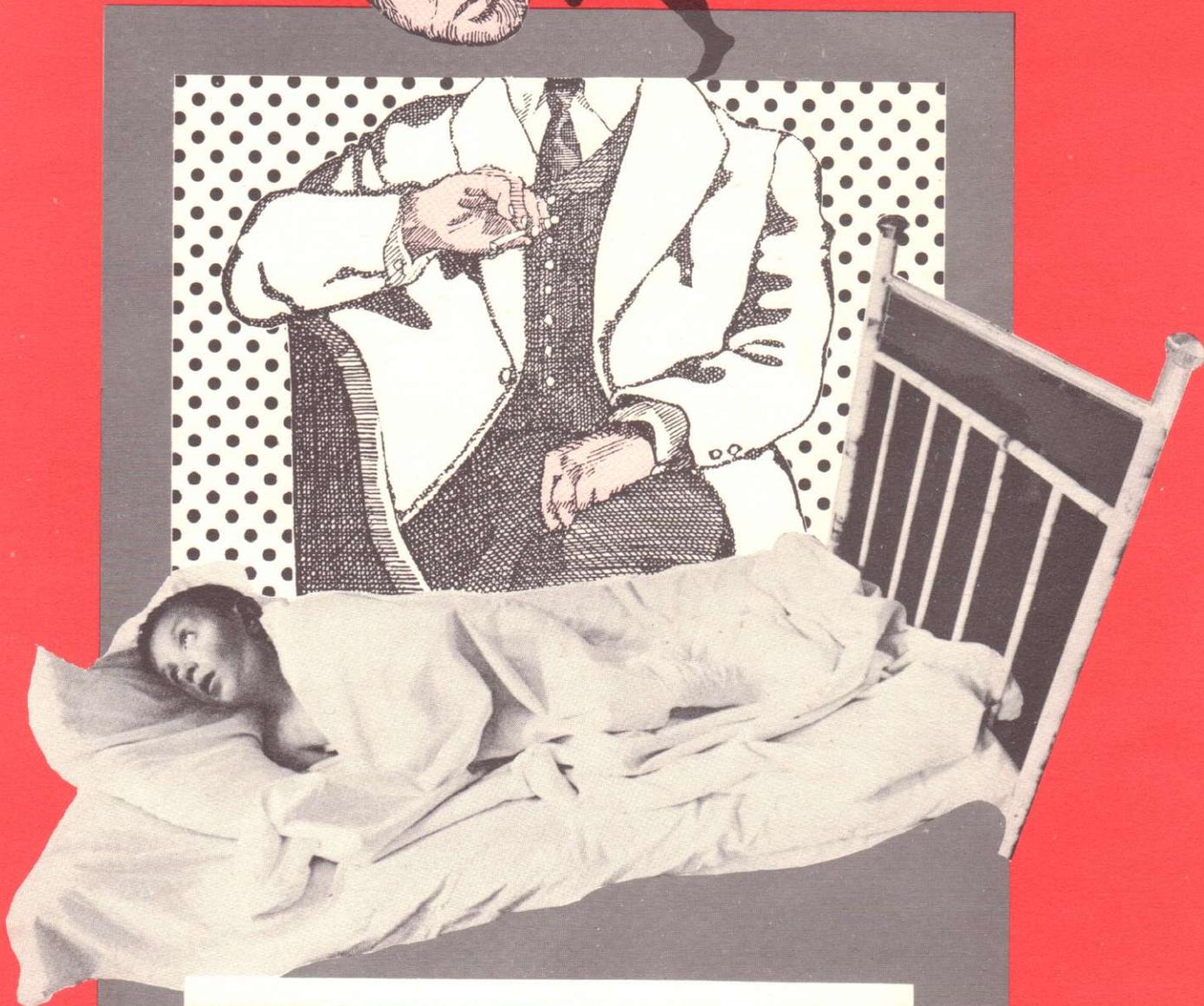


**Movimento  
di lotta  
per la salute**

**in questo numero:**  
i diritti del bambino  
in ospedale  
e un inserto in Braille  
per i non-vedenti



# Medicina 9 Democratica

Spedizione in abbonamento postale IV gruppo / inf. 70% febbraio 1978

# 9

**MEDICINA DEMOCRATICA**,  
movimento di lotta per la salute  
Bimestrale, n. 9, febbraio 1978  
Direttore responsabile: Fernando di Jeso  
Autorizzazione del Tribunale  
n° 23/19/1/1977  
Stampato dalla Coge,  
Pontese di Rozzano (Milano)  
Questo numero L. 1.000  
Abbonamento ordinario L. 5.000  
Sostenitore L. 10.000  
Recapito Postale:  
Casella Postale 814 - 20100 Milano  
Tel. 2361302  
Distribuzione: N.D.E.  
Via A. Vallecchi 20 - Firenze  
Tel. 055/577240

**Redazione nazionale**  
Andrea Alesini (Perugia), Paolo  
Bavazzano (Firenze), Carlo Bucci (Padova)  
Eduardo Giromini (Massa),  
Gruppo di Prevenzione ed Igiene  
ambientale del C.d.F. Montedison  
(Castellanza-Varese), Gianni Moriani  
(Venezia), Pierpaolo  
Polizzi (Napoli), Guido Valesini (Roma),  
Mario Girola (Varese),  
Dario Miedico (segretario  
nazionale), Fulvio Aurora (settore  
ospedali), Lalla Bodini (salute  
della donna), Giuseppe Deffenu (settore  
territorio), Fernando di Jeso  
(settore formazione dell'operatore  
sanitario); comitato di redazione: Fulvio  
Aurora, Lalla Bodini, Giuseppe  
Deffenu, Fernando di Jeso, Gabriella  
Fabbri, Graziella Falaguasta,  
G.P.A. di Rho, Dario Miedico.

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

## Avviso

Abbiamo ricevuto alcune richieste di  
abbonamento con indirizzi  
incompleti. Indichiamo qui sotto  
i nominativi o i riferimenti  
comprensibili, pregando gli  
interessati di fare pervenire a  
Milano, via Belvedere, 12 - Monzuno

## Avviso

Ci sono ritornati i seguenti abbonamenti:  
Renzo Caticchio - Via Cavour 3 -  
06100 Perugia - Maria Cerovac,  
Guello di Bellagio - 22030 Civenna  
(Como) - Patrizia Prosperiporta - Via  
del Calice sc. 6 int. 15 - 00145 Roma  
Pietro Roux - Via C. Treves -  
27100 Pavia - Walter Zanetti -  
Via S. Donato 75 - 40127 Bologna -  
Maurizio Coppo - Via delle Rose -  
35100 Padova - Carla Rigoni -  
Via A. da Murano 9 - 35100 Padova -  
Maria Pia Piegari - Coll. S. Francesco -  
56100 Pisa - Andrea Carneschi - Via  
Mattonaia c/o Floris - 50121 Firenze -  
Maria D'Andrea - V.le Umberto, 27 -  
20020 Lainate (Mi) - Angelo Pancheri -  
Via F. Hayez, 1 - 35100 Padova -  
Collettivo donne in lotta c/o Centro  
della donna - Via Castello 5776 -  
30122 Venezia  
Invitiamo gli interessati a farci  
pervenire gli indirizzi precisi.

Stampato dalla Coge,  
Pontese di Rozzano (MI)  
coi tipi della Linotipia Ferrante - Milano

## Elenco aggiornato delle realtà organizzate

- ALESSANDRIA**  
Elisa Pero - Casella Postale 1 - 15100  
Mario Parra - Via Chavanne 18 - 11100 - tel. 0166/41510  
Rodolfo Rossi - Via M. Perennio 69/8 - 52100  
Andrea Arduini - Via La Marca 52 - 60019 SENIGALLIA  
Vito Di Bello - Via Gabrieli 25 - 70125 - tel. 080/222463  
Enzo Simone - Via Foresta 2 - 82100  
Ferruccio Pizzigoni - Via Albani 8 - 24100 - tel. 035/231117  
Maurizio Miglioni - Via Mali Tabiani 2 - 24100  
Aurora Zedda - Ospedale Civile - 13051 (Vercelli)
- BIELLA**  
**BOLOGNA**  
Gruppo Donne Medico - c/o M. Pia Pacetti - Via Porrettana 30 - 40135  
Leo Fagioli - Ospedale Bellaria - Via Altura 3 - 40139 - tel. 051/461213 - 051/274005  
Gianni Testa - c/o Pdup - Via Cavour 11 - 12042 (Alessandria)  
Ferdinando Brandi - Trav. Vittorio Veneto 6 - 25100  
Cesare Greco - Via Cicerone 2/A - 72100  
Antonello Murgia - Via Lanusei 29 - 09100 - tel. 070/653707  
Antonio Gerini - Via Napoli 5 - 09013 (Cagliari) - tel. 0781/61487 - 0781/61401  
Eduardo Giromini - Via Milazzo 10 - 54033 FOSSOLA - tel. 0585/54260  
Luigi Mara - Via S. Giovanni 1 - 21053 (Varese)  
Centro di Medicina Preventiva del lavoro - Via Col di Lana 4 - 21053 (Varese) - tel. 0331/503057  
Fiorentino Troiano - Via V. Giuffrida 2 - 95128 - tel. 095/611028  
Mario Vallone - Via Muraro 5 - 89063 CATANZARO LIDO  
Edgardo Matassoni - Via della Conserva 117 - 47080 (Forlì)  
Alberto Maspero - Via Carducci 1 - 22066 MARIANO COMENSE  
Piero Piersante - Via Frugiuele 34 - 87100  
Rocco Pentimalli - Via degli Stadi 115/A - 87100  
Giorgio Ferrari - Via Lamo 5 - 26100 - tel. 0372/26123  
Pierantonio Benericetti - Via Oriani 20 - 48018 (Ravenna)  
Daniele Della Santa - Via Roma 159 - 61032 (Pesaro)  
Medicina Democratica - Via del prato 52 - 50123  
Gabriella e Beppe Banchi - Via Gordigiani 40 - 50127 - tel. 055/350507  
Paolo Bavazzano - Via R. Giuliani 1 - 50141 tel. 065/412229  
Andrea Alesini - C.so Cavour 84 - 06034 (Perugia)  
Benvenuto Occhialini - Via F.lli Rosselli 34 - 47100 - tel. 0543/30387  
Paola Oreste - Via Galata 25/12 - 16121 tel. 010/584192  
Maria Lalli - Via Matteotti 55 - 58100  
Viale - Via De Amicis 11 - 18100 - tel. 183/26886  
Antonello Melis - Regione Funtana Marzu - 0916 - tel. 0781/41388  
Luciano Onori - Via Navelli 14 - 67100 - tel. 0862/29487  
Maurizio Bertini - V.le Italia 74 - 19100  
Medicina Democratica - c/o Pdup - Via S. F. D'Assisi 67 - 04100 - tel. 0773/484762  
Giovanni Achille - Via Baracca 33 - 22053 (Como) - tel. 0341/369000  
Giulio Pecori - Via Matteotti 72 - 37045 (Verona)  
Vittorio Pagano - Via Passerini 4 - 20070 S. MARTINO IN STRADA (Milano)  
Medicina Democratica - sede provvisoria - Via Strepponi 12 - 20075 (Milano)  
Ernesto Sgarbi - Via Mazzini 32 - 46100  
L. Meneghelli - V.le Gorizia 24 - 46100 - tel. 0376/25103  
Augusto Puccetti - Via F.lli Grassi 10/A - 54100 - tel. 0585/45068  
Roberta Parisatti - C.so del Popolo 133 - 30172 - tel. 041/962093  
Gianni Moriani - Via Terraghetto 138 - 30174  
Aldo Sachero - Cons. prov.le Antitubercolare - V.le Zara - 20162 - tel. 02/6888251  
Angela Taragoni - Via Savani 60 - 41100  
Guglielmo Magro - Via S. Giuliano 14 - 97015 (Ragusa)  
Centro Sanitario Popolare - Quartiere Poggioreale - Via N. poggioreale 54 is. 19 - 80143  
Pierpaolo Polizzi - Via Zara 18bis/17 80143 - tel. 081/336220  
Giorgio Rabozzi - Via Arona 37/A - 28021 BORGOMANERO - tel. 0322/841330  
Alida Calvisi - c/o Monaco - C.so Umberto 33 - 07026  
Medicina Democratica - c/o Ireu - Via Roma 12 - 35100  
Carlo Bucci - Via Manin 30 - 35100 - tel. 049/655019  
Collettivo di intervento sulla salute - Via Toscanini 2 - 28048 (Novara)  
Fernando di Jeso - 2° chimica Biologica - V.le Taramelli 1 - 27100 - tel. 0382/21757  
Maurizio Mori - Ist. di Igiene - Casella Postale 324 - 06100 - tel. 075/21915  
Paolo Andreotti - Via Leopardi 10 - 61100 - tel. 0721/65886  
Mario Lizza - Via Firenze 44 - 65100 - tel. 085/21149  
Franco Marcomin - Via Settembrini 10 - 30175  
Ugo Esposito - Via Casaconte 20 - 80055 (Napoli)  
Antonio Faraone - Via S. Nicola 13 - 85055 PICERNO - tel. 0971/991144  
Ivo Cozzani - Ist. Chimica Biologica - Via Roma 55 - 56100 - tel. 050/500292  
Marco Armellini - Via Poggiosi 54 - 50047 MERCATALE DI VERNIO (Firenze)  
tel. 0574/57230
- RAVENNA**  
Laura Valentini - Via U. Bassi 2 - 48100 - tel. 0544/34208  
Coop. Libreria - Via Cavour 6 - 48100  
Luigi Angelini - V.le D'Aquilio - S. Rufina - 02100
- RIETI**  
**ROMA (\*)**  
Medicina Democratica - c/o Centro Documentazione Scuola  
Via del Pellegrino 1 - 00186 - tel. 06/6564068  
Graziana Delpierre - Via degli Ibernesi 9 - 00184 tel. 06/6786756  
Guido Valesini - Via A. Musa 11 - 00161 - tel. 06/8455687  
Sergio Tonelli - Via Monte Besolaro 6 - 42100  
Luigi Gasparini - Via Vegri 108 - 45036 FICAROLO  
Angelo Giovanazzi - Via Trieste 19 - 38068 (Trento)  
Antonello Ganau - Via Flumenargia 42 - 07100 - tel. 079/35383  
Anna Apicella - Via Crispi 23-12 - 17100  
Carlo Barlassina - Via Verdi 75 - 20099 - tel. 02/2426888  
Comitato Tecnico Scientifico Popolare - Via Rossini 21 - 20030 (Milano)  
Flavio Borgogni - V.le Mazzini 87 - 53100  
Fausto Mariotti - Via Fiume 4 - 53100 - tel. 0577/49365  
Ermanno Adorno - c/o Pdup - V.le L. Cadorna 87 - 96100 - tel. 0931/6582 - 0931/65712  
Gigi Passerini - Via Stelvio 19 - 23100  
Roberto Notari - Collestatte Piano 74 - 05030  
Roberto Cappello - Via Brigata Marzia 209/A - 31030 CARBONERA  
Daniela Kaisermann - Lungadige Apuleio 10 - 38100  
Betti Cescaati - Via G. Pedrotti 16 - 38100  
Gianfranco Orlando - c/o Medicina del Lavoro - Via Mulino a Vento 121 - 34100  
Lorenzo Polentarutti - Via Segnacco 22 - 33100  
Daniela Di Spirito - c/o Tassinario - Via Oddone 26 - 15048 (Alessandria)  
Andrea Pistono - Via delle Fabbriche - 13086 (Vercelli)  
Mario Girola - Via Vignora 16 - 21050 BESANO  
Mario Rossini - V.le Belforte 124 - 21100  
Menestrina - Ist. di Anatomia e Istologia Patologica - Ospedale Borgo Roma - 37100 -  
tel. 045/912600 - 045/414600  
Ferruccio Puccinelli - Via Frattì 77 - 55049 (Lucca) - tel. 0584/44589  
Alberto Bucci - P.za Dante 10 - 55049 (Lucca)  
Giovanni Peronato - Stradella Porta Lupia 8 - 36100
- VICENZA**  
Vincenzo Accattatis - P.za 24 Maggio 6 - 56100 PISA
- MAGISTRATURA**  
**DEMOCRATICA**  
Gianfranco Minguzzi - Via Galliera 3 - 40121 BOLOGNA
- PSICHIATRIA**  
**DEMOCRATICA**

(\*) sedi membri della redazione nazionale

## Non riforma sanitaria e contro-riforma sanitaria

*In apertura di questo numero 9 — che precede il numero dedicato al 2° Congresso nazionale — riportiamo ampi stralci della relazione tenuta dal compagno Dario Miedico della segreteria nazionale all'assemblea sulla contro-riforma sanitaria tenuta a Milano al Salone dei Congressi della Provincia, nonché l'analisi completa del disegno di legge presentata al Parlamento.*

*Questa iniziativa, come altre del genere, ci vedono impegnati in prima persona dato il silenzio dei grandi partiti operai su questa legge che condizionerà non solo il futuro della salute del paese ma addirittura pone precise premesse per una organizzazione complessiva della società più repressiva e medicalizzata, del nostro modo di vita e di lavoro. Per questo abbiamo ancora proposto a Psichiatria Democratica e a Magistratura Democratica di preparare con noi un grande congresso nazionale su questa legge per sviscerarne tutti gli aspetti.*

*Ogni realtà locale sulla base anche dell'analisi dettagliata di questa legge contenuta in questa relazione e del confronto delle proposte di legge dei vari partiti pubblicato sul N. 6 dovrà sollecitare dibattiti pubblici a livello locale, provinciale, regionale per consentire il più ampio confronto su questa legge di tutto il movimento.*

*In questa prima parte della rivista sulla « Riforma Sanitaria » abbiamo ritenuto importante inserire anche il contributo portato all'Assemblea tenuta a Pavia del compagno Deplato della Segreteria Nazionale di Psichiatria Democratica sul fermo di malattia (per motivi di spazio e per la maggiore completezza di questo contributo abbiamo tolto dall'analisi della Riforma quanto era scritto appunto sull'articolo).*

La Riforma Sanitaria è stata per lunghi anni un obiettivo qualificante di tutto il movimento di lotta per la salute e quindi, come momento organizzato di questo movimento, pur continuando nella pratica quotidiana la lotta per una reale riforma, non potevamo trascurare prima un'analisi comparata dei vari progetti di riforma presentati dai partiti in Parlamento e adesso l'analisi e il giudizio su questo disegno di legge di istituzione del servizio Sanitario Nazionale.

Non siamo un partito e non entreremo in un discorso di emendamenti che lasciamo ai partiti e che comunque riteniamo deviante per noi rispetto alla attuazione pratica e quotidiana di obiettivi che si realizzano e si realizzeranno soltanto con l'impegno e con la lotta anche nell'ipotesi di una

legge diversa e meno arretrata di quella presentata dal governo Andreotti.

Riteniamo comunque importante superare una semplice analisi anche dettagliata di questo progetto di legge ma raffrontarla nel modo più completo e preciso agli obiettivi di trasformazione dell'organizzazione sanitaria che il movimento ha perseguito e persegue con la lotta.

Non solo ma vorremmo anche che da questa analisi emergesse il perché questa legge è così oggi ed in che modo i suoi ritardi hanno lo scopo di peggiorarla ulteriormente.

Abbiamo già detto e lo ripetiamo che la crisi economico-politica ed istituzionale attuale nasce dalla dipendenza diretta e indiretta dall'imperialismo che ci vede come paese subalterno costretto a pagare un altissimo costo umano ambientale ed economico al capitalismo delle multinazionali. Questa crisi si aggrava per l'inadeguatezza storica del capitalismo italiano impegnato nella realizzazione di rendite parassitarie attraverso giganteschi finanziamenti pubblici oltre che in un selvaggio prelievo di plusvalore dalla forza lavoro.

Questa crisi si incancrenisce per la presenza al governo del paese da 30 anni di una classe dirigente democristiana che ha fatto sempre ed esclusivamente gli interessi del capitalismo più retrivo e parassitario.

La crisi attuale quindi tende a colpire la classe operaia italiana come quella più avanzata e politicamente matura. E tende a colpirla con un progressivo decadimento delle condizioni di vita e di lavoro che si traduce necessariamente in perdita di salute.

Contro questo tentativo la classe operaia e le masse popolari da anni lottano e l'obiettivo della tutela della salute si è dimostrato un obiettivo di unificazione della classe.

Non a caso già durante la lotta di liberazione dal nazifascismo il Comitato di Liberazione Nazionale affrontava il problema di dare un nuovo assetto sanitario al paese ed ancora alla fine degli anni '50 il sindacato di classe rilanciava col convegno all'Eliseo della CGIL la proposta e la lotta per la riforma sanitaria.

Da allora e soprattutto negli ultimi anni '60 le lotte per la salute e per un diverso assetto dell'organizzazione sanitaria hanno avuto un grossissimo sviluppo e la classe operaia nella sua lotta contro i fattori di rischio ha demistificato il legame fra salute e potere, la non neutralità della scienza ed in particolare della medicina e l'esigenza conseguente della non delega e della centralità della soggettività del gruppo omogeneo ecc.

Non solo ma contemporaneamente la classe operaia ha sollecitato e realizzato alleanze sul tema della salute con gli studenti nelle università, con i tecnici dei servizi, con le donne e con la popolazione più in generale nel territorio proponendo con tutte queste forze sociali degli obiettivi di riforma che si realizzavano e si realizzano anche oggi là dove il movimento di lotta si organizza, si allarga, fa sentire che sul tema della salute non è disposto a compromessi ed a cedimenti.

Le esperienze in questo senso sono moltissime ed i 9 numeri usciti fino ad oggi della rivista del mo-

vimento ne riportano soltanto una parte e non sempre la parte più avanzata.

Oggi dopo tanti anni, dopo tante lotte, la « Riforma Sanitaria » è nelle aule del Parlamento; vediamo quindi gli aspetti fondamentali in un confronto diretto con le posizioni del movimento. Da questo confronto emergono evidenti alcune conclusioni di fondo.

