o laureati di età non superiore ad anni 30 per un contributo inedito di sociologia sanitaria a tema libero. Per le modalità di partecipazione e per ogni chiarimento, rivolgersi a: CE.SESS - "unità sanitaria", Segreteria Premio Giulio Maccacaro, Casella postale 171, Varese.

momento che il tassista in questione è sempre stato puntuale, gli ha praticato prezzi non molto alti e - con l'aiuto della moglie di L. - lo ha perfino trasportato regolarmente su e giù per le scale.

Da circa sette mesi L. ha in tasca la chiave di un appartamento nuovo, costruito dall'Istituto Autonomo Case Popolari e per il quale egli fece regolare domanda a suo tempo. Ma solo da pochi giorni L. e la moglie vi sono potuti entrare. La ragione di ciò è molto semplice: l'ascensore era troppo stretto perché vi potesse entrare la carrozina. La necessaria modifica è stata possibile solo dopo che L. non avendo altre alternative, si è impegnato per iscritto a pagarne personalmente le spese.

Rimane ancora insoluto il problema del trasporto.

L. comprerà presto un'automobile con i comandi a mano e spera poi che gli verrà data la patente di guida. Infatti una persona con una invalidità del genere non può prima ottenere la patente e poi comprare la macchina, ma è costretta a fare il contrario. Non esistono infatti a Firenze (né, a quanto ci risulta in altre città italiane), scuole-guida che dispongono di auto con i comandi manuali. Se L. riuscirà presto a risolvere questi problemi, la sua autosufficienza e il suo reinserimento sociale aumenteranno di molto. Ma, prima di tutto, questo avverrà solo grazie alla sua iniziativa. In secondo luogo, egli rimarrà comunque escluso dalle case di molti amici, da quasi tutti gli uffici pubblici e luoghi di riunione, dalle piscine ecc., poiché quasi ovunque vi sono barriere architettoniche. Non parliamo poi dei mezzi di trasporto pubblico, il cui uso è difficile anche per chi ha problemi di movimento assai minori e che, comunque, sono insufficienti per tutti.

Tutto questo avviene nonostante che la legge n. 118 del 30/3/1971 dica all'art. 27: «... gli alloggi situati nei piani terreni dei caseggiati della edilizia economica e popolare dovranno essere assegnati per precedenza agli invalidi che hanno difficoltà di deambulazione, qualora ne facciano richiesta...» e successivamente «... i servizi di trasporti pubblici e in particolare i tram e le metropolitane dovranno essere accessibili agli invalidi non deambulanti...».

Nel primo brano citato vi è una limitazione inaccettabile, secondo la quale le persone con invalidità dovrebbero abitare solo al piano terreno e non potrebbero entrare nella maggior parte degli appartamenti (di parenti, amici ecc.) situati ad altri piani. Il secondo

brano sembra di contenuto assai avanzato, ma non risulta che sia stato ancora promulgato il regolamento di applicazione delle norme ivi previste. In ogni caso, quanto di positivo è stabilito dal suddetto articolo di legge non è praticamente applicato.

Per quanto riguarda il problema del lavoro, la legge n. 482 del 2/4/1968 prevede il collocamento di una certa aliquota di invalidi, ma entro limiti ben precisi e piuttosto ristretti. Peraltro, tale legge è tranquillamente evasa dalla stragrande maggioranza dei datori di lavoro privati e perfino da enti pubblici. Inoltre, tutti sanno che ad essere assunte sono semmai le persone con le invalidità più lievi. Oggi soprattutto, essendo in crisi il sistema capitalistico, la forza lavoro «sana» disponibile sul mercato è quanto mai abbondante ed è quindi ancora più difficile - secondo la logica del sistema - il collocamento di persone che potrebbero non adattarsi a ritmi eccessivi, richiedere la modifica di certe macchine e, avendo bisogno di qualche pausa in più, producendo meno profitto di quello richiesto agli altri lavoratori.