1 Questa legge non può essere chiamata riforma nel senso in cui noi intendiamo questa parola in quanto l'unica sostanziale innovazione è la soppressione delle mutue, momento certamente importante ma non tale da solo di qualificare una legge con implicazioni così vaste come quello dell'assetto sanitario del paese.

2 Contemporaneamente o addirittura in anticipo rispetto a questa non riforma si sta sviluppando ed in parte realizzando un disegno di chiara controriforma sanitaria teso a far sì che il nuovo assetto sanitario

- ribadisca e sviluppi la pubblicizzazione della spesa e non dei servizi e la privatizzazione degli utili e non dei costi

- rilanci il potere dei medici comprendone la completa complicità

Le implicazioni emergenti da questa analisi della non riforma, confrontata con le istanze poste dal movimento sono molteplici e non sintetizzabili ulteriormente in un spazio di tempo così breve. Per noi si tratta di rilanciare le lotte non tanto e non soltanto in positivo rispetto a questa non riforma.

L'esperienza quotidiana infatti ci insegna che è possibile realizzare già ora una reale e positiva trasformazione dell'organizzazione sanitaria là dove il movimento si batte realizzando l'unità e la ricomposizione della classe sul tema della salute. Il rischio reale è che queste conquiste restino isolate in territori ristretti. Nostro compito è combattere questo tentativo, di ghezzizzare le realtà più avanzate del movimento, con la più ampia socializzazione delle esperienze e favorendo in questo modo che queste vengano riprodotte in altre realtà.

Si tratta di far sì che la pratica di attuazione di una reale riforma sia vincente rispetto al tentativo di controriforma in cui sono impegnate le forze più retrive del paese.

## ANALISI DEL DISEGNO DI LEGGE « ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE » A CONFRONTO CON GLI OBIETTIVI DI MEDICINA DEMOCRATICA MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

### 1 Demedicalizzazione della salute e superamento di tutti i momenti di riappropriazione della delega da parte di tecnici e commissioni tecniche

Non esiste la possibilità di risolvere i problemi della salute con interventi esclusivamente « sanitari » e di competenza esclusiva di tecnici o commissioni tecniche. La perdita di salute è sempre causata da motivazioni politico-sociali che richiedono interventi socio-sanitari di competenza

esclusiva della collettività direttamente interessata.

*Disegno di legge di istituzione del servizio Sanitario Nazionale (SSN), Capo I°, principi e obiettivi, Art. 1, principi: « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale... ».*

In tutto questo articolo viene ribadita ben tre volte la definizione di servizio sanitario nazionale e si parla esplicitamente di « salute fisica e psichica » con un passo indietro anche rispetto all'organizzazione mondiale della sanità che parla di salute come di benessere fisico-psichico e sociale. Il Ministero della Sanità, che vede allargati i suoi poteri, si avvarrà di un Consiglio Sanitario Nazionale (art. 8), dell'Istituto Superiore della Sanità (art. 9). Il presidente del Consiglio controllerà invece l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del lavoro - ex-Enpi (art. 21). Un chiaro esempio di medicalizzazione della politica. *Art. 2° obiettivi* - Questo articolo nel progetto DC si chiamava « compiti ». Di fatto questo articolo può considerarsi una brutta copia della proposta del PCI con la quale vale la pena di confrontarlo direttamente, con l'indicazione del numero di parole dedicate alla spiegazione di ogni singolo punto.

Nel progetto governativo i punti 1-6-8 sono privi di qualunque indicazione; nel punto 7 si parla di « specificità delle misure terapeutiche » come se questo non riguardasse tutte le branche della medicina, ma col preciso scopo di preparare al fermo di malattia (art. 30); nel punto 4 si tende a limitare l'intervento a quello tradizionale di medicina scolastica, mentre almeno il PCI proponeva anche un intervento a livello familiare.

### 2 Partecipazione come azione collettiva voluta e operata da più agenti nel ruolo di soggetti e conseguente 3 Decentramento di tutti i momenti direzionali e di controllo sugli interventi per la salute

La legge all'art. 1 recita « Il S.S.N. si realizza garantendo la partecipazione dei cittadini ». La parola « partecipazione » nel progetto DC e quello PCI era alla quinta riga, oggi è già spostata alla undicesima. Allora si diceva « assicurando », oggi si dice « garantendo ». Questa partecipazione è negata poi nella legge in quanto non prevista (neppure per le organizzazioni sindacali) a livello centrale. Infatti nel Consiglio Sanitario Nazionale (art. 11) non sono previsti né sindacati, né comuni, né consorzi sanitari di zona. A livello regionale e locale le regioni e i comuni possono « udire le forze sociali ». Il problema della partecipazione viene così trasformato in un problema di « organizzazione territoriale » (art. 10) e di decentramento (relativo) degli interventi, mentre alle regioni resta il « coordinamento » dei servizi e allo Stato restano praticamente i poteri decisionali.

« L'USL è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei singoli comuni o associati, i quali in un ambito territoriale determinato (da chi?) realizzano le finalità del servizio sanitario nazionale ».

#### PROGETTO PCI (70 righe circa)

1 Sicurezza del lavoro	22 parole
2 Tutela matern. e infanzia	44 parole
3 Promoz. salute età evolutiva	43 parole
4 Tutela salute anziani	24 parole
5 Tutela salute mentale	75 parole
6 Superam. Arretrat. sanit. territor. e patolog. sottosviluppo	36 parole
7 Tutela della salute urbana	15 parole
8 Difesa dell'ambiente	15 parole

#### PROGETTO GOVERNATIVO (45 righe circa)

1 Superamento squilibri territoriali	7 parole
2 Sicurezza del lavoro	16 parole
3 Procreazione consapevole e tutela matern. e infanzia	24 parole
4 Promoz. salute età evolutiva	23 parole
5 Tutela sanit. attività sportiva	4 parole
6 Tutela salute anziani	10 parole
7 Tutela salute mentale	27 parole
8 Identific. e eliminazione cause inquinam.	7 parole

le di cui alla presente legge. L'USL può (?) essere articolata funzionalmente in distretti sanitari di base per l'erogazione dei servizi di 1° livello (?) e di pronto intervento (?) in favore di gruppi di popolazione di regola intorno ai 10.000 abitanti».

Art. 14: USL — E' formata da gruppi di popolazione fra 50.000 e 200.000 abitanti: l'ambito territoriale non è autodeterminato dalla popolazione ma definito dalla regione (art. 11). Il distretto può esistere ma solo per 1° livello e pronto intervento che non vengono definiti.

Art. 11: « le regioni devono favorire la più ampia partecipazione democratica »; ma secondo norme statutarie precostituite! Predispongono piani sanitari « sentiti »: 1) enti locali; 2) università; 3) forze sociali; 4) operatori sanitari; 5) sanità militare. Le forze sociali (al massimo si tratterà delle organizzazioni sindacali) saranno soffocate da baroni, ordini dei medici, medici militari. Questa è la partecipazione!

L'art. 14 elenca le quindici competenze affidate all'USL; un elenco di compiti lungo quanto privo di indicazioni. Si pensi che il punto c) dice « prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche » che a ben leggerlo comprende tutto (anche le malattie di origine sociale).

Tutto e niente diventano la stessa cosa perchè la legge dice « provvede » ma non aggiunge la parola *direttamente*, quindi è chiaro che questo tutto di competenze dell'unità sanitaria si tradurrà in grosse e ricche convenzioni con enti privati (specie per la riabilitazione), medici (vedi recente proposta di convenzione per l'assistenza generica e specialistica), baroni universitari, ecc.

Art. 15: (struttura e funzionamento dell'USL). Questo articolo delega la regolamentazione di tutto alle regioni per cui l'USL avrà un organo di gestione in cui « sia garantita la presenza delle minoranze » mentre i servizi avranno « assicurata la autonomia tecnico-funzionale » e disporranno di « organi di direzione tecnico-sanitaria ». L'USL vedrà istituiti i « servizi generali per la tutela della salute », Godrà di una certa « autonomia per singole funzioni »; avrà un « bilancio proprio »; avrà un « regolamento organico ed una pianta organica » sempre decisi dalla regione. Avrà l'organizzazione e la gestione dei suoi servizi. Vedrà infine il « riordino dei servizi veterinari ». Naturalmente questo articolo si chiude ribadendo l'esistenza sia di strutture proprie che convenzionate da « integrare funzionalmente ».

Art. 17: (presidii e servizi multizonali). Anche questi vengono decisi dalla regione. Ci saranno USL di serie A e altre di serie B e si può già prevedere come andranno di fatto le cose prendendo ad esempio la Regione Lombardia (a Castellanza dal 1970 esiste un Centro di medicina preventiva del lavoro e la Regione si è ben guardata di destinare a quel CSZ uno Smal al fine di dotare di strutture e personale questo centro, assegnandolo invece con chiara funzione antagonista a tutti i CSZ confinanti).

La partecipazione quindi è negata ed il decentramento è finalizzato ad una privatizzazione di servizi (convenzionati) sui quali si vorrebbe negare anche ogni controllo diretto della popolazione.

**4 Centralità della prevenzione vera e propria come eliminazione dei rischi di perdita della salute (in Fabbrica, a Scuola, nei Quartieri, ecc.)**

La prevenzione vera e la modificazione delle condizioni di vita e di lavoro che costituiscono un continuo attentato alla salute si realizza concretamente solo restituendo ai lavoratori, alle loro organizzazioni di classe, alle organizzazioni democratiche nel territorio e agli enti locali il diritto di prevenzione (tecnica ambientale, ecc.) collegando la prevenzione medica con le altre tecniche di prevenzione (tecnica, ambientale, ecc.) collegando

i cittadini e i lavoratori ai tecnici in uno sforzo comune.

Invece nella proposta di legge la parola prevenzione compare più volte ma sempre in modo astratto o addirittura a vanvera senza definirne mai il significato. Nel 1° articolo non compare del tutto. All'art. 2 (gli obiettivi) si parla di « prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di attività sociale e di lavoro » soltanto al 2° punto, dopo la « formazione di una moderna coscienza sanitaria... ». All'art. 3, sempre sulla prevenzione, si parla di MAC come « massimi inderogabili di accettabilità », anziché come minimi di sicurezza assoluta per la salute a cui tendere con le lotte dei lavoratori e non solo per legge, da stabilire con decreto del Presidente del Consiglio.

All'art. 19 (attività di prevenzione) si riduce il tutto: punto 1, all'applicazione delle leggi e decreti, punto 2, alla comunicazione dei dati accertati (senza dire da chi), punto 3, alla formulazione di prescrizioni dirette all'eliminazione dei fattori di rischio (senza indicare con che potere). Al punto 4 si riduce la prevenzione alla profilassi. Al punto 5 alla formulazione di pareri preventivi obbligatori (?) sui progetti edilizi industriali, ecc., senza dire ancora chi lo deve fare e con che potere.

L'ultimo comma suona addirittura come una beffa, con l'indicazione secondo cui « gli interventi di prevenzione all'interno dell'ambiente di lavoro vengono effettuati... con riferimento a quanto disposto dallo Statuto dei lavoratori ».

Quanto alle strutture ed agli strumenti con cui « attuare » la prevenzione, il progetto di legge è fin troppo chiaro.

L'Art. 20 (presidii multizonali di prevenzione) delega le regioni a:

- a) individuare le USL in cui istituire presidii e servizi multizonali di controllo e tutela dell'igiene ambientale e per la prevenzione di infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- b) definire caratteristiche e funzioni di questi servizi;
- c) coordinare con i servizi delle USL questi servizi multizonali.

A questo punto il Prefetto (?) stabilisce a chi di coloro che operano in questi servizi dare la qualifica di ufficiali di polizia giudiziaria ed esclusivamente per « le funzioni ispettive e di controllo da essi esercitate relativamente all'applicazione della legislazione sulla sicurezza nel lavoro ». Questo punto è evidentemente peggiorativo della situazione attuale, infatti oggi queste funzioni le ha l'Ispettorato del lavoro, ma anche l'ufficiale sanitario.

L'art. 21 sancisce la rinascita dell'ENPI, ente fatto fuori dai lavoratori. Per questo si istituisce l'« istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro », sotto la direzione ed il controllo dei lavoratori? del sindacato? No, del presidente del consiglio!

L'art. 22 ci informa che entro il 1978 si farà una « nuova legislazione in materia di igiene e sicurezza del lavoro ». L'art. 25 riguarda il libretto sanitario personale e di rischio. E' previsto che si cominci a darlo dai nuovi nati, quindi i primi lavoratori l'avranno fra 15 anni al più presto, mentre a tutti arriverà fra 60... Per finire in bellezza nello stesso articolo si stabilisce che il registro dei dati ambientali e biostatistici lo tiene l'azienda... E questa sarebbe la prevenzione come la intende il governo!!!

**5 Deospedalizzazione con decentramento anche dei servizi ospedalieri**

Se ne accenna all'art. 14 punto i): « L'USL provvede all'assistenza specialistica ambulatoriale domiciliare per le malattie fisiche, psichiche in forme che consentono anche la riduzione della ospedalizzazione ». Non si parla esplicitamente di ospeda-

li diurni nè di rotazione del personale medico e para-medico dentro e fuori l'ospedale.

Art. 16 (requisiti e struttura interna degli ospedali); si limita a ribadire la legge 132, la legge 148, la legge 313 con riferimento all'istituzione dei dipartimenti. Questo articolo non solo non decentra esplicitamente gli ospedali e loro strutture, ma addirittura non decentra neppure i medici tirocinanti per i quali resta in vigore la legge 132 del 12/2/1968.

## 6 Pubblicizzazione di tutte le strutture sanitarie

Di pubblicizzazione delle strutture sanitarie non si parla in alcun punto del testo, ma anzi, all'art. 9 (Istituto Superiore della Sanità) « possono essere chiamati a collaborare istituti privati di riconosciuto valore scientifico ». Sono previste e addirittura sollecitate convenzioni con strutture private in quanto l'USL non è esplicitamente obbligata a dotarsi di propri servizi neppure a livello di base, ad esempio servizi riabilitativi.

Ancora all'art. 23 (prestazioni e cure) si ribadisce che « le prestazioni curative... sono prestate dal personale dell'USL o del distretto e dai medici convenzionati; l'assistenza medica-specialistica è prestata presso gli ambulatori dell'USL o presso gli ambulatori convenzionati; l'assistenza ospedaliera è prestata attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati ». Inoltre, l'art. 41 regola appunto il personale a rapporto convenzionato. All'art. 26 (assistenza farmaceutica) si ribadisce che « sussisteranno le farmacie private convenzionate ».

L'art. 35 (convenzioni con istituzioni sanitarie che erogano assistenza pubblica) sancisce che « *Nulla è innovato* alle disposizioni vigenti per quanto concerne il regime giuridico-amministrativo degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera ». Lo stesso vale (art. 36) per « istituti a carattere scientifico » e (art. 37) per « istituzioni sanitarie private ». « La legge regionale stabilisce norme per le eventuali convenzioni fra le USL e le istituzioni sanitarie private di cui al comma precedente ».

Infine, l'art. 38 (associazione di volontariato): « I rapporti fra le USL e le associazioni di volontariato ai fini del loro concorso alle attività sanitarie pubbliche sono regolate da apposite convenzioni nell'ambito della programmazione e della legislazione sanitaria regionale ».

## 7 Deistituzionalizzazione dei minori, invalidi, anziani, handicappati

Di handicappati ed invalidi fisici si parla in termini generali all'art. 2 (gli obiettivi). Punto 4 « riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica ». Il punto viene ripreso all'art. 14 (USL), comma 11°: « L'USL provvede alla riabilitazione ». Come già fatto notare in precedenza non è specificato che l'USL vi debba provvedere direttamente, ma anzi all'art. 24 si dice esplicitamente: « Quando l'USL non sia in grado di fornire il servizio direttamente vi provvede mediante convenzione con istituti aventi i requisiti indicati dalla legge ».

## 8 Chiusura degli ospedali psichiatrici e tutela della salute mentale

Vedere sul tema l'intervento specifico del compagno De Plato di Psichiatria Democratica.

A fronte di queste formulazioni di principio, poi, l'intervento è di tipo poliziesco.

L'art. 30 (norme per il trattamento sanitario obbligatorio), *fermo di malattia* infatti recita: « Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori possono essere disposti dall'autorità sanitaria secondo l'art. 32 della Costituzione nel rispetto della libertà e della dignità della persona e nel rispetto

dei diritti civili e politici prescritti dalla Costituzione ». A parte la citazione della Costituzione quando già è stato affermato che questo articolo è anticostituzionale, la gravità di questo articolo è evidente a chiunque specie se si considera la possibilità di trattamenti sanitari obbligatori non solo in ospedale ma anche a livello domiciliare, il che significherebbe la presenza o almeno i controlli domiciliari della polizia e dei carabinieri e la conseguente criminalizzazione di chi non accettasse questo obbligo con l'invio in supermanicomi criminali di cui non solo non è prevista la scomparsa, ma anzi è in discussione in Senato la ristrutturazione e non la soppressione.

Si tratta quindi di vedere fino in fondo come questo articolo tenda alla manicomializzazione della famiglia e, nel caso in cui questa non regga, alla più pesante criminalizzazione del malato, deviante, disadattato, ecc. Per nascondere la gravità di questa legge, poi, le parole si sprecano. Infatti « l'USL deve ridurre il ricorso a trattamenti sanitari obbligatori tramite la prevenzione e l'educazione sanitaria ». « Il trattamento sanitario obbligatorio deve essere disposto dall'autorità sanitaria su proposta *motivata* di un medico dell'USL, a seguito di alterazioni gravi che giustifichino il provvedimento per l'impossibilità di adottare misure sanitarie alternative ». Si dichiara il diritto per l'infermo di comunicare con chi vuole durante il trattamento. Si afferma che il provvedimento deve essere comunicato al giudice tutelare, mentre si concede all'infermo il diritto di presentare ricorso. Infine si concede al giudice tutelare di sospendere il trattamento. Se questo non è motivato!

Il ricovero obbligatorio per malattia mentale è quindi previsto che avvenga negli « ospedali generali all'interno di strutture dipartimentali che garantiscano la continuità terapeutica con lo stesso personale che opera nei servizi territoriali ».

E ancora si dice: « E' fatto divieto di costruire nuovi ospedali psichiatrici, nè si utilizzeranno quelli esistenti, nè le divisioni psichiatriche negli ospedali generali ». Ma nelle norme transitorie (art. 54) si « disciplina il *graduale* superamento degli attuali ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici e la diversa utilizzazione correlativamente al loro rendersi disponibili delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento ». Il che equivale a chissà quando.

Non è secondario rilevare che questa legge è gravemente peggiorativa della stessa legge del 1904. Si pensi solo che in quella erano previsti tre certificati medici che dovevano accertare la pericolosità a sé o agli altri o l'esistenza di una situazione di « pubblico scandalo » per la collettività ed era il giudice a decidere il ricovero coatto. Oggi è il medico con sindaco e quando il ricovero fosse impossibile per difficoltà tecniche esiste subito una struttura adeguata. Si criminalizza il malato di mente e lo si manda nel supermanicomio criminale. E' la logica della riforma carceraria per cui alle lotte si risponde con carceri più umane ma con supercarceri del tutto inumane.

## 9 Gratuità di tutti i servizi compresi i farmaci

Non è prevista. Anzi su questo punto si sta tentando di far passare già da ora il « ticket » sui farmaci (già in discussione al Senato) e vi è una proposta governativa di mettere un ticket su visita ambulatoriale, visita domiciliare, giornata di ricovero ospedaliero.

## 10 Controllo popolare sulla sperimentazione clinica con coinvolgimento dei soggetti ad essa sottoposti per motivi terapeutici definiti.

Corretta informazione sui farmaci e conseguente eliminazione di tutti i farmaci dannosi e inutili

All'art. 3 sono demandate allo Stato le leggi su « ricerca e sperimentazione clinica e sperimentazione sugli animali » (può essere considerato un punto positivo se servirà a bloccare leggi regionali criminali come quella della Regione Lombardia; certo sarà più difficile bloccare leggi altrettanto criminali o peggio a livello nazionale).

All'art. 6 (competenze dello Stato) si dice: « Sono di competenza dello Stato le funzioni amministrative concernenti... 3°) la produzione, la registrazione, la ricerca, la sperimentazione, il commercio e la pubblicità dei prodotti chimici usati in medicina, di preparati farmaceutici, di preparati galenici, ecc. ».

All'art. 28 (pubblicità e informazione scientifica sui farmaci) si dice: « L'informazione scientifica sui farmaci è compito del S.S.N. » ma per chi non avesse capito che tutto resterà come prima, all'ultimo comma dello stesso articolo si specifica « l'informazione scientifica sui farmaci può essere svolta anche da imprese titolari delle autorizzazioni alla immissione in commercio dei medicinali, previa autorizzazione e sotto il controllo del Ministero della Sanità »!

All'art. 26 (assistenza farmaceutica) si prevede l'esistenza di un prontuario terapeutico nazionale che dovrà essere approvato dal Ministero della Sanità secondo quanto scritto all'art. 27 (disciplina dei farmaci), su proposta di un comitato composto da: Ministero della sanità, direttore generale del servizio farmaceutico del Ministero della sanità, direttore dell'Istituto superiore della sanità, direttore del laboratorio di farmacologia e direttore del laboratorio di chimica del farmaco dell'Istituto superiore della sanità, sette esperti scelti fra baroni universitari, medici e farmacologi, anche liberi professionisti, un rappresentante del Ministero dell'Industria, Commercio e Artigianato, due esperti di economia sanitaria scelti dal Ministro della sanità, tre esperti designati dalle regioni ma scelti dal Presidente del consiglio! Questo comitato è rinnovato ogni tre anni. La sua composizione non merita commenti. « Il prontuario farmaceutico deve uniformarsi ai principi della efficacia terapeutica, della economicità del prodotto, semplicità e chiarezza nella classificazione. Dal prontuario sono esclusi i prodotti da banco ». Ogni anno il prontuario dovrà essere aggiornato e per concludere « fino all'approvazione del prontuario terapeutico del S.S.N. resta in vigore il prontuario di cui all'art. 9 della 19/8/1974 n. 386 ». Il che significa che restano in commercio centinaia di farmaci di provata pericolosità e migliaia di farmaci del tutto inutili.