Ragioni di spazio non ci consentono di approfondire ancora l'esame della situazione delle persone con invalidità. Riteniamo giusto concludere questo articolo con delle proposte, rivolte alle organizzazioni dei lavoratori e a tutti i compagni disponibili ad impegnarsi in questo campo. Ovviamente, non pretendiamo che esse abbraccino l'intero problema dell'emarginazione; le facciamo perché scaturiscono dalla nostra esperienza e perché le abbiamo maturate in quattro anni di lotta, di studio e di continuo confronto.

Le nostre proposte sono le seguenti:

- 1) nel campo specifico della paraplegia e tetraplegia, lottare in ogni regione per ottenere dei reparti specializzati all'interno di ospedali generali. A titolo indicativo, il già citato Walsh ha detto che in una regione come la Toscana, che ha circa 3 milioni e mezzo di abitanti, ci vorrebbero 3 reparti in città diverse, della capienza di 50-100 posti letto ciascuno. È importante che tali servizi siano decentrati, per creare il minimo disagio possibile agli utenti e ai loro famigliari.

Questi servizi vanno richiesti ed ottenuti con la coscienza che essi non risolvono affatto il problema di coloro che hanno una paralisi conseguente a lesione midollare: il loro scopo è di garantire le cure più adeguate e di evitare quelle complicazioni che rendono poi più difficili, o addirittura inevitabili, gli altri aspetti dell'esclusione dalla società;

- 2) nel campo dell'invalidità in generale, battersi per l'eliminazione delle barriere architettoniche degli edifici pubblici e privati e perché le persone con invalidità possano ottenere realmente la possibilità di spostarsi e viaggiare. Questo va fatto anche utilizzando le leggi esistenti, nonostante le loro evidenti carenze;

- 3) tendere all'inserimento nell'attività lavorativa delle persone con invalidità anche gravi, perché esse lavorino non secondo i ritmi del padrone, ma secondo le loro possibilità. Questo è particolarmente doveroso da parte dei Consigli di fabbrica quando sono i lavoratori che diventano invalidi in seguito ad infortuni. In casi del genere, il ritorno del lavoratore nello stesso ambiente di lavoro, ovviamente a svolgere mansioni adeguate alle sue condizioni, ci sembra avere un grande significato politico. Ciò non toglie naturalmente che il primo problema sia quello di evitare gli incidenti in ambiente di lavoro. In caso di infortunio, la lotta per il reinserimento al lavoro del compagno che ne è stato vittima dovrebbe essere solo l'ultimo di una catena di atti che i lavoratori dovrebbero compiere: a nostro avviso essi dovrebbero infatti attuare il picchettaggio delle prove legali, perché non vengano inquinate a favore del padrone, dovrebbero intervenire nella stesura dei verbali e denunciare il datore di lavoro se c'è stata violazione delle norme vigenti.

Il compagno infortunato, inoltre, dovrebbe essere seguito durante la cura e la rieducazione per garantirsi che questa gli sia effettivamente prestata.

Questo lungo articolo ci sembra dimostrare che non saranno leggi di «riforma» approvate dall'attuale maggioranza parlamentare a rinnovare realmente il nostro sistema socio-sanitario. Infatti in tale maggioranza sono parte integrante le forze che esprimono gli interessi di chi causa le malattie e le invalidità e poi ci specula sopra.

Si può modificare l'assetto socio-sanitario solo con le lotte dal basso da parte di chi non accetta la logica del profitto, ma vi sostituisce quella dei bisogni autentici della popolazione.

**Comitato per la riabilitazione
e medicina democratica di Firenze**

Documento elaborato congiuntamente fra Medicina Democratica e la Commissione per le risoluzioni congressuali dell'VIII Congresso U.I.L.M. - U.I.L. di Firenze

Negli ultimi anni si è registrato un enorme aumento degli infortuni e delle malattie professionali, in particolare l'aumento delle malattie di tipo tumorale nei luoghi di lavoro ed in particolare nei settori della piccola e media impresa e del lavoro a domicilio che sono i settori più esposti allo sfruttamento ed al ricatto occupazionale.

Preoccupante e significativa è la coincidenza tra l'aggravarsi della crisi, la restrizione complessiva dell'occupazione che colpisce particolarmente i giovani, le donne, i lavoratori anziani, gli invalidi ed il vertiginoso aumento della patologia da lavoro, ac-

compagnata da un selvaggio aumento dello sfruttamento (straordinari, decentramento produttivo).

A tutto questo fa riscontro attualmente una diminuita capacità di risposta della classe lavoratrice.

Si pone quindi l'urgenza per il movimento sindacale di invertire l'attuale tendenza ed imporre un modo diverso di produrre che sia ispirato alla difesa della salute dell'uomo e non del profitto.

In questo contesto assume importanza fondamentale la ripresa della lotta sindacale per la difesa della salute nei luoghi di lavoro che non può essere intesa come un capitolo staccato, ma una parte integrante della lotta per un nuovo modo di vivere e di lavorare, e che è ottenibile attraverso il rilancio dell'autogestione della salute riaffermando il

principio della non delega ai soli tecnici.

La ripresa dell'autogestione della salute in fabbrica è uno degli aspetti fondamentali dell'iniziativa che i C. Di Z. devono svolgere svolgendo un ruolo importante per la riagggregazione attorno alla classe lavoratrice degli strati sociali che il sistema cerca di emarginare (i giovani in attesa del primo impiego, le donne, i lavoratori anziani, gli invalidi) riprendendo insieme a loro la lotta per la piena occupazione.

Altro aspetto importante per cui si devono impegnare le strutture sindacali è l'ottenimento nel territorio di servizi sanitari e sociali adeguati alle esigenze delle masse popolari e con il controllo sugli stessi.

Firenze 6 maggio 1977

Approvato all'unanimità dal Congresso.

Dalla mozione conclusiva del IX Congresso provinciale della FIM-CISL [21/22 aprile 1977 - Firenze].

...A questo proposito la proposta del CENSIS di creare una banca dell'occupazione, per offrire manodopera a basso costo ai padroni, la proposta per l'occupazione giovanile (pre-avviamento del lavoro) del Governo, la proposta del part time per l'occupazione femminile, sono in netto contrasto con qualsiasi nostra proposta di sviluppo dell'occupazione reale, non precaria, non nera.

A questo proposito la realizzazione delle commissioni comunali di controllo del lavoro a domicilio, un nuovo e più valido u-

so del collocamento devono diventare sostanza di impegno per tutto il movimento sindacale con particolare attenzione alle condizioni degli handicappati. Si deve superare la pratica dell'emarginazione nei lavoratori protetti e permettere agli handicappati di avere un lavoro adeguato e a tale proposito, oltre al controllo delle assunzioni obbligatorie, i consigli di fabbrica devono contrattare le modalità di assunzione e di impiego.

Ciò diviene punto di forza egualitario e di classe per tutto il sindacato, perchè il problema degli handicappati esprime tutte le contraddizioni e le ingiustizie di questa società con l'aggravante che va a pesare su persone che

hanno problemi di inserimento di natura oggettiva.

La ricerca di una soluzione non vuol dire quindi risolvere i loro problemi, ma avviare a soluzione i problemi generali della società.

A Firenze deve trovare pratica attuazione una migliore strutturazione del Centro Traumatologico Ortopedico con particolare attenzione a realizzare il reparto per le cure delle lesioni al midollo spinale. Bisogna anche impegnare le strutture sindacali al fine di fornire nuovi e più adeguati servizi inseriti in quelli che sono i piani regionali per la sanità, per la prevenzione, la terapia e la riabilitazione degli handicappati.

Il comitato per la riabilitazione, organismo di base di Firenze

Da quattro anni si è costituito a Firenze il Comitato per la Riabilitazione, la cui sede è nel quartiere di Rifredi. Ne fanno parte persone con invalidità, operatori sanitari e sociali ed altri compagni interessati alla soluzione dei problemi di tutti coloro che hanno invalidità fisiche o disturbi psichici.