Sempre all'art. 27 e naturalmente al suo inizio si parla invece di « funzione sociale del farmaco » e di prevalente finalità pubblica della produzione mentre il movimento da anni si batte per la

#### 11 Pubblicizzazione della produzione dei farmaci

Questa non solo non è assolutamente prevista, ma non si fa neppure accenno alla richiesta sindacale della costituzione di una azienda statale per la produzione di farmaci essenziali per i quali si continuerà quindi ad essere dipendenti dalle multinazionali straniere che col ricatto del blocco delle forniture di questi farmaci potranno continuare a determinare a proprio piacimento i prezzi dei loro prodotti.

#### 12 Chiusura degli ospedali militari e dei centri clinici delle carceri

Nel disegno di legge di istituzione del S.S.N. non è previsto il trasferimento alle USL degli ospedali militari e delle altre strutture sanitarie attualmente adibite alle Forze Armate, nè le competenze riguardanti la prevenzione dei rischi di perdita della salute, la terapia, la riabilitazione dei soldati ecc., sono trasferite ai servizi delle USL.

E' prevista invece la consultazione per la predisposizione dei piani sanitari regionali « degli organi della sanità militare territorialmente competenti » (art. 11).

Nel consiglio sanitario nazionale (art. 8) è prevista la presenza di un rappresentante del Ministero della difesa.

Delle carceri non si parla in tutto il progetto di legge, con l'aggravante che non si prevede neppure la soppressione dei manicomi criminali.

#### 13 Educazione ed informazione sanitaria per tutta la popolazione

L'art. 2 (gli obiettivi) prevede al 1° punto « la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione del cittadino e delle comunità » (questa formulazione era identica nelle proposte DC, PCI, PSI).

Ancora all'art. 14 (U.S.L.) l'educazione sanitaria è al primo posto fra i compiti delle USL.

A parte queste indicazioni di principio, nient'altro.

#### 14 Formazione dei medici e dei paramedici nel territorio sotto il controllo delle USL

Su questo punto l'unica proposta di legge ampia e articolata era quella di DP, all'art. 20 (formazione dei medici e degli operatori socio-sanitari). Nel progetto governativo attuale si rinvia tutto ad una indefinita « riforma dell'università e della facoltà di medicina ».

All'art. 34 (cliniche universitarie e relative convenzioni) ci si limita appunto a trattare l'aspetto convenzioni. Le funzioni didattiche complementari a quella universitaria potranno essere svolte soltanto in strutture a direzione universitaria e a direzione ospedaliera. *Non potranno essere svolte sul territorio.* Per concludere, le « convenzioni fra università e regioni sono stipulate sulla base di schemi-tipo approvati di concerto fra i ministri della Pubblica Istruzione e della Sanità, sentite le regioni, il C.S.N. e la prima sezione del Consiglio superiore della Pubblica Istruzione ».

#### 15 Tempo pieno ed esclusivo per tutto il personale sanitario

E' esplicitamente negato all'art. 40 (personale dipendente), 4° punto, in cui si garantisce « il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici delle USL, degli istituti universitari e dei policlinici convenzionati e degli istituti scientifici di ricovero e cura. Con legge regionale sono stabiliti le modalità e i limiti dell'esercizio di tale attività ».

#### 16 Contratto unico nazionale

Sempre all'art. 40 (personale dipendente) « il governo è delegato ad emanare entro il 31/12/1978 uno o più decreti per disciplinare lo stato giuridico del personale delle USL. Il governo emanerà le norme delegate di cui al presente articolo sentita una commissione parlamentare di dieci deputati e di dieci senatori... Il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del rapporto di impiego di tutto il personale sono disciplinati mediante accordo nazionale unico di durata triennale stipulato tra il governo, le regioni e l'associazione nazionale dei Comuni italiani e le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale ».

Detto questo per il personale dipendente (praticamente solo personale paramedico), all'art. 41 (personale a rapporto convenzionato) si determina l'uniformità del trattamento economico normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale (praticamente solo medici) definendo « rapporto ottimale medico-assistibili, elenchi unici per medici generici, pediatri, specialisti, accesso alla convenzione, disciplina delle incompatibi-

lità, massimale degli assistiti per medico, massimale delle ore, massimale delle ore per specialisti e generici, regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in rapporto al numero degli assistiti o delle ore, divieto dell'esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati, attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione». Tutto questo era già previsto nelle convenzioni precedenti, ma non essendo previsti organismi di controllo popolare oggi come domani la situazione dell'assistenza sanitaria continuerà ad essere caratterizzata da un pessimo servizio finalizzato all'intervento privato del medico rimasto libero professionista.

Non a caso la nuova proposta di convenzione medici-S.S.N. raddoppia la cifra precedentemente convenuta e non prevede neppure la raccolta ad opera dei medici stessi di dati biostatistici-epidemiologici quali: numero delle uscite domiciliari, ambulatoriali, dei ricoveri ospedalieri, indicazioni diagnostiche e terapeutiche, ecc. al fine di fornire alla collettività una indicazione quantitativa e qualitativa degli interventi effettuati da ogni medico.

## 17 Superamento dell'ordine dei medici

Non è previsto, anzi (art. 41: personale a rapporto convenzionale) « le federazioni degli ordini nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche ». *L'Ordine dei Medici diventa quindi insieme polizia e magistratura per i medici.* Infatti, gli ordini dei medici sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti (nelle convenzioni è naturalmente prevista l'obbligatorietà dell'iscrizione all'ordine) che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

## 18 Scioglimento dell'ENPI e dell'Ispettorato del Lavoro e decentramento dei rispettivi servizi

Infatti i dati sugli infortuni documentano a sufficienza l'inefficienza di questi servizi (4.000 morti sul lavoro e oltre un milione e mezzo di infortuni e malattie professionali l'anno). Inoltre soltanto collegando i lavoratori, i cittadini ai tecnici sarà possibile un reale intervento di prevenzione su un ambiente di vita e di lavoro che oggi costituisce un costante attentato alla salute.

Art. 21 (delega per la istituzione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza nel lavoro). In pratica morto un Enpi se ne fa un altro; infatti « gli sono affidati compiti di ricerca e di studio, di sperimentazione e di elaborazione di tecniche prevenzionali ».

Soltanto per il personale di questo ente nazionale è previsto che « il personale dell'istituto ha facoltà di accedere nei luoghi di lavoro ».

« L'istituto (è detto esplicitamente quasi per maggioranza concessione) collabora con le unità sanitarie locali e con le regioni »; inoltre « organizza la propria attività secondo criteri di programmazione e i suoi programmi sono approvati dal presidente del consiglio (di USL non si parla più e neppure di regioni).

« Possono essere chiamati a collaborare all'attuazione dei suddetti programmi istituti privati di riconosciuto valore scientifico ».

Per concludere « l'istituto collabora alla formazione e all'aggiornamento degli operatori dei servizi di prevenzione delle USL ».

## Contro la medicalizzazione della Psichiatria

Il progetto di legge di riforma sanitaria mette fine alla estraneità, nella sua forma di istituzione « speciale », della psichiatria nei confronti della medicina.

Poteva essere un degno approdo a livello legislativo di anni di impegno e di lotta degli operatori democratici per una psichiatria alternativa al sistema manicomiale, e del movimento per la difesa e la conquista della salute, se questo progetto di legge fosse stato impostato come reale avvio di una radicale riforma di struttura. Anche assumendo il metro di valutazione proposto dal P.C.I. (« la riforma sanitaria come contributo ad un più elevato livello della società ») non si può che esprimere una severa critica a quegli aspetti di continuità di questa riforma con il modello mutualistico (controllo - cura - ricovero ospedaliero) e mercantile (libera professione, case di cura private, industria farmaceutica...), assi della marciscente politica trentennale della D.C., e un altrettanto coerente rifiuto dei tentativi di proporre la medicina come scienza « separata », rispondente più alle regole del potere istituzionale che ai bisogni antichi ed a quelli emergenti delle masse popolari. Ci riferiamo in specifico al fatto che il superamento delle istituzioni manicomiali, previsto dalla riforma, non avviene sulla base di una reale acquisizione delle esperienze più avanzate e dei dati culturali già generalizzati sul superamento della obbligatorietà di ricovero e di cura, per un uso della psichiatria come servizio di territorio tendente ad un modello organizzativo non istituzionalizzante (la gestione sociale della follia) e ad un modello operativo non passivizzante (le tecniche della liberazione). Tale previsto superamento viene visto invece come cooptazione della psichiatria nella organizzazione ospedaliera per i « casi acuti » già resisi disponibili all'intervento sanitario, e nella organizzazione giudiziaria (attraverso i manicomi giudiziari) per i « casi » che rifiutano ogni intervento di normalizzazione. Il progetto di legge di riforma prevede dunque, per la follia, un nuovo spazio che va dalla corsia dell'ospedale civile alla cella del manicomio giudiziario, e cioè più ampio e meno etichettabile per chi è consenziente, più segregante e distruttivo per chi già ha consumato ogni fiducia nel rapporto interpersonale, compreso quello con il medico e l'infermiere.

E' tra questi due poli istituzionali che viene a situarsi la prevista cura obbligatoria a domicilio: questa invenzione della riforma mette allo scoperto il tentativo di istituzionalizzare ulteriormente, anche attraverso il sistema sanitario, le strutture di base dell'organizzazione sociale, legandole all'ordinamento di uno Stato che tenta di periferizzare la sua autorità, immettendo sistemi di controllo e di autocontrollo nelle cellule organizzate della vita quotidiana (la famiglia reparto, il parente infermiere-custode).

La cura obbligatoria anche a domicilio per i malati di mente, prevista dal famigerato art. 30, non è dunque un neo della riforma ma l'esplicitazione più stridente della logica che percorre l'intero progetto, quella cioè di qualificare l'intervento sanitario in una funzione più di controllo che di prevenzione-cura, più istituzionale che sanitario-sociale.

Il servizio d'igiene mentale nella ULS assume dunque la sua connotazione tra questi obblighi istituzionali. Va sottolineato però che il manicomio giudiziario è in via di ristrutturazione e potenziamento (esiste già un progetto di legge al Senato che si muove in questa direzione e di cui nessuno parla) e nel contempo l'Ospedale civile è in via di estensione e di valorizzazione delle sue funzioni di centro della cura.

Il progetto di riforma, non prevedendo alcuna modificazione reale di quest'ultima struttura sanitaria, più iatrogena che curativa, propone di fatto l'Ospedale come cardine della organizzazione sanitaria nel territorio.

Quale potrà essere dunque la trasformazione della

# riforma sanitaria

psichiatria nel suo rapporto con la medicina e con l'istituzione ospedaliera? Occorre subito prendere atto che il movimento democratico (anche Psichiatria Democratica) arriva a questo confronto con una elaborazione inadeguata e con un'iniziativa politica insufficiente.

Questi limiti del movimento di lotta per la salute lasciano alle baronie mediche ed ospedaliere terreno ed occasione per un recupero di credibilità scientifica e di rivitalizzazione del proprio sapere-potere tecnico. La tendenza a chiudere la psichiatria nella logica medico-chirurgica è già esplicita sul piano teorico e scientifico.

D'altro lato la psichiatria ufficiale, desiderosa di ritrovare una nuova copertura scientifica, tenta in questo abbraccio con la medicina istituzionale, di riproporre modelli scientifici (diagnosi etiologica-terapia mirata) propri di una meccanica concezione del rapporto uomo-natura (il modello della malattia infettiva). Lo sviluppo delle conoscenze scientifiche e la crescita di un movimento di lotta per la salute, hanno definitivamente svelato che tale modalità di intervento risulta inefficace nella comprensione e controllo del persistere delle stesse malattie infettive (colera, epatite virale, tifo, pidocchi...) e assolutamente inapplicabile rispetto alla nocività creata da questa organizzazione dello studio, del lavoro e del vivere, che sono i concetti operativi di prevenzione e gestione sociale permettono di conoscere e di trasformare.

Il modello biologico e tecnicistico rappresenta dunque il terreno arretrato su cui la psichiatria e la medicina ufficiale tentano un reciproco rafforzamento. Si ritorna a parlare, con l'arroganza di chi sa dimenticare la denuncia di teorie e pratiche mostruose, di ragioni biologiche della «rottura» del normale comportamento umano. La logica istituzionale che fissa il luogo scientifico di cura della follia nell'Ospedale Civile, impone di intendere la «malattia mentale» nel senso di una «pura» alterazione fisico-chimica. Non meraviglia, dunque, il riprendere fiato di teorie quali la schizofisiologia o quella dei «tre cervelli», già opportunamente propagandata dai mass-media, per giustificare l'oggettiva necessità di controllare la follia secondo le tecniche dell'impianto organicistico. Questo obsoleto e tragicomico assunto «culturale» trova elementi di appoggio, nella più perversa logica del profitto, da parte dell'industria farmaceutica, non disposta a ridurre gli enormi margini di speculazione a cui da tempo è avvezza (nel settore della psicofarmacologia in particolare).

La camicia di forza chimica sarà la risposta medica più raffinata rispetto alla segregazione manicomiale ma inesorabilmente più distruttiva, più indolore, più silenziosa della rozza contenzione fisica.

L'Ospedale Civile viene così a confermare che la «cura» è normalizzazione e che la «norma» è definibile all'interno del modello istituzionale (dal manicomio all'Ospedale Civile) come adeguamento alla sua funzionalità.

Là dove sostanze chimiche, enzimi ed ormoni non riusciranno a piegare alla norma la follia, ci si potrà sempre appellare ad anomalie di ipotetici fasci di comunicazione fra centri della ragione e centri delle pulsioni. La chirurgia ritorna, così, a riproporre i suoi interventi, la cui menomazione si cerca, con sfrontato cinismo, di far passare, ancora una volta, come una dignitosa riabilitazione. Alla violenza della lobotomia o leucotomia, si sostituisce, non senza minore disumanità, la più raffinata tecnica stereotassica (dal bisturi agli elettrodi). La scienza della distruzione, nonostante le accuse e le denunce, continua a perfezionare i suoi strumenti, e anche in medicina e chirurgia la perfezione tecnica sembra un modo per continuare a ignorare e violare la condizione

del paziente, e cioè la reale e composita natura del sintomo come la vera e complessiva domanda di salute. Per queste ragioni l'iniziativa di lotta contro la medicalizzazione della psichiatria deve essere immediata e decisa, per riuscire a strappare sostanziali modifiche in questo progetto di legge, che, oltre all'abolizione della cura obbligatoria per i malati di mente e dei manicomi giudiziari, imponga anche una riforma della struttura e delle funzioni degli ospedali civili, una centralità e una qualificazione su base preventiva dei servizi di territorio, e la gestione sociale di ogni struttura prevista dalla riforma sanitaria. Al di là della lotta per una riforma più avanzata, occorre, e da subito, recuperare una presenza critica a livello culturale e scientifico per una alternativa contro il riemergere dell'unilateralità del biologico, dell'assolutismo dell'organico e dell'insostituibilità del farmaco. In psichiatria bisogna generalizzare l'acquisizione che è possibile il superamento della logica stessa delle istituzioni manicomiali, senza cadere nella non meno pericolosa regolamentazione dell'ospedale civile, perché le esperienze dei Servizi di Igiene Mentale e degli operatori più impegnati in una lotta per una psichiatria alternativa, sono già in grado di esprimere proposte concrete e prospettive credibili contro la manicomializzazione e la medicalizzazione della psichiatria. E' proprio dalle esperienze preventive, portate avanti da non pochi servizi territoriali, e dalle nuove modalità di lavoro in rapporto con la realtà socio-ambientale, che fanno della follia un momento di verifica e di trasformazione della qualità della vita, che deve partire anche una logica nuova in grado di sconvolgere e riqualificare la organizzazione stessa degli Ospedali Civili, per renderli funzionali alla domanda, non più individuale ma collettiva di benessere e di salute, così duramente aggredite dalla recessione economica e dalla degradazione sociale in atto.

G. De Plato  
A. Bussolari  
di Psichiatria Democratica



## Le carceri speciali

### I fatti « storici »

Il luglio 1977 è il mese cruciale della controriforma carceraria. Viene approvata la legge n. 450 (20.7.77), che praticamente restringe la possibilità di concedere permessi ai detenuti fino a quasi abolirli.

Nello stesso tempo viene messo in atto il progetto delle carceri di massima sicurezza. La origine normativa del carcere speciale si trova nel decreto interministeriale 4.5.77 (pubblicato il 12.5.77) firmato da Bonifacio (Grazia e Giustizia), Lattanzio (Difesa) e Cossiga (Interni). Con questo decreto si dispone che: « Fino a quando non sarà disponibile un adeguato numero di istituti penitenziari rispondenti ai requisiti stabiliti dalla legge n. 354 del '75 (la legge della Riforma Penitenziaria) e comunque fino al 31 dicembre 1980, al coordinamento del servizio di sicurezza esterna degli istituti penitenziari, indicati con provvedimenti del ministro per la grazia e giustizia, di concerto con i ministri dell'interno e per la difesa, è preposto un ufficiale generale dei carabinieri nominato con decreto del ministro della difesa ».

Il generale così nominato (sarà il generale Della Chiesa) può proporre ai tre ministri le necessarie disposizioni per assicurare l'espletamento del servizio, può visitare tutti gli istituti penitenziari, è informato da tutti i direttori, i quali sono tenuti a darne comunicazione, delle disposizioni adottate per il mantenimento della sicurezza, dell'ordine e della disciplina all'interno degli istituti e, sulla base di tali comunicazioni, rivolge al ministro per la grazia e giustizia proposte e richieste dirette ad assicurare l'adozione di misure che garantiscono la sicurezza degli istituti.

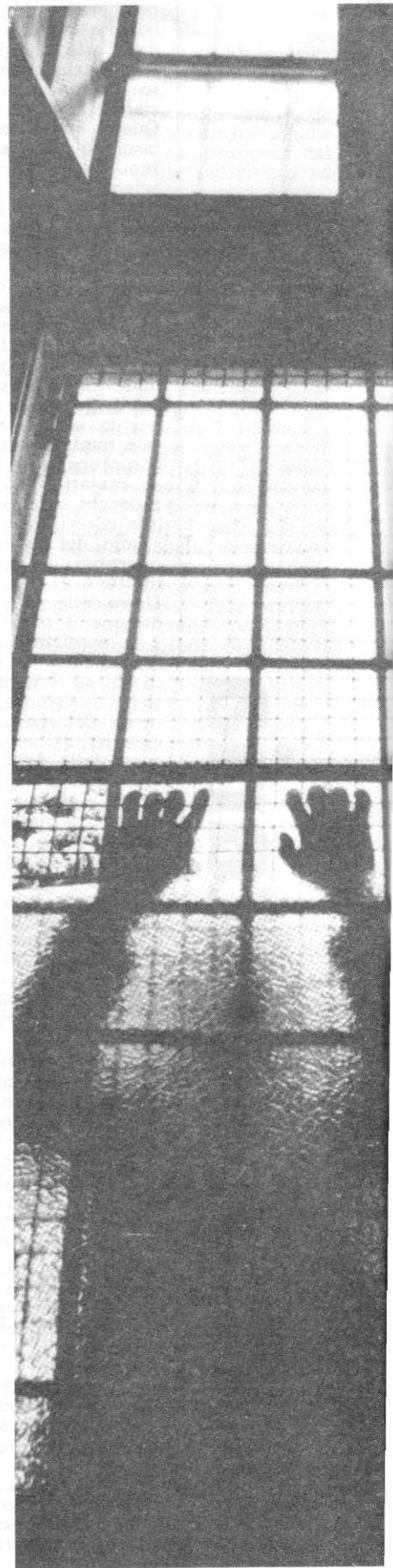
A metà luglio sono indicati i primi cinque carceri speciali: Asinara, Trani, Favignana, Fossombrone e Cuneo.

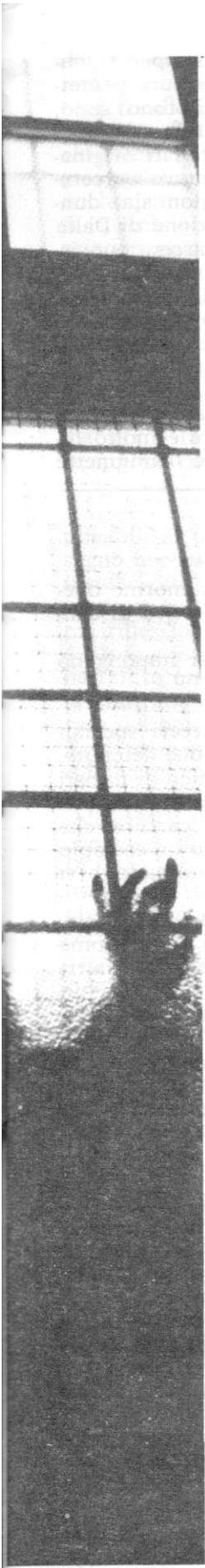
Entro la fine anno se ne aggiungeranno altri cinque: Termini Imerese, Novara, Nuoro, Pianosa e Messina (femminile). Nel frattempo in tutte le altre carceri vengono approntati « reparti speciali », per ospitare i « detenuti speciali » in transito. Pare che lo spiritoso generale Della Chiesa chiami tutto questo sistema: « il circuito dei camosci ».

A metà luglio con una operazione lampo che si serve ampiamente dell'aereotrasporto, un migliaio di detenuti viene trasferito nelle carceri speciali. Entro l'anno se ne aggiungeranno circa altri 500.

Con quale criterio vengono scelti (ad assoluta discrezione del ministero di grazia e giustizia) i « detenuti speciali »? Fonte ministeriale citata dal Corriere della Sera del 23.7.77 precisa che si tratta « non solo di delinquenti comuni e politici più pericolosi, ma anche di coloro che nelle prigioni hanno svolto o svolgono opera sobillatrice e si siano resi colpevoli di sequestri di guardie carcerarie ».

In realtà tutti i visitatori delle carceri speciali hanno potuto constatare che vi sono reclusi anche molti detenuti del tutto « normali », addirittura con pochi mesi di pena da scontare per reati minori. La ragione di questo fatto può essere trovata nella mancanza (al momento) di un numero sufficiente di « detenuti speciali » e nella necessità per il ge-





nerale Della Chiesa di realizzare ugualmente un esperimento completo di deportazione-lampo in massa.

All'intero « circuito dei camosci » viene preposto un particolare ufficio del Ministero di Grazia e Giustizia, (l'ufficio XII della Direzione Generale per gli Istituti di prevenzione e pena, diretto dal dott. Pasquale Buondonno), istituito con D.M. 15.6.77 (G.U. 4.7.77), detto Ufficio per il coordinamento degli interventi operativi per la sicurezza degli istituti penitenziari che ha per scopo: « rapporti con l'ufficiale generale dei carabinieri, coordinatore dei servizi di sicurezza esterna; proposte per l'attuazione dei servizi di sicurezza interna ».

### Le caratteristiche delle carceri speciali

Le testimonianze sono numerose. Ci limitiamo perciò ad alcune citazioni.

Dalla testimonianza di un familiare della Associazione Familiari Detenuti Comunisti:

« Nelle carceri speciali si cerca di isolare i detenuti da tutti: »

- *isolamento dall'esterno*: militarizzazione di ogni contatto, terrorismo rispetto a tutti coloro che sono in relazione con i detenuti (familiari denunciati, avvocati incarcerati), impossibilità di vedere i parenti dovuta al costo del viaggio, ai permessi continuamente revocati, ostacoli per i colloqui con gli avvocati, impossibilità di visite mediche, nessun trasferimento per i processi.

- *isolamento rispetto all'altra popolazione detenuta*

- *isolamento all'interno dei singoli carceri tra i singoli compagni*

Un gioiello di crudeltà è la sala colloqui, dove l'incontro tra detenuti e parenti è fatto attraverso un vetro antiproiettile e ci si parla con un citofono cosicché tutte le conversazioni sono registrate, i suoni e le immagini dei congiunti deformati dal vetro. Insomma la percezione deve essere quella dell'isolamento totale: non deve esistere per questi detenuti altra realtà che il carcere, non si deve sentire altra voce che abbia tonalità umana che la propria, altra luce che quella artificiale o la penombra della cella, non deve essere possibile neppure sfiorare una mano ».

E dalla relazione del dott. Iginio Cappelli, della sezione di sorveglianza di Napoli, al Convegno di Firenze del 2-3.12.1977:

*Favignana, 10 settembre.* La casa di reclusione è nel centro abitato. Due camionette dei carabinieri si incrociano continuamente percorrendo in direzioni inverse il perimetro del carcere. Degli oltre 200 detenuti in maggioranza meridionali in espiazione da tempo di lunghe pene — solo 70 hanno evitato la deportazione resasi necessaria per far posto ai 60 detenuti « speciali ».

Il carcere, che da sempre i detenuti chiamano « il fosso » è sotto il livello stradale, cioè in corrispondenza del fossato dell'antico castello, poi prigione borbonica. Una lapide ricorda i « galantuomini » che, imprigionati in

quel luogo « per aver amato la patria », Garibaldi liberò. Alti muri separano i due distinti settori riservati ai vecchi detenuti « comuni » e ai nuovi arrivati: i vecchi in relativa libertà tra i camerotti e i cortili, i nuovi tutti in celle « singole » in corrispondenza di più cortili utilizzati per le due ore di « aria ». Mi si fanno incontro molti dei nuovi arrivati assolutamente incapaci di rendersi conto delle ragioni dell'improvviso trasferimento: ragazzi in espiazione di ancora poche settimane di pena, magari per guida senza patente; un « giudicabile » torinese che si professa già detenuto modello a Cuneo dove lavorava da

scrivano (mi sarà confermato nel corso della successiva visita a Cuneo anche da quel giudice di sorveglianza); alle lagnanze di costoro gli agenti di custodia annuiscono. Ci sono poi (sempre fra i detenuti « speciali ») i pericolosi non-politici (tra questi Graziano Mesina, che lamenta la evidente umidità della cella e la privazione di ogni attività comunitaria; « nemmeno la Messa », dice... e aggiunge che « se non sarà trasferito, se ne andrà a modo suo ») « Politici » pochi: in prevalenza « nappisti », che riconoscono il giudice di sorveglianza di Napoli, tutti ostentatamente fieri del trattamento ricevuto, adeguato alla loro professione di « prigionieri politici ». C'è uno dei 4 fratelli De Laurentis, dei quali almeno tre detenuti per la stessa causale: ciascuno in un diverso carcere speciale (sembra fatto di proposito contro i genitori).

Alfredo Papale, seriamente bisognoso di cure specialistiche all'occhio, occupa la cella più buia. Fascisti due: Muti e un suo camerata Bonazzi. Il Direttore non sembra insensibile alle mie osservazioni circa la dequalificazione di operatori « professionali » ridotti a gestire la pura e semplice segregazione dei detenuti speciali, in regime di evidente isolamento e disparità di trattamento nei confronti degli « altri » reclusi nello stesso istituto, addetti, questi, alle « lavorazioni esterne » e ai servizi domestici.

*Asinara, 13 settembre.* Percorro la grande isola dalla località « Fornelli » fino alla « Centrale », le due c.d. diramazioni occupate dai detenuti « speciali », complessivamente — su una popolazione di reclusi che supera i 400 — meno di 80. Infatti a « Fornelli », dei circa 90 reclusi più di 30 sono « comuni-lavoranti » (in prevalenza muratori adibiti alle opere di perfezionamento delle nuove strutture di sicurezza, con ap-

plicazione di seconde grate di sbarre alle finestre, reti persino a copertura dei cortili di passeggio, etc.), gli altri (circa 60) sono « speciali »; qui prevalgono i pericolosi non-politici, ma c'è anche uno dei soliti De Laurentis. In ogni cella per 2-3. Chiusa anche durante il giorno, oltre il cancello di ingresso alla cella, la robusta porta esterna. Alla centrale, l'allucinante bunker sulla collina per 18 politici (tutti « rossi », mi dicono gli agenti, 22 addetti a questo luogo): doppio sbarramento di cemento, celle per 2-3 detenuti scarsamente illuminate, specie dopo che il Direttore Cardullo, avendo alcuni dei precedenti visitatori deplorato l'« alienante » bianco dell'opera particolarmente sulla prospettiva dall'interno di ogni cella, ha fatto dare al tutto una passata di grigio, con risultati forse meno alienanti ma sicuramente con riduzione della visibilità a causa pure della vernice rappsata tra le strette maglie di certe grate sovrastanti la finestra, doppiamente sbarrata, di ciascuna cella. Al giudice di sorveglianza che mi accompagna qualcuno di questi detenuti rappresenta, senza neppure il tono di una doglianza, la semplice stupidità di simili trattamenti. In verità, a parte l'abnormità del bunker, la particolarità che rende l'Asinara più oppressiva è rappresentata dalla sconcertante personalità del Direttore.

*Cuneo, 15 settembre.* Il carcere è nuovissimo, in periferia, inaugurato, dopo decenni dalla progettazione, nello scorso febbraio. Ampi spazi interni ed esterni, salette, saloni, grandi cortili. Insomma, le famigerate « strutture », la cui mancanza blocca la riforma, qui sono visibili e concrete ma sono occupate da 200 detenuti, dei quali 144 assegnati alla « sezione differenziale » (in ogni istituto si forma un gergo, una denominazione diversa, più o meno appropriata: le « parole » so-

no tra le poche cose lasciate all'autonomia dei direttori). Per i « differenziati », 2 ore, anche 3 di aria, a turni di 20. Sono quasi tutti « comuni », anche qui con una notevole percentuale di « non pericolosi » (molti fruirono in precedenza di permessi rientrando puntualmente). Di là dalle sbarre, una prospettiva relativamente ampia e varia, sia pure interna al carcere. Pochi i « politici », isolati ai piani superiori. I locali per i colloqui « di sicurezza » (vetri antiproiettile, divisori per otto vani dotati

di citofoni, posti per la custodia a « vista » pure protetti e muniti di citofono) sono, e muniti di citofono) sono, mi dicono, installati originariamente nel nuovo carcere-modello (che non sia, dunque, una invenzione di Dalla Chiesa?). Nel carcere nuovissimo, nessuna attività lavorativa, sportiva, o ricreativa, neppure per i « comuni » addetti ai lavori « domestici ».

*Fossombrone, 16 settembre.* Poco lontano dalla piazza del paese, il carcere è molto difeso all'esterno: camionette

### Alcune valutazioni politiche e ruolo di Medicina Democratica

È evidente la assoluta sproporzione di questa enorme operazione terroristica rispetto al dichiarato obiettivo di contrastare il fenomeno delle evasioni.

Ci sembra che alcune valutazioni politiche si impongano per la loro evidenza:

1 Un primo scopo della istituzione delle carceri speciali è stato quello di terrorizzare la intera popolazione detenuta, bloccandone il processo di politicizzazione. I metodi nazisti applicati nel carcere speciale di Novara (vedi la relazione del dr. Pagano, che è stato direttore di quel carcere, che pubblichiamo su questo numero) rappresentano un esempio estremo. Ci sembra di poter dire che questo obiettivo si avvia ad un rapido fallimento.

Il dicembre '77 è stato contrassegnato da un vasto movimento in tutte le carceri « normali » che ha avuto come *primo obiettivo la abolizione delle carceri speciali*. In altri termini la lotta *contro* le carceri speciali si è rivelata un nuovo elemento di organizzazione e di politicizzazione della popolazione detenuta.

2 Un secondo scopo della istituzione delle carceri speciali è stato quello di sperimentare tecniche di destabilizzazione della personalità e di annientamento psicofisico nei confronti di detenuti considerati « irrecuperabili ». Si tratta di tecniche che hanno illustri precedenti negli USA, in Germania federale, in Svizzera.

Una sorta di moderna « pena di morte » pulita. Anche questo obiettivo ci sembra si avvii al fallimento di fronte alla capacità dimostrata dai detenuti di resistere consapevolmente e di contrapporre alla tortura carceraria la rivendicazione della loro personalità *latu sensu* « politica » (ciò vale non solo per i detenuti « politici » in senso stretto). Resta il dubbio che — di fronte alla sostanziale inefficienza delle tecniche di annientamento « pulite » — il potere sia indotto ad adottare sistemi più direttamente omicidi, sull'esempio di quanto è avvenuto nel carcere di Stammheim.

3 Un terzo scopo delle carceri speciali resta certamente quello di sperimentare una riorganizzazione dell'intero sistema carcerario nel suo complesso, in modo da farne un grande laboratorio di tecniche di governo della società a mezzo della paura. Un laboratorio nel quale si sperimentano sistemi « concentrazionari » con le opportune variazioni ap-

dei carabinieri lungo il perimetro e militi in più punti di blocco collegati via radio con l'interno. Nell'atrio, apparecchi televisivi di controllo. Il giovane direttore, assai teso, anche per ragioni contingenti (i reclusi reclamano « più aria » rispetto alle attuali circa due ore), non troppo ospitale, non ama sentir parlare di detenuti « politici »; soffre internamente la flagrante contraddizione del suo ruolo, e ripete che « qui la riforma di citofoni, posti per la custodia a « vista » pure protetti si applica con criteri restrit-

tivi, per renderne possibile la più ampia applicazione in ogni altro istituto... » I detenuti 200, dei quali 40 « comuni-lavoranti » e 160 « speciali », in due sezioni separate. Alcuni dei nuovi arrivati sono subito apparsi allo stesso direttore manifestamente privi di alcun connotato di pericolosità, tanto che li ha ammessi al lavoro. Per tutti l'avviamento al carcere speciale è motivato con la formula « soggettivamente pericoloso ». Le celle sono singole o per più detenuti, fino a quattro. Per la disponibilità di

due soli cortili di passeggio, si va all'aria, a turni anche di 40 persone. Ma in un'area scoperta dentro il carcere è in costruzione un nuovo corpo di fabbrica; un corridoio separa celle singole in corrispondenza ciascuna con un angusto cortiletto. Sarà l'« isolamento »...

*Trani, 17 settembre.* Altro carcere nuovo, in funzione da qualche anno, altre nuove « strutture » regalate alla controriforma. 250 i detenuti: 90 comuni, 160 « speciali », questi ultimi ospitati in apposita sezione e suddivisi in tre piani, secondo l'appartenenza a ciascuna delle tre categorie ormai individuate. Al primo piano i « meno » (o « non ») pericolosi (alcuni, anche qui, ammessi a qualche lavoro domestico); al 2° i pericolosi-comuni, specie « mafiosi »; (riconosco Annarumma, in cella singola, intento a prepararsi una minestrina. Al 3° i « 28 (ventotto) politici », tra i quali ancora un De Laurentis. Il più loquace è Carbone (Nap), che studia, legge, e ringrazia Bonifacio che un più gran regalo non poteva fare »: prevede un notevole incremento di aderenti, parla almeno di 300 all'anno solo nelle carceri.

Aria: 2 ore ai detenuti speciali, 4 ai comuni (che possono giocare anche a pallone). Colloqui con vetro divisorio antiproiettile e citofono, pure dopo controlli preventivi dei visitatori (un bambino attraverso divertito l'apparecchio elettronico in uso negli aeroporti): un colloquio settimanale per tutti, ma per i « comuni » uno al mese senza vetro. C'è un reparto alquanto « separato » con celle singole non arredate: transito? osservazione? punizione? Cinque i presenti, taluno un po' manomesso (lite con i compagni, ammettono gli interessati in presenza del direttore che promette la prossima cessazione dell'isolamento).

plicabili al territorio, alla fabbrica, ecc. Si tratta di un disegno ancora non del tutto chiaro, di cui si ha in sostanza insufficiente consapevolezza ed è perciò tanto più pericoloso. È questa una delle questioni che meritano una più ampia riflessione per il futuro.

4 Infine è indubbio che la politica delle carceri speciali ha fallito un altro dei suoi obiettivi: quello di ricomporre la contraddizione fra « intellettuali democratici » ed apparato del potere intorno al tema del carcere.

Evidentemente per il ministro Bonifacio — come del resto egli ha più volte detto — risultava indispensabile per poter accontentare i « riformisti », chiedere ed ottenere la loro solidarietà per un esplicito disegno controriformatore nei confronti di una « minoranza » di detenuti irrecuperabili. Di fatto le carceri speciali hanno dato luogo ad ulteriori contraddizioni nella area « democratica ». Recentemente il ministro Bonifacio ha dovuto assicurare che l'operazione « carceri speciali » era conclusa, e che ora si poteva nuovamente parlare di riforma nelle carceri « normali » e di depenalizzazione dei reati minori, oltrechè di amnistia, condono ecc. La mossa appare alquanto tardiva per soffocare a questo punto lo scandalo delle carceri speciali.

Per quanto concerne il ruolo di Medicina Democratica in relazione a questo problema, ci sembra necessario ribadire quanto scritto nei numeri 6, 7 e 8 della rivista. E cioè che è compito degli operatori democratici sul tema della salute, intesa come integrità psicofisica della persona, condurre una lotta contro il carcere come istituzione. Rendendosi disponibili per violare in prima persona l'isolamento carcerario, particolarmente accentuato nelle carceri speciali. Da ciò le proposte già formulate di costruire una rete di medici disponibili a visitare le carceri come medici di fiducia dei detenuti. Da ciò la proposta di un comitato nazionale di difesa dei diritti dei detenuti formulata dal coordinamento nazionale del 1° ottobre '77 e diretta a Psichiatria Democratica e Magistratura Democratica oltre che a tutti gli altri organismi che si occupano della difesa dei diritti dei detenuti (vedi n. 8 della rivista).

Da ciò infine la proposta di « microriforma » proposta da Medicina Democratica e da Soccorso Rosso, riflessa dal comunicato pubblicato su questo stesso numero della rivista. È ovvio che questo tipo di proposta tende puramente e semplicemente ad istituzionalizzare una sorta di ruolo di ope-

ratori (medici, avvocati) impegnati con il movimento democratico e con il movimento di classe (e non come *operatori della istituzione*) ed agire come difensori dei diritti legali e politici dei detenuti.

È oramai ampiamente riconosciuto da tutte le forze democratiche che, per esigenze della cui legittimità si può variamente giudicare, le condizioni di detenzione nelle carceri italiane nel corso del corrente anno sono notevolmente peggiorate. Per non farla lunga è sufficiente fare riferimento al Convegno promosso il 3/4 dicembre a Firenze dalla Regione Toscana e da Magistratura Democratica.

A prescindere dalla esigenza, di cui anche si può variamente giudicare, di rimuovere le ragioni che stanno a monte di questo peggioramento delle condizioni di detenzione, riteniamo indispensabile, in parallelo ai nuovi strumenti di controllo e di isolamento dei detenuti, che vengano messi in atto alcuni elementari strumenti diretti alla tutela dei loro diritti *in quanto persone detenute* ed in base a quanto a tal fine è previsto dalla vigente normativa.

A tal fine riteniamo indispensabile ed urgente che:

- il detenuto in quanto tale e per la difesa dei suoi diritti come detenuto possa essere assistito da un difensore, a prescindere dai difensori che lo assistono in processi determinati ed anche nel caso in cui si tratti di definitivo.

Proponiamo la seguente aggiunta all'articolo 18 della Legge 26-7-75 n. 354:

« Sia il detenuto condannato o internato che il detenuto imputato hanno facoltà di nominare un difensore per la tutela dei loro diritti in quanto persone detenute, a prescindere dai difensori nominati nei procedimenti giudiziari in corso che eventualmente li riguardino. La nomina del difensore a tutela dei diritti del detenuto, sia condannato o internato che imputato, viene effettuata con dichiarazione raccolta dalla Direzione del Carcere e diretta al Giudice di Sorveglianza competente per territorio, il quale è abilitato a rilasciare permesso di colloquio al difensore così nominato ».

- la possibilità prevista dalla legge per il detenuto di essere assistito da un medico di fiducia sia concretamente realizzabile con le ovvie garanzie di riservatezza.

Proponiamo la seguente aggiunta all'art. 11 della Legge 26 luglio 1975 n. 354:

« Il sanitario di fiducia del detenuto ha facoltà di visitare il suo assistito con le modalità e la riservatezza opportune per lo espletamento del mandato affidatogli. In particolare il sanitario può visitare il suo assistito nella infermeria del carcere, disponendo delle attrezzature ivi disponibili, e senza la presenza di persone estranee, salvo, qualora richiesta dal Direttore del Carcere, la presenza del sanitario incaricato dalla Amministrazione Penitenziaria ».

- il detenuto in attesa di giudizio sia tempestivamente trasferito nel carcere del luogo presso il quale il processo deve svolgersi, perchè possa convenientemente istruire la sua difesa in contatto con il difensore.

Proponiamo la seguente modifica all'art. 26 disposizioni di attuazione CPP (RD 28-5-31 n. 62 modificato da art. 48 Legge 1-4-51 n. 287):

« La norma prevista dallo art. 26 disp. att. CPP in merito alla traduzione degli imputati detenuti in caso di giudizio avanti la Corte di Assise o la Corte di Assise di Appello, si applica anche nel caso di giudizi di competenza del Pretore, del Tribunale o della Corte di Appello ».

## Manicomi criminali: a proposito della morte di Antonio Martinelli

### Breve storia del Comitato

Se fosse stato per le autorità cittadine, di Antonio non si sarebbe più parlato; nemmeno la sezione locale del Centro Igiene Mentale di Spoleto ha sollevato il caso.

Il primo manifesto di denuncia, prodotto da alcuni suoi amici e da militanti rivoluzionari di Spoleto è stato affisso dal Comune dopo due settimane: solo 18 dei 50 stampati erano visibili; solo 3 in posti di transito. Era il periodo del festival dei due mondi, le autorità hanno aspettato per affiggerlo che il festival fosse finito. Nel manifesto si ponevano a un primo livello, gli interrogativi più inquietanti che sorgevano dalla morte di Antonio, chiedendo l'apertura immediata di un'inchiesta. Solo il C.I.M. (Centro Igiene Mentale) che aveva in cura Antonio, si è sentito in dovere di rispondere manifestando dolore ma proponendo solo di rassegnarsi; per il resto indifferenza, silenzio, omertà di regime.

Il Comitato si è costituito successivamente, promuovendo prima la costituzione di un collegio di avvocati delegati dalla famiglia di Antonio che si è costituita parte civile contro ignoti (per ora!).

Ne fanno parte gli avvocati Flastò, Lionelli e Leone di Firenze e Pegoraro di Terni. Sono state promosse assemblee a Perugia, Foligno Spoleto e Terni e iniziative in Toscana, con assemblee nelle scuole di Spoleto e all'università di Perugia. Al Comitato hanno aderito la direzione nazionale di Medicina Democratica, le sezioni di Arezzo, Perugia e Terni di Psichiatria Democratica e la Segreteria Nazionale, rappresentanti di Magistratura Democratica, operatori del C.I.M. di Spoleto, intellettuali, operai e compagni del Movimento.

La prima grande iniziativa pubblica del Comitato è stata l'assemblea del 19 Novembre di cui abbiamo già parlato e a cui sono intervenute circa 1.000 persone e decine di telegrammi e lettere di adesione.

L'assemblea ha riaffermato e approvato all'unanimità il programma proposto dal Comitato e basato su 3 obiettivi: individuazione dei responsabili della morte di Antonio, chiusura del manicomio criminale di Montelupo Fiorentino, inizio di un movimento di lotta contro la repressione in Umbria. A questo punto il consiglio provinciale di Perugia ha dato la sua adesione ai primi due punti e analoga iniziativa sta prendendo la C.G.I.L. del comprensorio di Spoleto.

In due assemblee generali regionali del comitato si è poi lavorato a riaffermare il carattere profondamente di lotta dei primi due punti e a precisare il carattere del terzo obiettivo. Ora l'attività prosegue a due livelli. Il primo, strettamente collegato al caso Martinelli, si avvale del lavoro di un Comitato tecnico medico-legale che elabori una « contro-perizia » per smentire le tesi ufficiali sulla morte di Antonio. Su questa base il comitato potrà precisare il suo programma di lotta.