Il Comitato considera il problema della riabilitazione come un aspetto particolare del più vasto problema dei rapporti fra le classi in una società capitalistica: ritenuti più o meno incapaci di produrre, coloro che hanno qual-

che invalidità sono spesso confinati in istituti assistenziali o a casa propria, esclusi comunque dalla vita sociale.

Con la convinzione che tutti gli uomini hanno uguali diritti, a prescindere dalle loro condizioni di salute, e sulla base di varie esperienze compiute all'estero, il Comitato per la Riabilitazione sostiene invece che si devono mettere le persone con invalidità in condizione di ottenere:

- l'indipendenza nelle attività di ogni giorno;

- il reinserimento nella vita lavorativa e sociale.

Tali obiettivi sono raggiungibili nella

maggioranza dei casi in presenza di interventi e servizi adeguati.

In particolare, il reinserimento sociale significa, secondo il Comitato:

- potersi muovere con mezzi pubblici, opportunamente modificati, e con mezzi privati, forniti o adattati a cura degli enti pubblici;

- potere accedere a tutti gli edifici di abitazione e pubblici, i quali devono essere privi di barriere architettoniche, come scalini all'ingresso, ascensori troppo stretti nei quali non entrano le carrozzine, ecc.; da questo dipende, in gran parte, la possibilità concreta di allacciare e mantenere affetti e amici-

zie, di svolgere attività sociali, politiche e culturali, ecc.;

- frequentare la scuola, resa idonea alle necessità di tutti, in classi normali; per gli adulti, lavorare in ambienti normali (con l'eventuale modifica di macchine e strumenti) secondo le proprie possibilità;

- disporre in misura adeguata di servizi quali l'aiuto domestico e l'assistenza infermieristica a domicilio; questi servizi, che gli enti locali devono creare o potenziare, possono ridurre in maniera notevole i ricoveri negli istituti;

- ricevere pensioni adeguate quando, per l'età o per invalidità estremamente gravi, non si è in grado di mantenersi con il proprio lavoro.

Fino dall'inizio della sua attività il Comitato ha dedicato particolare attenzione al problema delle persone con paraplegia. Alcune di esse - che del Comitato fanno parte - sono state costrette a curarsi all'esterno, soprattutto nel centro inglese di Stoke Mandeville. Qui si sono recati in seguito alcuni infermieri e terapisti della riabilitazione per compiere esperienze lavorative. È infatti un principio del Comitato per la Riabilitazione quello che i problemi vanno conosciuti il più possibile anche sotto l'aspetto tecnico e scientifico, perché tale conoscenza non rimanga privilegio di pochi, ma contribuisca a precisare gli obiettivi verso i quali indirizzare la azione politica tendente ad ottenere il reinserimento sociale delle persone con invalidità. Tali esperienze, discusse fra tutti i componenti il Comitato, hanno permesso di formulare proposte precise agli organi competenti in ordine all'istituzione a Firenze di un reparto ospedaliero per lesioni midollari.

I soggiorni di alcuni compagni all'estero hanno consentito inoltre la stesura di documenti e pubblicazioni e la traduzione di libri e studi, fra i quali sono da segnalare: «Che cos'è la paraplegia», di J. J. Walsh, a cura del Comitato per la Riabilitazione, pubblicato dalla Libreria Editrice Fiorentina nel 1976.

- «Relazione di Carlo Calamandrei, infermiere professionale, e Paola Sabatini, terapeuta della riabilitazione, sul tirocinio svolto in Inghilterra nei mesi di luglio, agosto e settembre 1976». Sottoforma di manoscritto, tale relazione - rivolta alla Regione Toscana - espone i principi fondamentali dell'assistenza infermieristica e del trattamento rieducativo delle persone con lesioni midollari. La prima parte del documento esamina l'insieme dei servizi riabilitativi inglesi per trarne la conclusione che essi - pur evitando il grado di e-

marginazione riservato in genere alle persone con invalidità nel nostro paese - sono tuttavia funzionali alle esigenze del profitto, tipiche di ogni società capitalistica.

Il Comitato per la Riabilitazione non si considera una «associazione» di invalidi, tendente ad ottenere obiettivi esclusivi della «categoria». Come si è detto all'inizio, l'oppressione e l'emarginazione sono comuni a tutte le classi subalterne e quelle riservate alle persone con invalidità hanno solo degli aspetti particolari. Per questo il Comitato ricerca costantemente il contatto e l'alleanza con i lavoratori organizzati e con la popolazione che condivide tali convinzioni.

Esempio di questa linea politica è stata nei giorni scorsi la partecipazione ai congressi provinciali dei metalmeccanici delle tre confederazioni.

Per la coincidenza delle rispettive linee politiche nel campo dell'emarginazione e, più in generale, della lotta per la salute, il Comitato aderisce a Medicina Democratica fino dalla nascita di tale movimento ed agisce costantemente insieme alla sua sezione fiorentina.

SCHEDA

Che cos'è la paraplegia

La paraplegia è la paralisi degli arti inferiori e di una parte più o meno grande del tronco; quando anche gli arti superiori e tutto il tronco sono interessati dalla paralisi si parla di tetraplegia. L'una cosa e l'altra sono provocate da traumi e malattie del midollo spinale, organo del sistema nervoso centrale.

Le lesioni di questo organo possono provocare:

- la paralisi suddetta, ossia la perdita del movimento al di sotto della lesione;

- la perdita della sensibilità e la presenza di disturbi circolatori nella stessa zona;

- problemi urinari, intestinali e sessuali.

L'entità di tali alterazioni dipende dalla completezza o meno della lesione midollare. Mancano in Italia dati precisi sul numero delle persone con paraplegia e sulle cause che provocano tale invalidità.

Statistiche inglesi dimostrano che in quel paese la paraplegia è dovuta a malattie (soprattutto forme infiammatorie e tumori) nel 30% dei casi. Il restante 70% è provocato da traumi: incidenti stradali (50% dei casi), infortuni sul lavoro (26%), incidenti sportivi (10%) e incidenti nello svolgimento di attività domestiche (10%).

Fra gli incidenti sportivi sono particolarmente frequenti quelli che avvengono facendo tuffi, al mare o in piscina, in acqua troppo bassa. Pare che nel nostro paese la percentuale dei casi di paraplegia provocati da infortuni sul lavoro sia assai più elevata che in Inghilterra.

Per molti secoli i paraplegici sono stati considerati dei malati incurabili. Agli inizi del '900 la mortalità per paraplegia era del 90% nei primi mesi dopo l'incidente o la malattia.

Il cambiamento decisivo della sorte delle persone con lesioni midollari è avvenuto con la creazione di reparti ospedalieri specializzati, nei quali l'organizzazione e la ricerca erano finalmente finalizzate al recupero e alla riabilitazione di tali persone. La prima unità del genere fu creata nel 1944 a Stoke Mandeville, in Inghilterra, per curare i feriti di guerra. Oggi esistono una quarantina di reparti o centri specializzati per lesioni midollari nei vari paesi del mondo.

Verso la metà degli anni cinquanta su 1000 persone con paraplegia curate a Stoke Mandeville la mortalità era stata del 6,3%. Risultati analoghi erano segnati da altri paesi. Un'altra statistica mise in risalto che su 1700 persone con paraplegia curate e rieducate a Stoke Mandeville e disponibili al lavoro l'85% aveva trovato un'occupazione proficua.

Dopo molti anni di esperienza e dopo che migliaia di persone con lesioni midollari sono state riabilite in tutto il mondo, gli specialisti in questo campo sostengono che:

- la persona con paraplegia può ritornare ad essere completamente indipendente;

- la persona con tetraplegia può raggiungere un grado di indipendenza variabile, generalmente non completo;

- nessuno dei problemi dovuti alla lesione del midollo (e accennati all'inizio) è da considerarsi del tutto insolubile.