A questo proposito continuano ad arrivare adesioni, tra cui significative quella di Soccorso Rosso e quelle di molti comitati di base e magistrati intervenuti al convegno euro-

La compagna Laura a nome del comitato.

Iniziamo questa assemblea che è stata indetta dal Comitato d'inchiesta sulla morte di Antonio Martinelli nel manicomio criminale di Montelupo Fiorentino, con una dichiarazione di profondo dolore, di profonda commozione, e con una precisazione. Questa è una assemblea di lotta. I tre obiettivi che sono indicati nel manifesto e in tutti i documenti prodotti dal Comitato, sono tre obiettivi di lotta. Andare a fondo sulla morte di Antonio Martinelli vuol dire che noi non ci accontentiamo di piangere sulla sua morte, che non ci basta un atteggiamento umanitario di dire che è colpa della società genericamente, atteggiamento con cui troppe morti sono passate sotto silenzio, troppi crimini si sono verificati senza essere puniti. I colpevoli di questa morte devono avere un nome e un cognome, devono essere processati e condannati. Il secondo obiettivo di questo Comitato è che venga messo sotto inchiesta, fino ad arrivare alla sua chiusura, il Manicomio criminale di Montelupo Fiorentino, e poi gli altri manicomi criminali che ancora esistono in Italia; non tanto perché questi manicomi sono delle cose agghiaccianti, barbare, di cui noi stessi non abbiamo neanche la sensazione, ma perché essi sono in realtà in tutta la loro barbarie, organici a questa società in cui viviamo che si regge sulla violenza, sull'ingiustizia, sulla repressione. Il terzo obiettivo è quello di iniziare qui in Umbria un discorso contro la repressione. La morte di Antonio nel manicomio criminale, il suo calvario dall'ospedale al carcere al manicomio, la sua morte non è che l'esempio, forse l'esempio clamoroso, di una violenza che non sempre porta alla morte, ma è altrettanto estesa e pericolosa; colpisce tutti coloro che fanno politica, tutti coloro che si ribellano, tutti coloro che non rientrano negli schemi di questa società e che sono per questa società diversi. E' una chiarificazione importante, perché se non abbiamo questo spirito profondamente di lotta, non riusciremo né a trovare i colpevoli della morte di Antonio, né a far chiudere il manicomio criminale di Montelupo Fiorentino. Da anni medici, avvocati, magistrati, altri compagni si battono per la chiusura del manicomio di Aversa, sappiamo che sono lotte difficili, che richiedono una mobilitazione lunga, e molto coerente. La seconda precisazione che volevo fare è di spiegare come mai questa assemblea si svolge oggi, a cinque mesi dalla morte di Antonio. Si svolge oggi, com-

peo di Napoli su: « Criminalizzazione del dissenso e repressione ».

## Il Comitato d'inchiesta per la morte di Antonio Martinelli

Mentre è ormai avviata e si sta precisando la prima fase dell'attività del Comitato d'inchiesta per la morte di Antonio Martinelli, i compagni che ne sono stati promotori hanno collegialmente deciso di proseguire la lotta sui tre punti programmatici già stabiliti e soprattutto di specificare il terzo punto che prevede la estensione del campo d'azione del Comitato stesso. Ritenendo comunque fondati i primi 2 obiettivi nella misura in cui la lotta che si porta avanti contro le istituzioni repressive vuole essere concreta e tenace. Il Comitato inoltre dà la sua adesione alla battaglia sui referendum con particolare riguardo a quello sulla legge Reale e a quello sull'istituzione manicomiale, che direttamente riguardano le premesse legislative della morte « proclamata » di Antonio Martinelli.

### Come estendere l'attività del Comitato

Nell'attuale situazione politica caratterizzata da uno sviluppo senza precedenti della repressione di massa e dalla restrizione delle garanzie democratiche sempre più limitate ai soli sostenitori dell'accordo di governo, sarebbe suicida che il comitato diventasse una specie di sindacato degli emarginati con l'implicito obiettivo di recuperare i fenomeni di emarginazione nella socialità e nella legalità esistente.

Questo atteggiamento è incompatibile con gli scopi del nostro comitato che respinge la concezione cattolica e revisionista di emarginazione per riaffermare che alla base di tutti i fenomeni di diversità e di criminalizzazione esiste la logica dell'espropriazione capitalistica, che un comitato come il nostro non può che farsi strumento di conoscenza e di lotta politica contro i meccanismi dell'espropriazione, partendo dunque dalla fabbrica e dai rapporti di produzione. *Il comitato dunque deve considerarsi come un organismo militante.*

### Che cosa non è il Comitato

- Il Comitato non è e non può essere una semplice struttura di controinformazione che delega ad organismi democratici di settore o a organismi rappresentativi della sovrastruttura borghese i risultati della sua attività.
- Il Comitato non è e non può essere un organismo centralizzato a livello regionale perchè non vuole assumere su di sé le posizioni di un'organizzazione politica dirigente (pur nel campo specifico che gli è proprio).
- Il Comitato è un organismo composto da compagni di varia provenienza. La sua sede è a Spoleto. L'attività è stabilita sulla base della capacità d'azione militante dei compagni. In futuro, nella misura in cui si determineranno attività militanti concrete in altre città il comitato discuterà la possibilità di una aggregazione e comunque si determineranno momenti di confronto di esperienza e di sostegno reciproco. Per quanto riguarda il rapporto con gli organismi democratici di settore di cui si diceva prima, il comitato deciderà di volta in volta se sostenere o meno le loro iniziative.

### Per il passaggio dalla controinformazione all'inchiesta.

Portando fino in fondo e con tutti i mezzi la battaglia di controinformazione sul caso Martinelli, s'impone inoltre oggi, parallelamente l'assunzione di nuovi compiti d'inchiesta e di lotta.

Pertanto si propone che il Comitato promuova:

1. Preparazione di una grande iniziativa politica in rapporto alla conferenza stampa sul caso Martinelli.

pagni, perchè per realizzarla a Spoleto, per poterla organizzare in questo comune « rosso », in cui i democratici sembrano essere assenti, è stato necessario fare prima tutto un lavoro a livello nazionale. E' di oggi l'ultima azione di boicottaggio: ci sono state tolte all'ultimo momento 2 ore di trasmissione autogestita della locale « radio 2 mondi ».

Antonio era un ragazzo come ce ne sono migliaia, era un giovane di 22 anni, abitava a Testaccio, un quartiere costruito a Spoleto al di fuori della città, della bella città del Festival, per isolare i proletari e i disoccupati, era un imbianchino con un lavoro precario e sottopagato, un ragazzo che è passato per tante esperienze, per tanti dolori, con molta agitazione addosso. Per quanto riguarda l'aspetto medico Antonio era in cura dal Centro Igiene Mentale, perchè da un certo periodo aveva delle crisi depressive; comunque l'ultima visita è stata a marzo, poi Antonio non c'è più andato. La notte del 26 maggio Antonio, (erano due notti, — ci ha raccontato la madre, — che non riusciva a dormire, che era agitato), in preda ad una crisi nervosa ha litigato col padre, gli ha tirato un portacenere addosso. Le ferite erano anche numerose ma superficiali, tanto è vero che il padre è guarito in 8 giorni. Per questa lite son venuti i carabinieri, hanno spiccato un mandato di cattura per tentato omicidio; ma Antonio era agitato, si sentiva male ed è stato portato all'ospedale. In ospedale, in una visita che si è svolta durante la mattinata, risulta che Antonio era sano di cuore.

Possiamo immaginare le sofferenze, la vergogna, tutti i sentimenti che sono nati in lui da questo fatto di trovarsi in una stanza dell'ospedale, ammanettato. Il dott. Conti del C.I.M., che è andato a visitarlo, gli ha fatto togliere le manette; Antonio poi è rimasto solo. In preda a questa angoscia ha tentato di fuggire dall'ospedale (tutto questo non risulta dai verbali ma ce l'hanno raccontato). E' stato ripreso e a questo punto è stato portato al carcere, a Rocca. Era il giorno in cui passava a Spoleto il d'Italia e non c'erano agenti disponibili per piantonare la stanza dell'ospedale. Era giusto che i sanitari lasciassero che Antonio uscisse dall'ospedale quando chiaramente non era affatto in condizioni normali? Di qui Antonio è finito in carcere, due giorni al carcere circondariale di Spoleto. Due giorni tremendi di isolamento e di pestaggi, in cui la sua agitazione è andata via via crescendo.

La Rocca che vedete monumento storico nazionale, è una prigione tremenda. Alla Rocca Antonio è rimasto due giorni. Dopo è stato trasferito al manicomio criminale di Montelupo Fiorentino, (salvo la breve parentesi di un ricovero al Centro Traumatologico di Firenze) dove è morto la notte del 4 giugno, quindi solo dieci giorni dall'inizio di tutta questa storia. Questi sono i fatti.

Questa storia, gli amici di Antonio, i rivoluzionari di Spoleto, l'hanno vissuta con rabbia e con profondo dolore. E' cominciato tutto un lavoro, di amici, di parenti, di compagni, che non si sono accontentati delle versioni ufficiali, di questa storia che presentava dei punti troppo oscuri, di questa storia per cui un ragazzo con cui fino a dieci giorni prima avevamo parlato e scherzato, è morto in questo modo così tragico. E allora possiamo provare a ricostruire la storia di Antonio a partire dalla sua morte.

Prima di tutto il modo con cui questa morte è stata annunciata: il carabiniere che ha detto alla madre di Antonio la notizia non è neanche entrato in casa, si è fermato sulla porta: per lui era una cosa normale, non c'era bisogno di nessuna particolare attenzione per comunicarla ai parenti. La famiglia è immediatamente partita perché un legale di parte, qualcuno assistesse alla autopsia di Antonio che doveva svolgersi la mattina del lunedì 6 giugno. Quando i parenti sono arrivati a Firenze l'autopsia era stata anticipata senza preavviso a domenica 5 giugno. I parenti non hanno neanche potuto vestire Antonio, perché il corpo di Antonio era prigioniero anche dopo la morte. Il suo cadavere era irriconoscibile, per riconoscerlo i parenti hanno dovuto cercare i piccoli segni, le cicatrici, i segni particolari che solo i parenti conoscono in una persona. Tra gli altri segni che hanno notato c'erano degli ematomi, visti pare sollevando i pantaloni in un momento che non c'era sorveglianza intorno, poi dei graffi sotto le unghie, le mani molto gonfie, la testa gonfia e nera con un taglio semicircolare, probabilmente quello dell'autopsia.

L'8 giugno si sono svolti i funerali di Antonio. Sono stati un momento di commozione, vissuto come le morti di tanti compagni sulle piazze; c'erano molti ragazzi, tutti i suoi amici, e si è visto come in realtà Antonio, con tutti i suoi problemi, con tutte le sue contraddizioni, aveva dei legami profondi con i giovani di Spoleto. Era anche presidiato il suo funerale dalla polizia, quella stessa polizia che

2 Una inchiesta sui meccanismi repressivi in fabbrica e nei quartieri proletari a Spoleto.

3 Una inchiesta sugli altri casi Martinelli a Spoleto (con particolare riguardo ai 5 suicidi di quest'anno, tra cui un geometra disoccupato di 24 anni, una operaia di 16 anni, uno spazzino di 30), in rapporto alla disoccupazione crescente, con denuncia pubblica dei casi di persecuzione da parte delle istituzioni.

4 Una precisazione dell'intervento politico alle carceri.

5 Una serie di discussioni e conferenze sui temi: la presenza del capitale finanziario nella regione, la legalità nella regione, l'organizzazione del controllo sociale a Spoleto, donne e follia.

6 Continuazione delle assemblee nelle scuole e richiesta di assemblee nelle fabbriche.

## **Mozione approvata dall'Assemblea del Comitato**

### **L'assemblea interregionale del 19 novembre a Spoleto**

Questa assemblea è stata la prima iniziativa pubblica promossa dal Comitato, ed ha rappresentato una tappa importante, sia per la quantità degli intervenuti (circa mille), sia per la tensione politica che ha espresso: essa è servita a riproporre in termini nazionali il « caso Martinelli », contro il pericolo di archiviazione, e a riproporlo in termini di lotta. In Antonio si sono riconosciuti coloro che la società definisce « emarginati » e che della loro « non integrazione » fanno una ragione di lotta. La storia di Antonio si è configurata quindi come esemplare e non come « diversa ».

Il movimento degli studenti è intervenuto in massa all'assemblea, riconoscendo in Antonio una vittima dello stesso stato repressivo che colpisce chi lotta; gli operai hanno portato all'assemblea la coscienza che non esiste differenza per garantiti e non garantiti e che anche questo problema parte dalla fabbrica; i collettivi femministi umbri hanno denunciato la campagna di calunnie cui sono soggetti, e così gli omosessuali.

Sono intervenuti anche molti democratici, quei democratici che si rifiutano, in quanto tecnici di diventare funzionari dello sfruttamento capitalistico, per l'eliminazione morale e fisica dei 'diversi' e dei ribelli.

Numerosi gli interventi, riportiamo stralci di quelli più importanti.

### **Il lavoro di controinformazione del Comitato**

È iniziato allora il lavoro di ricostruzione del calvario di Antonio, partendo da quelle che erano le sue condizioni di vita, le sue sofferenze di giovane proletario in questa società.

Prima di tutto il suo quartiere, Testaccio, un quartiere-ghetto, costruito appositamente per tenere separati i proletari dalla città dei papi e del festival americano, un quartiere perseguitato dai poliziotti, e che dai politicanti cittadini non viene neanche considerato come parte della città.

Antonio era un giovane proletario disgustato da questa società e che chiedeva di vivere una vita di qualità diversa. In alcune sue lettere del 1976 leggiamo: « Quando vado a spasso con amici, pur stando con loro mi sento tanto solo. Vorrei poter guardare negli occhi le persone e comunicare amore o altri sentimenti » « ...non faccio che pensare alla vita, ogni mio gesto ogni mia parola è controllato in tutti gli istanti della giornata, non vivo con la naturalezza che si dovrebbe, vivo chiedendomi il perché o il come di ogni piccola cosa. » « Sono molto timido e 'costretto' a stare insieme agli altri, reagisco fingendomi furbo e un duro, ma è come se gli altri mi leggessero dentro, capissero che sono quello

# manicomi criminali

che sono, vale a dire... uno che ha bisogno di molto affetto ». « Come uno si deve comportare in questa ingiusta vita? »

## **Così le istituzioni si sono comportate con Antonio:**

**L'ospedale.** C'era solo fretta di liberarsi al più presto di questo malato scomodo. Antonio anche lì si è sentito in prigione, già malato è stato ammanettato; fuori i poliziotti erano impegnati col Giro d'Italia, di passaggio a Spoleto e quindi la cosa più semplice, era portarlo al carcere.

**Il carcere.** Dopo le manette, cella d'isolamento e pestaggi. Ecco una testimonianza di un detenuto che ha visto:

Come è avvenuto il trasferimento?

Dopo la notte del litigio, dopo l'ospedale, dopo i pestaggi Antonio era ormai agitatissimo, andava curato. Il Dott. Sediari di Perugia facendo una diagnosi che è ora in discussione, consigliava con decisione il ricovero in ambiente ospedaliero vicino; invece il dottore del carcere (personaggio 'interessante' su cui corrono parecchie voci) e il Procuratore della Repubblica Goretta avevano già deciso: manicomio criminale.

## **Il manicomio criminale di Montelupo Fiorentino.**

Dopo un giorno al centro Traumatologico di Firenze, dove Antonio era stato portato perchè aveva una ferita in testa riportata in carcere, la cura a Montelupo ha avuto come base il letto di contenzione; 8 giorni di letto di contenzione. Sul resto della cura entreranno in merito i periti di parte. Intanto ecco una testimonianza di un ricoverato a Montelupo Fiorentino, che si riferisce ad Antonio, pur contendendo alcune imprecisioni.

... So che avete formato un comitato denominato Martinelli, bene, io quel giorno ero presente, nel momento che questo Martinelli veniva tirato su dalle celle e veniva trasportato in infermeria; durante quel tragitto il Martinelli veniva malmenato da una decina di agenti che lo trasportavano a peso, calci pugni e schiaffi, ed in capo una vistosa ferita. Un brigadiere nel fare questo trasporto, si è addirittura ferito, nel referto c'è scritto che si è rotto una costola mentre cercava di calmare il Martinelli; questo si è vero, ma ha preso un calcio, perchè Martinelli si stava difendendo e difendendosi tirava calci, ed uno di questi lo ha preso nel torace. In una mia prossima lettera sarò più preciso. Aspetto una tua risposta.

... Sì con il tempo passerà. Te come stai? Ora ti faccio un resoconto di questo Lager di Montelupo (ora cosiddetto Ospedale Psichiatrico).

Chiunque abbia diritto di chiamarsi « essere umano » non può rimanere insensibile a questa sorte avversa che a tanti di noi tocca.

Il termine « Criminale » è giustissimo perchè i nostri redentori, cioè le guardie, sono proprio dei criminali e sadici.

Ci sono tante cose da dire, per prima una orrenda (più delle altre); notizia: è morto sul letto di

contenzione un ragazzo di 21 anni, è morto venerdì notte, quando è arrivato, la sera di venerdì notte, cioè il 3-6, è stato portato con un ematoma alla testa, queste carogne lo hanno legato e la mattina è stato trovato morto (loro dicono per collasso!!!). Ora ti dò tutte le notizie che ho su di lui.

Si chiamava Martinelli Aurelio: era arrivato il 17-3-77 dalla Casa di Reclusione di Volterra. 2° ? - 3° Giunti il 26-5-77 dalla Casa Circondariale - 4° Ricoverato il 25-5-77 al Centro Traumatologico dell'Ospedale Civile di Firenze - 5° Rientra il 27-5-77 da Firenze - 6° il 4-6-77 è deceduto.

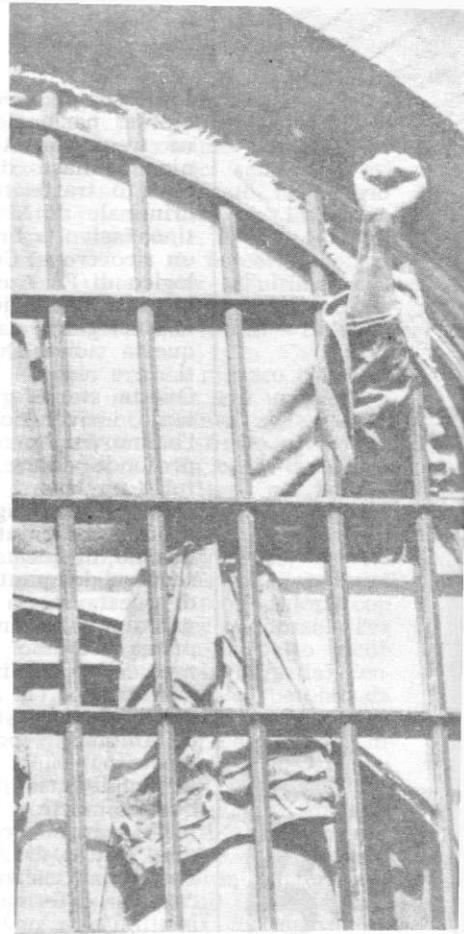
Il trattamento in generale è orrendo, gente che viene picchiata e dopo legata, iniezioni forzate, troppa gente sana è diventata pazzo quà dentro a furia di scopolamina serenasel, sui malati impossibilitati di difendersi vengono sperimentati nuovi medicinali, cavie, ecco ciò che si diventa quando si varca il portone di Villa Ambrogiana, cavie e carne da macello.

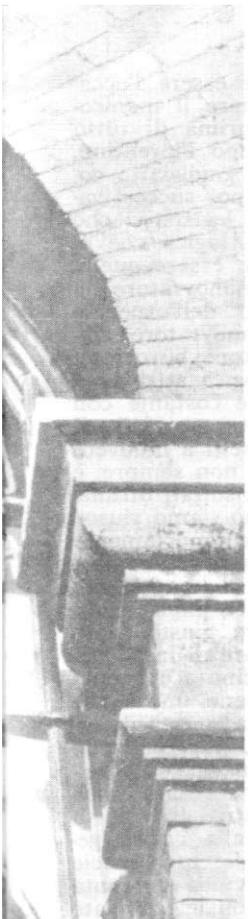
Vorrei darti un'immagine viva di ciò che è, ripeto, è orrendo tutto qua è impregnato di pazzia. Siamo in 16 in una stanza, in grado di ragionare siamo solo in 5; un gabinetto in un angolo ed un lavandino dove certi malati ci pisciano. Un ragazzo ha chiesto di cambiare

cella: è stato legato, chiedi visita e ti senti minacciare di botte e di letto di contenzione, è pazzia ciò, puoi vivere e non vivere a seconda di come tira il cazzo a loro.

Il trattamento riservato ai tossicomani è poi molto particolare; io arrivato qua in astinenza sono stato sciolto con la minaccia che se chiedevo il Phisephone (cosa che ero in cura fuori) sarei stato legato di nuovo; (...), malato di cuore dopo un infarto è stato legato tre giorni; (...) quando è arrivato non è stato legato (chissà perchè) ma sono 4 giorni che ha la febbre da 38 e 40 e perchè ha chiamato di notte l'infermiere si è sentito dire che se questo succedeva ancora lo avrebbero legato, siamo costretti a dire di stare bene per non subire rappresaglie. Tutto, dico tutto, è soggetto all'umore dei nostri carcerieri, tutto è repressione e violenza, con gusto sadico ti negano il diritto di vivere, è gente la cui bandiera è 300.000 lire sporche al mese e per quelle ti ucciderebbero e ti assicurano che se non lo fanno con noi è perchè esistiamo anche noi ribelli, che con la forza della disperazione ci rifiutiamo di morire. Per ora chiudo queste mie righe salutandoti caramente te e il compagno (...) con forte strette di braccia.

tuo amico (...)





non si è premurata di andare a vedere che cosa succede dietro il muro del manicomio criminale di Montelupo Fiorentino, o dietro le mura di cinta delle carceri, negli scantinati umidi usati tuttora per torturare e picchiare. A Montelupo Fiorentino non possono entrare neanche gli Psichiatri. Quella stessa polizia che aveva già effettuato due perquisizioni a casa di Antonio, trovando cose irrilevanti, come un laccio, una pipa, una scacciacani rotta, cose di nessun significato, che poi la stampa ha travisato per costruire un personaggio particolare, completamente falso intorno ad Antonio.

« La Nazione », « Il Messaggero », « Paese Sera », hanno tutti parlato di tentato omicidio di Antonio verso il padre. Prima falsificazione, in realtà al padre sono stati dati 10 gg di prognosi al solo scopo di poter spiccare mandato di cattura, infatti questi si sono poi ridotti a 8. Subito dopo la morte di Antonio comunque il tono dei giornali è un po' cambiato. Bisognava cercare di dare una giustificazione a questa morte. Di qui la notizia che Antonio era un drogato! Altra menzogna! neanche all'autopsia sono risultate tracce di droga.

« La Nazione » comunque è arrivata a scrivere: « Muore un giovane in preda agli stupefacenti ». Anche altri giornali, hanno detto « era un drogato, aveva una pistola ». Si trattava di una scacciacani rotta che alla prima perquisizione i poliziotti non avevano giudicato interessante, tanto è vero che nel primo atto della perquisizione, non risulta nemmeno: i poliziotti la videro e dissero « è rotta ». Alla seconda perquisizione, visto che Antonio era morto, la pistola rotta è diventata importante. Costruendo questi elementi e anche facendo riferimento alla situazione familiare di Antonio sul fatto del patrigno, ecc., la stampa ha detto: è vero, è successa questa cosa molto brutta, però d'altra parte Antonio se l'è voluta. « Il Messaggero » è arrivato a dire: se Antonio non fosse scappato dall'ospedale non sarebbe stato portato in carcere, quindi il carcere non lo avrebbe mandato al manicomio criminale, quindi non sarebbe morto.

Due fasi quindi che rivelano una grossissima responsabilità della stampa e anche una buona dose di malafede, tralasciando tutte le calunnie di « La Nazione » che non meritano nemmeno commento. Anche le radio locali di Spoleto hanno seguito completamente la velina, che era già stata seguita dai giornali, non hanno fatto nessuno sforzo per spiegare la storia di Antonio e per andarci a fondo.

## Marina Valcarengi, autrice del libro

### « I manicomi criminali »

Il motivo di fondo del nostro trovarci insieme riguarda la morte di Antonio Martinelli, io vorrei dirvi due parole su Montelupo, sempre evitando di raccontare tutto quello che i compagni che sono stati a Montelupo mi hanno detto, perché voglio essere fedele al principio di non cedere nel gusto dell'orrore, ma di raccontarvi quello che io ho visto e quello che mi ha detto il personale dell'amministrazione del manicomio giudiziario, cioè il dottor Bazzuoli, che è il direttore, e il dottor Gori che è l'unico medico di ruolo.

Dunque, è una villa medicea, molto vecchia, c'è lo spaccio, la mensa e l'alloggio della guardia, la direzione, il cinema e la cappella che sono un'unica sala. Fuori c'è un enorme cortile sul quale si aprono due scuderie, a tre piani che sembrano lunghissime; lì alloggiano gli internati. Poi c'è il locale dei colloqui e quello delle lavorazioni. Ci sono una media di 115-120 malati assistiti mediamente in tre turni giornalieri di 26 guardie. Di queste 26 guardie però alcune si trovano sul muro di cinta, alcune si trovano allo spaccio, altre si trovano agli ordini della direzione, per cui di fatto nei reparti, che sono sei, ci sono probabilmente solo due agenti per piano, almeno questo è quello che io ho visto quando ci sono stata, né può essere obiettivamente molto diverso.

Su tutto il corpo di custodia che è formato da 80 persone, ci sono solo cinque agenti col patentino da infermiere. Da notare che questo patentino non è il diploma da infermiere, quello degli ospedali, è il risultato di un corso semestrale fatto molto velocemente. C'è un solo medico di ruolo e vediamo chi è. I letti di contenzione sono una cosa normale, questo mi è stato riconosciuto dal dottor Bazzuoli della direzione. Mi ha detto: « Non ci vergognamo affatto a dire che usiamo i letti di contenzione, non è colpa nostra se ce li fanno usare ». Gli psicofarmaci vengono dati per la stessa ammissione del dottor Bazzuoli anche ai sani di mente.

La ditta che ha in concessione lo spaccio, Galletti di Livorno, ha in concessione anche l'alimentazione dei detenuti; significa che ha doppio interesse a dare una cattiva nutrizione agli internati; prima per spendere meno; secondo per costringerli ad integrare il vitto comprando allo spaccio che viene gestito da loro. Bene io ho visto queste cose, ho visto i compagni dentro, che quando aprivano le celle mi

guardavano, ci siamo anche riconosciuti, in certi casi è stata un'esperienza piuttosto violenta. Quando sono uscita accompagnata dagli agenti sono andata a parlare col direttore e col medico.

Potete facilmente immaginare che cosa mi passasse dentro. Mi sentivo molto emozionata e l'unica cosa che sono riuscita a dire al dottor Bazzuoli, prima di cominciare l'intervista è: « Dottore come pensa che si possa risolvere questo problema? ». E lui mi ha guardato sorridendo, e mi ha detto: « secondo me la cosa migliore sarebbe quella di assumere dei medici che vengano nel manicomio giudiziario e che siano pagati come i medici di ruolo negli ospedali ». Dopo di che si è fermato, cioè lui aveva concluso, per lui era questa la soluzione. Allora mi sono girata verso il medico, il dottor Gori, e lui mi ha detto: « Ah! lei è una giornalista, brutta gente i giornalisti, scrivono solo stupidaggini. Ce n'è uno solo che veramente mi piace, Indro Montanelli, lui si che è bravo. Io non mi nascondo mica sà, sono simpaticante di Sogno. Perché io sono un golpista antifascista. Sì. Perché il fascismo è stato un male, d'accordo, ma ben meritato. Del resto nessuno era contro il regime, bisogna avere il coraggio di dirle queste cose; oggi in Italia va tutto male! E perché? perché manca l'autorità, l'ordine. Il golpe, il golpe; macché è tutto nella testa della gente, magari ci fosse! ». E questo è stato quello che mi ha detto sulla terapia di Montelupo Fiorentino.

Di illegalità ne ho denunciate tante. Non ho mai avuto una smentita, una querela; eppure nel mio libro sui manicomi criminali ho accusato di corruzione un giudice di sorveglianza, quello di Aversa, il « pregevole » dottor La Spada, che ha fatto scappare uno che aveva i soldi. Ho accusato di concorso in lesione, di abuso di potere, di omissione di atti d'ufficio, di omicidio colposo, direttori e agenti di custodia. Non è successo assolutamente niente. Ma le illegalità ci sono: osservazioni che durano mesi e mesi, psicofarmaci ai sani, omicidi di « suicidati », contenzione e botte, terapie decise dai marescialli, « scopolamina » ai sani di mente, i medici che non curano le fratture delle botte prodotte dagli agenti di custodia, i direttori che non vedono niente di tutto questo. Tutto questo è illegalità pura. Quando qualche compagno mi diceva: « Ma allora questo libro è fallito. Perché se non ti denunciano non si può portare avanti questa cosa ». Io gli rispondevo: « Per me questo libro è fallito perché su questo

# manicomi criminali

libro non si è creato un movimento di lotta contro i manicomi criminali», ma io non ho mai pensato che tutto questo potesse andare in tribunale e risolversi lì. Perché, che cosa è la legge? La legge è un alibi che il potere si offre e che non rispetta se non ci è costretto. La legge serve a legittimare chi ha il potere, e non a garantire chi il potere non ce l'ha. Compagni io ho un sovrumano disprezzo per le leggi, io coltivo nel più profondo del cuore l'illegalità, a me non me ne frega niente che a Montelupo non si picchi, non si mettano nei letti di contenzione, non si bastoni, cioè io non voglio i manicomi, io non credo soprattutto che sia possibile che i manicomi funzionino diversamente per tutti i motivi che vi ho detto prima per il meccanismo del manicomio. Quindi io vengo qui per dirvi: per carità non crediamo nella trappola della legalità, il nostro problema è quello di non rispettare la legge, il nostro problema è quello di affrontare l'illegalità è qui il punto; perché, ecco, e qui non lo so se sarò tanto popolare, c'è anche un modo di non stare al gioco, che poi in definitiva è quello di stare al gioco, è ancora quello di cadere in quello che loro si aspettano che tu appunto faccia. La P. 38 facile per esempio è secondo me ancora un modo di stare al loro gioco. Noi dobbiamo inventare dei modi contro la legge ma che paghino, che ci servano, che ci portino avanti. Bene il problema non è appunto di eliminare l'illegalità, è di vedere i rapporti di forza, e capire se possiamo o no fare qualcosa. Noi abbiamo tirato fuori Valpreda, perché nessuno di noi sopportava più che Valpreda e i suoi compagni fossero in galera, quando tutti sapevano che non avevano fatto niente; è stato un movimento di massa che è durato anni e che ad un certo punto ha fatto sì che Valpreda dovesse uscire, ha reso intollerabile questa cosa a livello di massa, è ci siamo riusciti. Qui il problema è molto diverso, perché non è un Valpreda che si può anche tirare fuori, è un anello importante delle istituzioni che si va a toccare, qui la lotta è più difficile, però dobbiamo tutti in prima persona sentire come nostro bisogno personale, privato, che non si può più sopportare l'idea che esista il manicomio criminale. Un'ultima cosa: io credo che protagonista della propria liberazione, della propria oppressione è chi vive l'oppressione in prima persona. Quindi, io credo, posto poi che la stragrande maggioranza dei detenuti nei manicomi giudiziari è composta da sani di mente, che la grande battaglia

per la chiusura dei manicomi giudiziari la debbano fare e dirigere quelli che nei manicomi giudiziari ci stanno.

Nei manicomi giudiziari tutto dipende dagli internati. Gli internati in un manicomio come i detenuti in un carcere possono bloccare completamente il funzionamento del manicomio, perché hanno in mano la cucina, la mensa, le lavorazioni, il casermaggio, funzionano anche nell'infirmeria (ammesso che essa funzioni); comunque sono dappertutto: funzionano come scopini, come scrivani, come tutto. Quindi il manicomio giudiziario si può fermare completamente in poche ore. Questa è una lotta illegale certamente, però questa è un'indicazione di lotta. Noi dobbiamo cercare fuori, se sentiamo come nostro bisogno che il manicomio non possa più esistere, di costruire una mobilitazione su questi temi e un appoggio all'esterno. Io credo che, se riusciamo a fare questo, se riusciamo a creare una grossa mobilitazione su questo problema e a permettere perciò la lotta a quelli che ci stanno dentro, io credo che noi possiamo arrivare a far chiudere i manicomi criminali.

## Antonio Filastò, del collegio di difesa della famiglia Martinelli

Porto l'adesione al comitato del collettivo giuridico politico del Soccorso Rosso di Firenze.

Quello che è particolarmente significativo in questa iniziativa è che qui siamo di fronte a un caso concreto, in rapporto al quale è realmente ed obiettivamente possibile fare del lavoro concreto, perché è estremamente difficile entrare all'interno dei meccanismi dell'istituzione partendo da principi generici, viceversa allorché si ha fra le mani un episodio in rapporto al quale nasce un certo livello di indignazione è possibile tirare il bandolo della matassa, ed arrivare a dei risultati; ecco perché è di estrema importanza, ed è direi per certi versi anche nuova la costituzione di questo comitato sulla morte di Antonio Martinelli.

La morte o l'omicidio di Antonio Martinelli non deve essere considerata soltanto un'occasione per discutere sul problema del manicomio giudiziario, perché bisogna fare estremamente attenzione a non cadere nella trappola delle parole, questa è una fase che conosciamo abbastanza bene, e che sostanzialmente è già stata percorsa, ed è una fase che conduce molto spesso alla esorcizzazione e non alla modificazione di determinate realtà concrete esistenti. La morte o l'omicidio di Antonio Mar-

tinelli può e deve essere l'occasione per denunciare il manicomio giudiziario, prima di tutto quello di Montelupo Fiorentino, poi il manicomio giudiziario come istituzione e poi successivamente gli istituti legislativi che lo sostengono; la logica che ci deve guidare deve essere quella di disturbare il manovratore direttore o medico dell'ospedale giudiziario, il manovratore giudice, il manovratore burocrate. Secondo questa logica attraverso una collaborazione costante con l'Ospedale psichiatrico e civile di Arezzo siamo riusciti a muovere determinate cose, non sempre, e non sempre con risultati ottimali, ma per lo meno siamo riusciti a bloccare un comportamento di parte della magistratura Arezzina, nettamente repressivo nei confronti di medici, infermieri e internati. Mi pare giusto, dato che siamo a parlare di fatti concreti, far vedere fino a che punto arriva l'istituzione, fino a che punto è lubrificata in una determinata direzione, raggiungendo dei vertici che sono al di là dell'errore. Una ricoverata dell'ospedale psichiatrico civile di Arezzo era, fino alla nuova gestione dell'ospedale, una specie di «cosa oligofrenica», tenuta dentro un letto con le barricate intorno, non si alimentava, non parlava, non camminava. Cambiata la gestione, intervenuta psichiatria democratica, questa donna comincia a parlare, addirittura arriva a servire al bar dell'ospedale. Siccome aveva un forte deficit alla vista, ed era di corporatura piuttosto notevole, aveva l'abitudine di camminare allargando le braccia; facendo questo urta una vecchietta ricoverata che batte contro lo spigolo di un tavolo e si procura una frattura ad una costola. Interviene allora la legge: processo, per lesioni personali volontarie gravi. Assoluzione in istruttoria, sentenza di proscioglimento per incapacità di intendere e di volere. Manicomio giudiziario, per la durata di due anni. I medici dell'ospedale psichiatrico, hanno scatenato una campagna di stampa culminata con l'arresto di Pirella per resistenza. Siamo riusciti ad ottenere una sentenza istruttoria della corte di appello di Firenze che ha sconvolto completamente il caso. Questa donna non ha fatto neppure un giorno di manicomio giudiziario. Voglio dire, con questo, che non si deve considerare l'istituzione come un feticcio intoccabile, in rapporto al quale non ci sia assolutamente mai niente da fare, se non lamentarsi all'interno di dibattiti. Esistono delle norme del codice penale, che possono colpire anche i magistrati. I fatti dell'Innis di Trento, della strage di Peteano, e forse anche della

strage di Piazza Fontana, sono lì ad indicare che vi è la possibilità di inserirsi all'interno dell'istituzione, criminalizzando la istituzione, perchè l'istituzione può e deve essere criminalizzata, con gli strumenti che esistono nel codice penale, e di cui tutti noi, come cittadini, disponiamo, quando è il caso di criminalizzarla. All'interno dello specifico giuridico, c'è la possibilità di lavorare, quando si abbia presente questo orientamento, non soltanto remissivo, non soltanto di contestazione o di brontolio sommosso in rapporto a quello che avviene, ma anche di possibilità e di capacità di intervento e di inserimento diretto.

Detto questo, sul terreno pratico del caso forse non sono fuori luogo alcune informazioni. Esiste un'inchiesta, questa inchiesta stranamente, rispetto a quello che avviene nella normalità dei casi, non è nominativamente rivolta nei confronti di certe persone, non esistono imputati. Siamo in una fase in cui nel registro generale della procura della repubblica di Firenze, il caso è indicato atti relativi alla morte di..., vale a dire una rubricazione, una indicazione generica che non aggridesce neppure eventuali o possibili responsabili. I periti nominati dalle autorità per far luce sul caso sono un tossicologo, un neuropsichiatra, e poi un medico legale che è lo stesso che ha fatto l'autopsia. Gravissimo errore, tendenzioso, perchè l'autopsia è una cosa e la perizia sull'autopsia è un'altra.

E' chiaro che se l'autopsia ha sbagliato nell'indicare determinate cause della morte, non sarà certo quel perito che ha fatto l'autopsia a sconfessare se stesso. Teniamo presente anche un'altro fatto: che il meccanismo primario attraverso il quale si esorcizzano fatti di questo genere è il tempo; il processo penale in Italia è di una lunghezza infinita, quando si ha a che fare non con il giovane di 19 anni trovato con una bottiglia piena di benzina, ma con episodi di questo genere. Le cose si allungano indefinitamente come serpenti. Ecco dunque un altro aspetto da tener presente: non rallentare la tensione, non farsi prendere dal gioco del tempo e della procrastinazione dell'inchiesta giudiziaria. Tensione, non commozione, perchè la tensione è anche intelligenza, è anche approfondimento di determinati problemi. La morte di Antonio Martinelli, è di per sé, a prescindere dal modo cruento o meno con cui sia morto, un caso che deve scoprire la rogna che c'è all'interno di quell'ospedale giudiziario, e all'interno dell'istituzione manicomiale e criminale in ge-

nerale. Qualunque sia stata la causa, sono certo che un lavoro serio in questa direzione, un lavoro che riguardi anche la struttura interna del manicomio e del carcere, l'ambiente di vita di questo giovane, porterà sicuramente a dei risultati concreti. E' molto importante che noi avvocati a contatto con l'istituzione, che abbiamo rifiutato il ruolo di mediatori nei confronti delle istituzioni per accettare un ruolo completamente diverso di conflitto diretto (allorchè evidentemente il conflitto serve ed è importante che ci sia), è molto importante che alle spalle abbiamo voi, un comitato come questo, dei fenomeni sociali come quello che si sta costituendo ora. Assistere ad una tensione di questo genere rappresenta realmente respirare un'aria diversa dopo molti anni di isolamento.

## Pio Baldelli

...esiste un sistema di informazione di regime, che si occupa solamente di casi eccezionali. Io vorrei sottolineare come tutto il sistema di informazione abituale, non solo italiano, ma in generale, ovunque si esercita un potere coercitivo o burocratico, miri unicamente a consolare le persone dicendo: «Questi sono casi eccezionali».

Mentre la controinformazione cerca disperatamente con i mezzi di cui dispone, ma con fermezza, di riportare alla normalità i fatti e di legarli in un tessuto connettivo. Ecco il secondo esempio. In questo caso, non ci sono morti e brutalità, e tuttavia si dimostra chiaramente, come violenza e informazione possano saldarsi e andare d'accordo. Avrete letto probabilmente del caso apparentemente comico, farsesco, della ragazza, Rachele, che a Roma ha ottenuto il primo posto nella graduatoria delle liste di avviamento al lavoro. Allora la ragazza si presenta nella azienda, un biscottificio a quattordici chilometri dal centro di Roma, ha la lettera col bollo ministeriale, si presenta e il portiere poi il capo-reparto dicono «No, tu non puoi entrare perchè tu sei una donna»; «beh ma io ho la lettera del Ministero, sono la prima in graduatoria». Trentacinquemila richieste di giovani disoccupati a Roma, settantaduemila nel Lazio.

Ma le dicono «Qui sono venti anni che non sono mai entrate donne» e il capo-reparto: «Poi, anche volessimo, non è possibile perchè mancano i servizi logistici» (vuol dire i cessi, gli spogliatoi, dove possa stare una donna). La ragazza se ne va, e siccome era prima in graduatoria, ed è graziosa, è un caso commovente (ha tre figli a carico piccoli e un marito in gale-

ra), e il caso vuole che si trovi vicino un giornalista, fa notizia, diventa uno scandalo nazionale. Lo scandalo nazionale sull'enormità di un singolo episodio, è una consolazione, perchè le autorità costituite intervengono, perchè la lega dei disoccupati, il sindacato interviene, e dunque la ragazza tra qualche giorno riprenderà il suo posto e verrà risarcita in qualche maniera; eppure all'interno di questo episodio, ci sono ben altre forme di violenza che si esercitano come si eserciteranno tra poco sul caso di Antonio.

Prima violenza, di cui i giornali non parlano, di cui la radio non ha fatto menzione: *la violenza del linguaggio*, perchè si dice che questa è un'incredibile storia che odora di medioevo. Non è assolutamente vero che sia medioevo, che sia incredibile storia, è una storia credibilissima, non del medioevo ma *da Italia 1977*, è solo la punta di un iceberg, cioè la disperazione sociale, di una vita quotidiana che combatte ogni giorno per il posto di lavoro. Numero due: *una violenza che viene nascosta*, mascherata e che esiste a livello dell'informazione cioè la violenza che non è solo del «Signor Padrone» del biscottificio Gentilini a 14 Km. da Roma, perchè lui si ha compiuto violenza, ma che altro hanno fatto gli organi del Governo?