Nel nostro paese ci sono poco più di 400 posti letto in reparti specializzati per lesioni midollari di ospedali pubblici. Questo sulla carta; nella realtà chi si occupa del problema nutre seri dubbi sulla «specializzazione» di tali reparti e di gran parte del personale che vi opera. Le persone con paraplegia diventano pertanto, nella maggior parte dei casi, ospiti abituali degli ospedali a causa delle frequenti complicazioni. Ciò rende ancora più arduo il loro reinserimento sociale, già molto difficile per la concorrenza di forza-lavoro «normale», per la presenza ovunque di barriere architettoniche, ecc.

AVVERTENZE

Per eseguire il versamento, il versante deve compilare in tutte le sue parti, a macchina o a mano, purché con inchiostro nero o nero-blauastro il presente bollettino (indicando con chiarezza il numero e la intestazione del conto ricevente qualora già non siano impressi a stampa).
NON SONO AMMESSI BOLLETTINI RECANTI CANCELLATURE, ABRASIONI O CORREZIONI.
 A tergo del certificato di accreditamento i versanti possono scrivere brevi comunicazioni all'indirizzo dei correntisti destinatari.

La ricevuta non è valida se non porta i bolli e gli estremi di accettazione impressi dall'Ufficio postale accettante.

La ricevuta del versamento in Conto Corrente Postale, in tutti i casi in cui tale sistema di pagamento è ammesso, ha valore liberatorio per la somma pagata con effetto dalla data in cui il versamento è stato eseguito.

TRF-OFFICINA CV-ROMA



Parte riservata all'Ufficio dei Conti Correnti

Spazio per la causale del versamento

(La causale è obbligatoria per i versamenti a favore di Enti e Uffici pubblici)

Elenco delle librerie che ricevono «Medicina Democratica»

ALBA: Coop. Della Torre.
 ALESSANDRIA: Dimensioni
 ANCONA: Fagnani. Fogola
 AREZZO: Il Milione
 ASCOLI PICENO: Rinascita
 AOSTA: Brivio
 AULLA: Centro Docum.
 BASSANO DEL GRAPPA: Bas-
 sanese, Scrimin
 BERGAMO: Seghezzo, Rosa
 Luxemburg, Bancarella, Cleb
 BENAREGGIO (Mi): Centro Cul.
 Pop.
 BOLOGNA: Feltrinelli (1), Feltri-
 nelli (2), Quarta, Cds, Il Picchio
 BOLZANO: La sinistra
 BORGOMANERO: Il dialogo
 BRESCIA: Coop. Cultura, Cueb,
 Bancarella, Rinascita
 BUSTO ARSIZIO: Rinascita
 CARPI: Rinascita
 CASTELLANZA: Rizzi
 CATANIA: La Cultura, Cul
 CESENA: Bettini
 CORSICO: Il punto
 CINISELLO B.: Bussola
 CREMA: Alber del Riccio
 CREMONA: Del Convegno
 CUNEO: La Moderna
 EMPOLI: Unità
 FERRARA: Centro Controinfor-
 mazione, Bovolenta
 FIRENZE: Coop. Universitaria,
 Feltrinelli, Marzocco, Sole Ros-
 so, Rinascita, Edicola Bartolini,
 Uncini, Morgagni, Parterre
 FORLÌ: Cappelli, Edicola Foschi
 FOLIGNO: Carnevali
 GALLARATE: Carù
 GENOVA: Feltrinelli, Liguria Li-
 bri, Il Sileno, Tassi
 GORIZIA: Coop. Incontro
 INTRA: Margaroli
 L'AQUILA: Centrale
 LECCO: Portici, Lecco Libri
 LEGNANO: Nuova Terra
 LIVORNO: Fiorenza
 LODI: Intervento
 LUCCA: Centro Documentazio-
 ne
 MANTOVA: Sereni, Minerva
 MASSA: Gasperinini
 MESTRE: Fiera del Libro
 MACERATA: Piaggia Floriani
 MILANO: Camponuovo, Cuem,
 Cuesp, Calusca, Ceb, Clup, Edi-
 cola P.za S. Stefano, Cuecs,
 Clued, Iulm, Terraggio, Sapere,
 Celuc, Unicopli, Feltrinelli Manzo-
 ni, Feltrinelli Europa, Porto di
 Mare, La Proletaria, Libro libero,
 Goliardica, Ringhiera, Rinascita,
 Calusca due, Marcon, Scaletta,
 Rusconi (v. Carlo Porta), Gorizia
 due, Girasole, Milano Libri, Al
 Castello, Claudiana, Ecumenica,
 Tadino, 100 Fiori, Incontro, Val-
 dina, Tognoli, Algani, Einaudi,
 Dielle Di Dergano, L'Angolo,
 Multipla, Marco Sedio, Trovali-
 bri, C.C.P. Bovisa
 MODENA: Rinascita, Universita-
 ria
 MONZA: C.L.M.
 NAPOLI: Guida A., L'Incontro,
 Intern. Morra, Marotta, Cult.
 Operaia, Scient. Editor. Guida