Sono 20 anni che una donna non ha il diritto (eppure esiste la costituzione) di entrare in quella fabbrica e in cento e mille altre fabbriche italiane. Che cosa ha fatto l'opposizione per rendersi conto? che cosa ha fatto il sindacato? che cosa ha fatto il consiglio di fabbrica? che cosa hanno fatto anche, senza retorica, i singoli operai quando si presentava una circostanza reale, sociale di chiusura, sbarramento nei confronti del lavoro per la donna da venti anni a questa parte. E aver taciuto, è una altra forma di violenza che va smascherata. Terzo punto: esiste la più grossa violenza, quella per cui un sistema di governo, un regime, crede sul serio di offrire le liste di ufficio collocamento, quando è assolutamente inadempiente e vuoto nei confronti della vita sociale nel suo modo di strutturarsi e ancora dentro fino al collo della legge del profitto. A Roma 35 mila iscritti, nel Lazio 72 mila, e ci sono otto che vincono, otto persone, che altro è se non violenza? Indurre nella testa della persona che tu se sopravvivi sopravvivi perchè l'altro crepa, che la vita è un'immensa lotteria e solo chi ha fortuna in questo caso, può uscirne fuori; cioè una rappresentazione della vita come una giungla. Eppoi se questa

# manicomi criminali

giungla crea delle tensioni nervose, crea degli atti disperati di violenza individuale tutti da condannare perchè furiosamente assenti dal lavoro di massa, però la responsabilità di questa violenza individuale è solo di quella mano che fa sanguinare o spara o colpisce? anche o di un sistema che è responsabile del punto di partenza di queste azioni singolari? Ecco allora, che il problema non è in questo caso, il singolo manicomio, e il singolo medico brutale o il giudice tizio, ma è un discorso molto più ampio che mi pare giustamente avviato in questa sede. Ultima cosa: io credo che anche in episodi come questi, bisogna piantarla con la retorica dell'ideologia della morte. Quando i compagni sfilano nei cortei e dicono e scrivono degli stricioni: « Walter è vivo e lotta insieme a noi », è una fandonia. Perché Walter è morto, non è vivo e questa sottomissione alla morte è idiota, è improduttiva. Antonio non è vivo, anche se è collocato nella nostra memoria, è morto, e solo in un caso non ne distruggeremo almeno la memoria. E il caso è: non le chiacchiere, non il comizio, non i propositi, non i programmi, ma, primo: se riusciremo con l'informazione, la mobilitazione di massa politica, a far pagare caro ai responsabili di questa morte, la loro colpa; secondo: se riusciremo con una mobilitazione a compiere questa minima riforma dell'arco costituzionale: la chiusura del manicomio criminale di Montelupo Fiorentino; terzo: se con la controinformazione e il lavoro modesto di centinaia di questi comitati riusciremo a far allargare il discorso dal singolo caso, dal singolo violentato a una struttura sociale nel suo complesso. Se queste cose non si verificheranno, tutto il resto sarà solamente un « deprofundis » e una volgare forma di consolazione. Siamo stanchi di consolarci, è il momento di cambiarle le cose, in modo che diminuiscono i morti come diminuiscono anche le consolazioni.

## Maurizio Mori di Medicina Democratica

Medicina Democratica, Movimento di Lotta per la Salute, di cui porto l'adesione e il saluto a questa manifestazione, fu attivamente presente nel settembre scorso al grande Convegno di Bologna sulla repressione « in quanto — come affermava il documento di adesione — la linea in tema di salute collettiva, di partecipazione, di soggettività è contro qualsiasi uso repressivo, di controllo sociale, di emarginazione della devianza da parte della medicina e dei suoi ope-

ratori... La funzione repressiva della medicina si è realizzata oggi soprattutto attraverso:

- il crescente trasferimento dei problemi sociali e personali in un'area di gestibilità istituzionale e di silenziamento terapeutico;
- l'avanzante tecnicizzazione dell'atto medico;
- la diffusione di false o inefficaci pratiche di prevenzione secondaria per deviare la domanda di conversione del modo di produzione;
- l'attribuzione al medico di nuovi compiti repressivi nei confronti del comportamento infantile se è pediatra, del diritto all'aborto se è ostetrico, del rifiuto al lavoro se è un fiscale, dell'uso della droga se è un medico, della devianza se uno è psichiatra, della rivolta alla nocività se è un medico del lavoro ».

L'adesione al convegno di Bologna sulla repressione era coerente continuazione di un altro Convegno di Bologna, quello che nel maggio 1976 aveva sancito la costituzione ufficiale di Medicina Democratica, Movimento di Lotta per la Salute. In quella sede la relazione di apertura del compagno Maccacaro sottolineava la nascita di Medicina Democratica come non casualmente coincidente con il momento di profonda crisi economica, politica e istituzionale del nostro paese, crisi che produce tra l'altro un deterioramento delle condizioni di vita e di lavoro della classe operaia e delle masse popolari, e che un obiettivo decadimento di salute attraverso:

- l'intensificazione dello sfruttamento
- la diffusione del lavoro nero
- l'incremento della nocività
- il deterioramento delle strutture sanitarie.

Ma il compagno Maccacaro sottolineava anche che « la gestione del nostro movimento è più lunga e complessa, se ne possono rintracciare antecedenti e premesse su un arco di tempo assai lungo; e certamente non è scorretto ritenere decisive e significative le lotte studentesche e operaie negli ultimi anni '60 e dei successivi ». « Da allora — diceva ancora Maccacaro — sono venuti maturando e affrontandosi due processi di enorme portata e di opposto segno: la medicalizzazione della politica e la politicizzazione della medicina, la prima come scelta del capitale, la seconda come scelta della classe del lavoro ».

Bene compagni, la morte di Antonio Martinelli è un modello significativo del tentativo del capitale, del potere, di « medicalizzazione della politica » come momento della criminalizzazione del dissenso. Un accenno sul problema dei servizi e delle carceri. I.C.I.M. (Centri di Igiene Menta-

le) che si trovano in qualche modo coinvolti in questa tragica vicenda della violenza quotidiana del sistema, sono stati e sono un momento esemplare di lotta alle istituzioni (anche sanitarie) e di lotta nelle istituzioni (anche sanitarie). Ma questo può non bastare, in una istituzione così totalizzante come è questo sistema sociale, con il suo potere politico e con i suoi sistemi repressivi, se non si mette in moto e non si porta avanti — come metodo politico di lavoro — una capacità di valutazione critica permanente e di rapporto reale da parte del servizio, con i bisogni complessivi della classe operaia e delle masse popolari, con la soggettività, con il diritto e la volontà di partecipazione. E non basta, quindi un servizio che sia soltanto « democratico e illuminato », se non va alla contestazione puntuale della violenza del sistema.

Diceva ancora Maccacaro, sempre nella sua relazione di apertura al Convegno di Bologna istitutivo di Medicina Democratica, che sono molti i medici della partecipazione (partecipazione come autogestione della salute, intendo ora). E diceva che « un terzo amico della partecipazione è la provvidenzialità. E qui il nostro discorso si sposta dal luogo sanitario al governo sanitario, rivolgendosi francamente anche a chi ne porta responsabilità locali ». C'è un modo che, non vogliamo nemmeno discutere di intendere tale responsabilità: come occasione di potere, tessitura di clientele, pretesto di corruzioni: è il modo « democristiano » per antonomasia.

Ma c'è un altro modo che è pure antipartecipatorio. E' di chi — ente o persona, ma più spesso il primo che la seconda — si ritiene investito del compito e titolare della capacità di anticipare la domanda sociale di salute, e di presentarla, prima che sia espressa, di immaginarla prima che sia concepita, infine di provvedere ad essa prima che sia consapevolizzata. Con un termine corrente ciò si chiama anche « paternalismo », ma ritengo più corretto definirlo « provvidenzialità ». Perché così mi pare meglio indicato quale modo di mettersi in rapporto con la realtà che prescinde dal suo ascolto: quell'attitudine a disporre risposte preformate che prescindono dalla formazione delle domande: quell'interpretazione del mandato amministrativo che infine determina una richiesta cui si consente soltanto di conformarsi all'offerta ». E sarà dunque bene che anche i servizi « democratici e illuminati », come i Centri di Igiene Mentale, si liberino della tendenza alla « provvidenzialità ».

Chiudo compagni, ricordando che Medicina Democratica ha proposto la costituzione di un Comitato nazionale per la difesa dei detenuti nelle carceri, e che in questo senso ha impegnato la Segreteria ad organizzare riunioni di aggregazione con i compagni di Magistratura Democratica e di Psichiatria Democratica.

## Due degenti dell'Ospedale Psichiatrico di Arezzo

...Io mi riferisco a una società che ha creato i manicomi. Se essa li ha creati è necessario che venga modificata, chiudendoli. La stragrande maggioranza degli internati nei manicomi sono poveri, deboli, minorati (che poi non sono minorati). La malattia mentale, ancor che esista, esiste in lievi e tenue dimensioni, che possono essere guarite, che possono essere migliorate. Il malato può, attraverso una comunità democratica terapeutica di psichiatria democratica aperta, essere liberalizzato, socializzato, migliorato nelle sue condizioni economico-sociali, ridimensionato nella società. Ma il raggiungimento di questo obiettivo è molto difficile se non si modifica la società. Questo è il punto-chiave. Io non voglio fare un discorso prettamente politico, ma posso dire questo: se la società ha creato i manicomi, allora è necessario modificarla, affinché questi vengano distrutti. Il manicomio deve essere modificato dall'interno, deve portare la sua voce nella società, per rifare la società.

... Oggi c'è poca giustizia. Per me non c'è la giustizia; sai per chi è fatta adesso? Per i poveri; per i bischeri è fatta. Mica è fatta per i quattrini; chi ha i quattrini si difende bene. E' fatta la legge per la povera gente disgraziata, che fa il contadino, l'operaio, gente che lavora in fabbrica, fa così tutti i giorni. Quelli là che hanno rubato miliardi... no, questi lasciateli stare che non danno noia, questo va bene anche se continua a rubare e ammazzare; io che esco dal manicomio nessuno mi aiuta. Allora vogliamo sconvolgere la società, cambiare tutta la società, giorno per giorno, io penso così, contro tutta la società perchè è tutta fradicia, tutta marcia da capo a piedi ».

## Giorgio, operaio della Pozzi

Mi rivolgo a questa assemblea per portare l'adesione degli operai della Pozzi. Questo è un argomento che riguarda principalmente il proletariato e il semi-proletariato. E' tra queste classi sociali che l'alienazione trova

terreno fertile, perchè nella disoccupazione e nelle ristrettezze della vita trova spazio chi vuole infondere nella classe operaia una convinzione precisa: che il posto di lavoro bisogna considerarlo come una mancia caritatevole elargita dai vari poteri invece di considerare che la dignità del lavoro è scaturita da lotte che noi operai abbiamo fatto e che ora si cerca di vanificare, addossandoci la colpa delle varie crisi. Anche e soprattutto per questo, compagni, penso che questa assemblea debba essere un momento di lotta e di organizzazione, del movimento di opposizione, contro l'emarginazione e la repressione a Spoleto e il più in generale in Umbria. Per questo è importante fare il punto sulle condizioni di vita che centinaia di giovani proletari nella nostra città vivono quotidianamente.

Condizioni queste, caratterizzate da una forte precarietà sociale e culturale, che trovano origine nella logica padronale locale e nell'iniquità e passività di chi ha in mano la gestione pubblica. Il caso di Antonio è un drammatico e agghiacciante esempio di tutto ciò; quindi non è un caso che questo sia accaduto ad Antonio.

Antonio da figlio di proletario non può essere paragonato al figlio di Alibrandi (avvocato fascista che oggi si permette di mettere sotto accusa circa 90 persone perchè desiderano la libertà, mentre suo figlio va in galera per attentati, esce spara, riesce in libertà provvisoria, armato di mitra risparmia. Il figlio del servo del padrone spadroneggia ancora libero a Roma). Finchè avremo « Gli Alibrandi » ci sarà sempre un compagno Antonio nei lager di stato.

## I compagni che intervengono nel carcere di Spoleto

Riportiamo stralci di lettere inviate da detenuti del carcere di Spoleto, da cui emergono le condizioni di vita atroci a cui essi sono sottoposti.

## Lettera del 16-6-77

... Il pavimento dei cameroni è in cemento ed ora vi sono delle notevoli buche ed asperità e fessure le quali cose non permettono di pulire dovutamente. Tutto l'istituto non è stato forse restaurato o imbiancato per ciò che la Rocca permette.

Abbiamo recipienti per l'immondizia che sono di latta o di stagno e per le ammaccature non si riesce mai a farli completamente puliti e i rifiuti che al solo guardarli fanno nausea li dobbiamo tenere nella cella e ven-

gono svuotati una sola volta al giorno. La notte, specie se fa caldo, si respira il lezzo dei rifiuti guasti...

## Lettera del 31-10-77

... E' quasi incomprensibile come riusciamo a volerci bene l'un l'altro in uno spazio così infimo. Qui andare a lavorare è la cosa più necessaria perchè scarica le tensioni morali e psichiche. Lo spazio è sempre una questione importante, qui uno spazio infimo allunga il tempo come in una eternità. Un tavolo va posto sull'altro perchè per entrambi non c'è posto, per sei persone abbiamo solo due armadietti. La biancheria è negli scatoloni di cartone. Le pareti sono appiccicate di pornografia, la letteratura del carcerato sono giornalotti e fumetti porno.

22-10-77:

... Erano circa 30 agenti. Per ogni camerata fino a 18 detenuti. State buoni... (ma se avevamo intenzione di muoverci non avremmo neanche potuto fiatare) ci dicono quasi tutti, uno per volta e intanto ci fanno restare nel letto ognuno sorvegliato da uno di loro mentre un gruppo resta al centro del camerone. Quando qui a Spoleto comandavano B e V. durante i trasferimenti in massa, abusivi sempre, ognuno doveva restare nel proprio letto con, per ognuno un secondino che seduto al margine immobilizzava il detenuto tenendolo schiacciato mentre lo avvinghiava col corpo agganciando le mani all'altro margine del letto.

22-9-77:

... Una volta fino a qualche mese fa la giornata lavorativa era di 7 ore e mezzo compreso il sabato. Senza una ragione che non sia stata tutta a favore della direzione, lavoriamo ora 5 ore e mezzo, meno il sabato in cui non si lavora affatto, col risultato di vivere due giorni infernali in una routine assurda e inesorabilmente deleteria. Così (qui la strategia di sfruttamento è evidente e svergognata, un vero abuso anticostituzionale) lavoriamo solo 27 ore e mezzo per settimana e ciò per tagliare lo scatto di contingenza ottenuto la scorsa primavera, cosicché prima dello scatto percepiamo: apprendisti: 504 lire per ora, operaio: 631 lire, operaio di seconda: 645 lire; ora percepiamo: apprendisti: 615 lire l'ora categoria D, operaio: 770,42 lire l'ora categoria C, operaio, 877,44 lire l'ora categoria B.

Comitato di inchiesta sulla morte di Antonio Martinelli

## Lavoro precario e lotte nell'università

### Crisi economica e caduta del consenso

I recenti sviluppi della crisi economica hanno definitivamente chiarito la sua natura non congiunturale, bensì strutturale: il quadro economico, sociale e politico del nostro paese è entrato in grave contraddizione con le possibilità di impostare quella politica di allargamento della base produttiva, di piena utilizzazione delle risorse e di piena occupazione che il Sindacato auspicava e per cui si è finora battuto.

L'utilizzazione, nel quadro di uno sviluppo distorto, della arretratezza del Meridione; l'uso massiccio e incontrollato del lavoro nero, che sta cambiando la composizione della classe operaia; l'attacco frontale alle fondamentali conquiste dei lavoratori italiani, scala mobile, contrattazione integrativa aziendale e meccanismi di controllo operaio; tutto questo delinea un progetto complessivo di riportare il nostro paese, attraverso una dura sconfitta del movimento organizzato dei lavoratori, a un modello di sviluppo fondato sul controllo autoritario della manodopera, sulla diffusione della sottoccupazione, sul ridimensionamento del potere contrattuale del Sindacato.

L'ideologia dei sacrifici, nei suoi richiami moralistici a una solidarietà sociale dai contorni chiaramente autoritari e corporativi, rischia di fornire la copertura ideologica a questo processo, cercando di implicare lo stesso Sindacato nella gestione di questo attacco alla condizione economica e politica dei lavoratori.

La scarsa capacità del Sindacato di sapere indicare

una linea alternativa credibile e adeguata agli interessi dei lavoratori ha portato a una serie di cedimenti senza contropartite sulla questione fondamentale del costo del lavoro e della scala mobile.

Gli effetti di questa impostazione rinunciataria della politica sindacale non si sono fatti attendere: è sempre più grave lo scollamento del Sindacato dalla propria base e dal paese, ed è sempre più difficile trovare la volontà politica di uscire dalla logica dell'inseguimento della crisi sui terreni scelti di volta in volta dalla controparte.

La caduta di egemonia della classe dirigente del nostro paese rischia, paradossalmente, di implicare una caduta del consenso dei lavoratori nei confronti delle loro organizzazioni. Questo mentre il delinarsi sotto i nostri occhi, giorno dopo giorno, di una nuova organizzazione sociale del lavoro fortemente arretrata, di tipo potremmo dire « giapponese » (bassi salari, massimo sfruttamento, minimo potere, spaccatura in due del mercato del lavoro fra settore « forte » e lavoro a domicilio) renderebbe urgente una risposta efficace e generale.

### Il sindacato, i partiti e l'uscita dalla crisi

È sempre più evidente la ripresa dei tentativi dei partiti di ricondurre le organizzazioni sindacali a posizioni di collateralismo e lottizzazione della presenza fra i lavoratori che erano state da tempo superate. Ciò comporta una sempre maggiore insofferenza nei confronti degli interventi sindacali nei momenti decisivi della vita politica

del paese, nelle scelte che contano.

Questo tentativo di indurre spaccature fra economico e politico, che nella realtà di tutti i giorni non esistono, corrisponde perfettamente alla proposta di uscire dalla crisi mediante un rafforzamento del controllo dello Stato e dei datori di lavoro sulle dinamiche politiche e sulle richieste di potere che emergono dai lavoratori. Il carattere utopistico e avventuristico delle tendenze a pensare di risolvere la crisi in un quadro di democrazia controllata e corporativa, con un Sindacato in posizione di cogestione all'interno delle imprese e della società è rivelato dal fatto che mentre la crisi provoca disoccupazione massiccia, dissesto della bilancia dei pagamenti, diffusione della sottoccupazione, contemporaneamente i profitti crescono, la produttività del lavoro aumenta senza contropartite, l'esodo dei capitali e l'evasione fiscale proseguono incontrollati. In sostanza la crisi la stanno pagando per intero i lavoratori.

I modi di uscita dalla crisi non possono essere sacrifici unilaterali di carattere economico e di potere, ma interventi strutturali, fondati sul controllo democratico delle risorse e degli investimenti: rilancio dell'agricoltura e rinegoziazione dei termini degli scambi all'interno del MEC, piano casa, redistribuzione degli oneri fiscali, sviluppo della ricerca per uscire dalla subalternità nei confronti del know-how delle multinazionali straniere, ecc. Un tipo di politica non subalterna alle scelte dei grandi gruppi imprenditoriali, implica la rivitalizzazione dei momenti di democrazia allo interno del Sindacato e di aggregazione sul territorio: Consigli di fabbrica, Consigli di zona ecc., non come momenti di decentramento burocratico, ma come prati-

(Continua a pagina 29)

# La violenza dell'istituzione sanitaria: bambini in ospedale

Dal diario di Valfreda

*Lunedì 17 febbraio 1975.* Ricoverato Matteo. Fortissimi dolori alle gambe. Non si regge in piedi. Noto subito la mancanza di tatto e di disponibilità psicologica del personale infermieristico. Mi è concesso di restare accanto al bambino, dopo la sua sistemazione in camera, per mezz'ora circa. Poi, vengo allontanata. È l'ora del pranzo. Il bambino, che piange e si aggrappa a me, mi viene letteralmente strappato dalle braccia e fatto sedere ad un tavolino, insieme ad altri bambini. Tutte queste manipolazioni e questi spostamenti non possono che aggravargli il dolore, visto che a casa non sopportava sulle gambe neppure il peso del lenzuolo. Cerco di farlo presente, ma nessuno mi ascolta. Il bambino urla, per il male e la paura di essere lasciato solo. Mi chiede di portarlo in un ospedale « dove possono restare anche le mamme ». Naturalmente mi viene fatto notare dall'infermiera che « poi si abitua ».

È concessa mezz'ora di visita: dalle 17,30 alle 18 nei giorni feriali, dalle 10,30 alle 11,00 nei giorni festivi (cosicché dalle 11 della domenica alle 17,30 del lunedì i bambini non possono vedere i parenti).

*Martedì 18 ore 17,30.* Sempre malinconico, ci sorride. Piange dopo un poco, chiedendo nuovamente di essere portato in un ospedale « dove possono restare anche le mamme ». Si rende perfettamente conto che non è il caso di chiedere di essere portato a casa. Insiste perché rimanga ancora un poco. Non mi viene concesso.

*Mercoledì 19 ore 17,30.* Durante la visita piange.

*Giovedì 20 ore 17,30.* La dottoressa mi concede di fermarmi mentre bambino mangia. (Mi viene concesso perché il bambino piange ininterrottamente e necessita invece di calma e di tranquillità). Lo metto a letto e rimango fino a che non si è addormentato. Tiene fra le sue la mia mano. Si sveglia ripetutamente di soprassalto. Quando una prima volta mi allontano, credendolo addormentato, urla: « Aiuto, dov'è la mia mamma?!!! » Esco verso le 21.

*Venerdì 21.* La caposala, che è estremamente rigida, mi chiede fino a che ora mi sono fermata, la sera precedente. Mi rimprovera ed aggiunge che devo andarmene non appena il bambino ha terminato di mangiare. Naturalmente non l'ascolto (questo mi è reso possibile dal fatto che la caposala lascia l'ospedale alle 19). Alla sera Matteo ha quasi 40 di febbre.

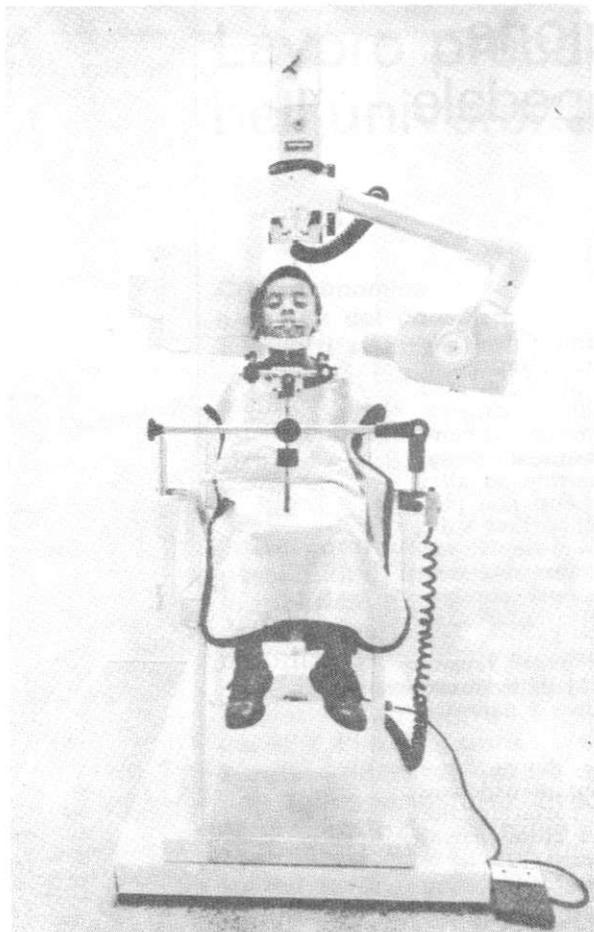
*Mercoledì 26.* Matteo mi dice che l'infermiera al mattino lo lava « con l'acqua che scotta » e che, siccome lui piange, « lo picchia sul culetto ».