M., Intern. Guida, Clu Pironti, Mi-
 nerva
 NOVATE: Della Piazzetta
 PADOVA: Feltrinelli, Calusca 3,
 Cleup, Liviana
 PARMA: Feltrinelli, Cuep, S.
 Matteo
 PERUGIA: Betti, Anthos, Le
 Muse
 PIACENZA: Neruda
 PAVIA: L'Incontro, Centro Do-
 cumentazione, Spettatore, .Ro-
 gnoni
 PESARO: Campus, Centofiori
 PESCARA: Progetto e utopia,
 Clua
 PORDENONE: Coop Lipri, Grillo
 Parlante
 PINEROLO (To): Crocicchio
 PIOMBINO: La Bancarella
 PISA: Centro Inf. Dem., Feltri-
 nelli
 PISTOIA: Centro Documenta-
 zione, dello studente
 PONTEDERA: Coop. S. Allende
 REGGIO EMILIA: Rinascita,
 Vecchia Reggio, Del Teatro,
 Nuovatterra
 RAVENNA: Longo
 RIMINI: Coop. S. Giuliano, La
 Moderna
 RHO: Della cultura
 ROMA: Feltrinelli (1), Feltrinelli
 (2), Eritrea, Paesi Nuovi, il Pun-
 to, Godel, Maddalena, Psyche,
 Rinascita, Rinascita Universita-
 ria, Uscita, Tuttilibri
 SALERNO: Carrano, Magazzino
 SARONNO: Nuove vie
 SAVONA: Rosasco
 SESTO FIORENTINO: Rinascita
 SESTO S. GIOVANNI: Dei ra-
 gazzi, Celes
 SIENA: Bassi, Feltrinelli, Scien-
 tifica, Studium
 SONDRIO: Ced
 SUZZARA: Ulisse
 TARANTO: Editoria Democrati-
 ca
 TORINO: Celid, La Popolare,
 Coop. Lib. Torinese, Feltrinelli,
 Campus, Bologna e Cagliano,
 Book's Store, Stampatori uni-
 versitaria, Luxemburg, Hellas
 TRENTO: Edicola Agostini, Mo-
 nauni
 TRIESTE: Cluet, Parovel
 TREVISO: Io e gli altri
 UDINE: Tarantola, Cluf., Coop.
 Lib. B.go Aquileia
 URBINO: Cueu, Goliardica,
 Swick
 VARESE: Alternativa, Campo-
 quattro
 VENEZIA: Cafoscariana, Al Fon-
 tego, Cluva
 VERONA: Ghelfi e Barbato
 VIAREGGIO: Galleria del libro
 VICENZA: Galleria due Ruote,
 Spazio Più
 VITTORIO VENETO: Coop. Li-
 braria
 SAVONA: Rosasco
SVIZZERA
 BIASCA: Ecolibri
 LOCARNO: Alternative
 LUGANO: Sapere

N° 6 - SOMMARIO

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 Consultori 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