Dopo due settimane dal ricovero comincia ad innervosirsi. Dice parolece, mi morde e mi picchia (e così fa con mia madre). Inizia una confidenza e poi urla, a metà del racconto, che A ME non dice niente. È sempre più nervoso. A volte, dopo che io e mia madre lo abbiamo baciato, si « pulisce » la guancia con aria irritata.

Annotazioni su altri bambini:

MICHELE, tre anni e dieci mesi, ne dimostra circa due. È molto piccolo e parla come un bambino di due anni. Viene ricoverato frequentemente in ospedale. Il primo giorno piange molto e dorme ingnocchiato. Molto affettuoso, si affeziona a me a tal punto che, quando io sono presente, le infermiere non lo possono toccare. Sul vasino si lascia mettere solo da me. Ovunque vada, mi segue. Questo, però, lo fanno anche gli altri, grandicelli compresi. Non mi lasciano mai, e quando entro in bagno, nel corridoio c'è una lunga fila di bambini ad attendermi. A volte quando esco dal bagno e li vedo tutti in gruppo ad attendermi, riconosco ridendo che è proprio come se fossimo Lorenz e le sue papere. Ma mi rendo conto che esser loro amica non basta. Un giorno, spero presto per Matteo, usciremo dai-





l'ospedale e questa mia presenza tanto attesa dai bambini non servirà a rendere meno angosciata la degenza dei bambini che verranno in seguito. E per questo che mi rendo conto di quanto sia necessario fare qualcosa per modificare questa situazione che è veramente allucinante. Tornando a Michele: a distanza di 10 giorni dal ricovero si lascia avvicinare dalle infermiere anche in mia presenza.

La stanza di Matteo è sempre piena di bambini. Una donna socievole e ben disposta verso tutti e, soprattutto, presente tutti i giorni (cioè figura sulla quale fidare costantemente), viene molto apprezzata dai bambini. Ognuno ha da raccontarmi di sé e da chiedermi consigli o pareri. I più piccoli mi si accoccolano in braccio, a turno. Facciamo lavori di équipe, come colorare un disegno un pezzo per ciascuno, e questo sembra divertirli molto.

Si seccano moltissimo quando vengono le infermiere per mandarli a letto.

**STEFANO**, quattro anni. In ospedale 15 giorni per esami. La prima notte piange disperatamente, scalcia e urla « che vuole la mamma ». **GIUSEPPE**, circa tre anni, molto piccolo di statura, malato di cuore. Viene da Bari. Frequenti ricoveri. Cardiopatico, dovrà essere operato al cuore.

La sera del suo arrivo, vedo che gli viene cosparsa la testa di polvere contro i pidocchi. Urla disperato in piedi sul lettino, cercando la mamma. Non ho mai visto prima d'ora tanta disperazione in un bambino. L'infermiera gli urla più volte di smetterla, perchè altrimenti lo legherà (il bambino non fa che scavalcare le sbarre del lettino e andare in corridoio). A causa dei pidocchi e dietro suggerimento delle infermiere, viene tenuto un po' lontano dagli altri bambini. L'ho visto piangere in un angolo della stanza, solo, mentre il gruppo dei bambini giocava in corridoio. Mercoledì 12 marzo gli vengono praticati due tagli, uno vicino all'orecchio, l'altro, mi pare, sul torace. Rimane tutto il giorno sotto l'effetto dell'anestesia. Mi dice una signora che non gli si permette di vedere la madre « perchè non si agiti », mentre può incontrare, durante l'orario di visita, gli altri parenti. L'ho vista, povera donna, spiare il figlio da un angolo del corridoio, attraverso il vetro. Verso sera vedo il bambino seduto sul letto, in lacrime, nudo dalla cintola in giù, in un lago di urina. Ad un certo punto si addormenta, stremato, con la faccia sopra le lenzuola inzuppate di urina. Dopo nostre ripetute insistenze, le infermiere lo cambiano (è passata circa un'ora).

13 Gennaio 1978. Rileggo quanto ho scritto il 3 febbraio di tre anni fa. E' passato tanto tempo, ma l'insicurezza è rinasta. Matteo tiene ancora la mia mano tra le sue, per addormentarsi. Ha bisogno, quando è coricato, di un costante contatto fisico, che lo rassicuri della mia presenza.

#### Dal diario di Fulvia

Ottobre 1977. Quando è stato necessario ricoverare Viola in ospedale, non aveva ancora otto mesi.

La prima cosa che mi ha detto il pediatra è stata: « Glielo dico subito, non la lasceranno stare con la bambina per vari motivi: igienici, organizzativi, ecc. Faccia in fretta, non stia a perdere tempo cercando un altro ospedale, pensi al bene della bambina non al suo dispiacere di madre ».

Viola è stata solo quattro giorni in ospedale, ma sono bastati per bastati per cambiarla. Non voleva più dormire, rifiutava il ciuccio con rabbia (l'aveva sempre voluto prima di addormentarsi), mangiava la pappa urlando e naturalmente voleva sempre stare in braccio a me o al papà.

Al Fatebenefratelli, dove Viola era ricoverata, si poteva andare una ora al giorno senza possibilità di stare vicino alla bambina.

Sulla porta della stanzetta il cartello: « E' severamente vietato l'ingresso ai parenti ». Ho sempre ignorato il cartello, perchè quando arrivavo la bambina stava piangendo, ma appena mi vedeva era subito contenta.

Naturalmente appena le infermiere se ne accorgevano, mi cacciavano prendendo a protesto il solito motivo igienico. « E allora datemi un canice! ».

« No, solo nei casi gravi ».

« A chi devo chiedere? ».

« Alla caposala ».

E così è iniziato il gioco dello scarica barili, che non è mai finito nemmeno quando sono andata dal primario. Ho detto che volevo stare con la mia bambina che mi sembrava importante starle vicino poichè stava attraversando quel delicato periodo che si chiama « crisi dell'ottavo mese ». Ho anche offerto di lavorare « gratis » per l'ospedale. Mi è stato risposto NO.

NO... perchè le stanze sono troppo piccole;  
 NO... perchè il mio non era un caso grave;  
 NO... perchè le altre mamme si potrebbero seccare.  
 E poi « Non siamo tutti puliti allo stesso modo »!  
 Anche il tentativo di sensibilizzare le altre mamme è stato negativo.  
 Le risposte che ho ottenuto sono state queste.  
 « Con i tempi che corrono non posso chiedere permessi in ufficio.  
 Per fortuna che in questo ospedale ci sono dei bravi dottori che ci salvano i nostri bambini ».  
 « Io non faccio nessuna azione di forza, poi va a finire che mi trattano male il bambino ».  
 Purtroppo l'angoscia del momento, la paura e l'abitudine a delegare sempre al « tecnico », rendevano impossibile qualunque discorso.  
 Mi sono sentita sola, impotente, angosciata per la bambina. Ero terrorizzata che questa esperienza la danneggiasse per sempre.  
 Fortunatamente il suo ricovero è durato pochi giorni e oggi a distanza di due mesi, Viola sembra aver recuperato abbastanza bene ed essere tornata serena e allegra.

### Comitato di lotta per la difesa del bambino ospedalizzato

Oggi la realtà negli ospedali a parte pochissime eccezioni è ancora questa. Molti altri potrebbero essere gli esempi di esperienze vissute ogni giorno da bambini ricoverati in ospedale, che drammaticamente ripropongono nella loro realtà oggettiva, tutto quanto viene detto o scritto sulla problematica infantile, sui problemi psicologici, sull'evoluzione psico-fisica del bambino, e fatto passare come discorso progressista, come conquista culturale di un sistema sociale che sembra a tutti i costi volersi cercare una credibilità umana e civile adeguata ai tempi. Di un sistema sociale che in questo sforzo si avvale di « esperti », raggiunge apparentemente strati sempre più vasti di divulgazione, ma che in realtà tende a ghettonizzare nel mondo degli specialisti, il problema, togliendo così ai diretti interessati, i « non esperti », la possibilità di impadronirsi degli strumenti per imporre una soluzione adeguata.

Succede allora che la condizione del ricovero del bambino, così come altre condizioni in altre strutture (nidi, asili, scuole, ecc.) viene fatta apparire non tanto come risultato di una realtà storica che l'ha determinata, ma piuttosto come fenomeno completamente asportato da tale realtà per diventare, nella sua astrattezza, un buon terreno di studio, materia di analisi, argomento per tesi, pretesto per tavole rotonde. Il ripiegarsi su se stesso di un discorso portato avanti in questo modo, anziché uscire dai limiti dell'argomentazione per andare ad incidere direttamente sulla realtà sociale oggetto di studio, è appunto confermato ogni giorno dalle testimonianze di chi, suo malgrado, si trova a dover vivere, subendola, tale realtà.

Non è casuale, vero è che non si vuole cambiarla questa situazione o, quanto meno, se una modificazione o un cambiamento possono essere ogni tanto concessi, la loro attuazione viene fatta passare come una conquista, un avanzamento di cui tutti si rallegrano, ma di cui nessuno si sentirà partecipe in prima persona, non avendolo determinato, gestito, controllato.

Si prende atto, ci si sente più tranquilli, si cambia argomento: è quello che il potere vuole.

Dunque il problema madre-bambino è molto attuale: si dice di tutto sulle conseguenze psico-fisiche, sui traumi che un bambino può subire e mantenere negli anni, quando venga privato del rapporto fisico-affettivo della madre; insicurezza, paure, sensi di colpa, regressioni, frustrazioni, manifestazioni di violenza, atteggiamento di chiusura, ecc. Ed è vero. Ma non si fa niente per rendere naturale tale rapporto. Basti pensare a come il bambino viene strappato, appena dopo il parto, al contatto materno. Oppure, ai condizionamenti cui sono sottoposti i rapporti familiari e sociali tra gli individui, al punto che la mancanza di tempo e di spazi, lo sforzo continuo per la sopravvivenza, le condizioni di lavoro e quelle di esistenza, tutto diventa motivo di tensione e condizione innaturale di vita.

Come è possibile che una madre viva un rapporto naturale col proprio figlio, quando il suo ruolo materno viene esaltato in modo strumentale e mistificatorio, se di fatto non si può realizzare come donna, non può scegliere una sua maternità cosciente, o, ammesso che tutto ciò le riesca, non può mantenere la continuità del suo rapporto perchè le strutture, in questo caso l'ospedale, glielo impediscono?

Ma l'essere bambino non si esaurisce nel rapporto con la madre: al di là di quanto può esserci di giusto o di mistificato in questo (v. condizione e ruolo della donna su cui sarebbe utile discutere): essere bambino significa avere rapporti con altre persone familiari o no, con altri bambini, vuol dire apertura verso la realtà esterna, vuol dire portarsi dietro un mondo proprio nel quale il bambino si ritrova, si riconosce, acquista identità.



Essere ricoverato in ospedale è per il bambino un'esperienza traumatizzante, un momento in cui l'istituzione sanitaria si appropria totalmente della sua persona dopo averlo strappato al rapporto con i familiari, privandolo così dell'unico riferimento per lui fondamentale.

Soprattutto se in età prescolare, l'interruzione di tale rapporto, anche se motivata, gli diventa incomprensibile: non la può infatti capire ed accettare razionalmente, ma può solo viverla come distacco e perdita di tutto ciò che rappresenta protezione e sicurezza.

Succede invece che nella logica sanitaria, le esigenze psichiche ed affettive del piccolo degente vengano sacrificate a quelle di ordine pratico ed organizzativo del reparto, al punto di limitare, ad esempio, il tempo per le visite in media ad un'ora al giorno, negando di fatto al familiare le condizioni necessarie per accudire al bambino, intrattenersi con lui, averne cura, mantenere la naturalezza del rapporto di sempre.

La presenza del familiare all'interno dell'ospedale è dunque la prima garanzia che vengano soddisfatte le esigenze psicologiche ed affettive del bambino essenziali ed insostituibili per il suo equilibrio e la sua guarigione: il familiare nel rapporto con l'istituzione ospedaliera rappresenta, del piccolo paziente, la soggettività, la coscienza vigile, la storia, mentre lui è soltanto l'organo malato, l'oggettività.

Ma il ricovero in ospedale non significa per il bambino solo un distacco drammatico dall'ambiente e dalle figure familiari: è anche un insieme traumatizzante di esperienze dolorose di cui non può spiegarsi il significato. Ad esse il piccolo reagisce prima con la disperazione e l'aggressività, poi con la rassegnazione e l'apatia che la logica medica vuole interpretare ed imporre come adattamento, rendendo di ciò complici i familiari stessi fino a farli convinti che la loro assenza totale dall'ospedale risparmia al bambino il dramma quotidiano del distacco.

Lasciato così solo a se stesso, il piccolo degente è facile oggetto di una serie di violenze, da quelle terapeutiche più o meno necessarie a quella più grave della sperimentazione, a cui spesso viene sottoposto per « pura ricerca scientifica » con continue analisi e terapie inutili se non dannose ai fini della sua guarigione.

Separato dalla figura familiare il bambino è psicologicamente e materialmente in balia dell'istituzione che su di lui tutto può con il proprio potere assoluto, ed è perciò il paziente ideale a cui la medicina tende.

Da quello architettonico a quello organizzativo sanitario assistenziale, l'ospedale non è strutturato in funzione e a misura dell'utente, ma in funzione e in difesa di interessi del potere che lo gestisce. Il malato, negato come individuo, diventa oggetto di questa struttura; spogliato della sua storia, classe, identità, estirpato dalla sua realtà sociale, ritenuto apolitico ed extra-economico, viene emarginato, etichettato o se si vuole « curato », secondo le esigenze del potere.

Si compie così un processo di cosificazione del paziente da parte dell'istituzione. Questo processo riproduce nel rapporto medico-paziente la riappropriazione della soggettività al primo mediante la riduzione del secondo a pura oggettività.

Possiamo dire dunque che l'ospedale (e non solo quello psichiatrico!), è un'istituzione totale. Ma noi riteniamo allora che esso non debba più essere un luogo di segregazione del malato bensì un luogo aperto dove sia garantita quella continuità di rapporti affettivi, sociali e politici, che sono parte integrante ed inscindibile della vita dell'individuo, e dove possono entrare tutte quelle forze politiche e sociali essenziali per garantire la gestione ed il controllo

collettivo della struttura stessa. Infatti la malattia non deve essere, come finora è stata considerata, un fatto individuale, ma collettivo: la salute non è un « affare privato », ma un fatto storico e politico che riguarda tutti, e come tale non deve più essere delegata ad esperti, ma gestita in prima persona dall'utente.

La condizione del bambino in ospedale, come del resto tutta l'assistenza sanitaria, è ancora una condizione di classe. Infatti le vittime più facili della violenza dell'istituzione sono i figli dei proletari, i figli di coloro che non sanno difendersi e non pensano di dover o poter mettere in discussione, capire, intervenire. Essi non godono di tutti quei privilegi che sono invece riservati ai figli della borghesia, per i quali orari, tempi, disponibilità dei medici, tutto si apre al problema del singolo, al servizio dei suoi bisogni.

Né i figli dei proletari hanno altre scelte: l'ospedale per loro resta molto spesso l'estrema soluzione a cui ricorrere per la mancanza di strutture filtro assistenziali come ambulatori e assistenza domiciliare (da ciò altissima percentuale di ricoveri inutili con conseguente deterioramento funzionale dell'istituzione ospedaliera).

Di fronte a questa situazione, all'interno di una lotta che deve essere più generale contro l'istituzione sanitaria così come è voluta dal potere che la gestisce, la Carta dei diritti vuole essere una prima proposta concreta di cambiamento radicale dell'ospedale e del reparto pediatrico.

Articolata in 10 punti, la Carta si propone come primo momento l'apertura dell'ospedale in funzione, prima di tutto, delle esigenze del malato, ma è solo nella sua totalità che esprime il suo reale contenuto e in questo senso va intesa, discussa ed applicata.

Non si tratta perciò di un decalogo da accettare o rifiutare così come è, ma di uno strumento di lotta per il quale vanno ricercate, nelle singole situazioni, modalità e tempi.

Riteniamo dunque importante ribadire che, proprio come strumento di lotta, essa esprime un momento di riappropriazione da parte dell'utente degli strumenti tecnici e politici per la gestione e il controllo della propria salute. Questo è possibile solo vivendo in maniera collettiva e organizzata all'interno del reparto momenti di discussione e di assemblea, insieme al personale sanitario, che consentano di conoscere e confrontare le esigenze reciproche e di trovare una linea comune di lotta. Perché all'interno dell'ospedale è indispensabile individuare la reale controparte nell'istituzione sanitaria e nelle sue strutture di gestione ed organizzazione, anziché nel personale e soprattutto negli infermieri, che troppo spesso sono considerati capri espiatori di tutta la situazione, ma che in realtà subiscono anch'essi la violenza del potere.

Infatti l'ospedale così com'è strutturato impone al personale infermieristico ritmi di lavoro e turni estremamente pesanti tali da renderlo estraneo ed alienato dal proprio lavoro: si riproduce cioè all'interno dell'istituzione ospedaliera la divisione tra lavoro tecnico-specialistico e lavoro manuale, dove il medico è il detentore della scienza e l'infermiere, solo forza-lavoro, « proletariato della sanità ».

Perciò è anzitutto con questo proletariato della sanità che vanno ricercate nella lotta le alleanze contro un potere che tutto vuole gestire.

Ma non basta: crediamo che in questa lotta si debba coinvolgere tutte le forze sociali e politiche di base quali i consigli di fabbrica, i comitati di scuola e di quartiere, i collettivi donne, le 150 ore ecc., che insieme alle alleanze interne all'ospedale sono fondamentali per garantire nella gestione della salute la riappropriazione della soggettività da parte della classe a cui finora è stata sempre negata.

# carta dei diritti del bambino

- 1 L'ingresso in ospedale ai genitori (o a loro delegati per l'assistenza diretta al bambino) deve essere aperto ventiquattro ore su ventiquattro.
- 2 Alla madre o alla persona che la sostituisce deve essere assicurata la possibilità di accudire al bambino, intrattenersi con lui, averne cura in adeguatezza di spazi, di mezzi e di modi idonei alla conservazione della naturalezza dei loro rapporti.
- 3 Alla madre o alla persona che la sostituisce devono essere rese accessibili e comprensibili tutte le informazioni che riguardano la malattia e il malessere del bambino; il significato dei suoi sintomi e delle diagnosi; il vantaggio e il rischio delle pratiche diagnostiche e delle terapie somministrate.
- 4 La sicurezza del bambino non può essere ottenuta mediante mezzi di contenzione fisica (legature al lettino, ecc.) nè la sua tranquillità con mezzi di contenzione chimica (psicofarmaci, ecc.): entrambe vanno garantite dall'adeguatezza quantitativa e qualitativa del personale di assistenza.
- 5 La naturalezza del bambino deve potersi esprimere nei modi che le sono propri a diverse età (gioco individuale, gioco di gruppo, attività creativa, ecc.) in luoghi predisposti a tal fine con la partecipazione di persone preparate a tali compiti e naturalmente, di altre persone familiari al bambino.
- 6 Il bambino — nella misura e con la proprietà adeguate alla sua età — deve essere reso partecipe delle pratiche terapeutiche e diagnostiche che vengono eseguite su di lui: alla presenza e con l'intervento di persone a lui familiari.
- 7 A nessun titolo il bambino può essere oggetto di sperimentazioni. Quando queste siano indicate dall'interesse collettivo (vaccini, terapie, ecc.) devono essere precedentemente portate alla conoscenza e al dibattito della collettività, che dovrà averne dettagliata informazione per tutto quanto attiene ai vantaggi progettati, ai rischi previsti o possibili, ecc.  
Ogni madre o chi per essa avrà in ogni caso il diritto di concedere o negare il proprio consenso, di ritirarlo quand'anche già concesso, di essere edotta degli sviluppi della sperimentazione. Per tutto ciò potrà farsi assistere, nella conoscenza e nella decisione, da persona di sua fiducia. La sperimentazione dovrà in ogni caso svolgersi sotto la vigilanza di una commissione composta di sanitari, genitori e altri.
- 8 L'ambiente del reparto pediatrico deve essere strutturato e arredato in modo da risultare quanto più gradevole e quanto meno affittivo è possibile per il bambino.
- 9 Intorno a questi e nel rispetto della sua persona devono ordinarsi e articolarsi i modi, i tempi, le regole dei servizi: orari e luoghi dei pasti, orari di riposo e di gioco, avvicendamento dei turni infermieristici ecc. e tutta l'attività del reparto.
- 10 Deve essere assicurata ai genitori o a chi per essi la possibilità di costituirsi in forme (commissioni, gruppi, ecc.) di partecipazione alla organizzazione del reparto pediatrico, soprattutto per quanto attiene alla vita in esso dei bambini.



Tutto ciò viene negato nella struttura ospedaliera. Il bambino viene violentemente strappato al suo mondo, ai suoi giochi, ai suoi affetti, perciò affermare la necessità della presenza materna dentro l'ospedale, non basta: è tutto un mondo che con la figura familiare deve entrare, un mondo che garantisca una continuità tra prima, durante, dopo la malattia.

Non si può dunque ignorare, nel discorso sulla salute, questa enorme violenza che al bambino, nel momento della malattia, viene fatta dalla struttura sanitaria e da chi la organizza.

Vorremmo che Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute, facesse proprio questo problema, nel dibattito e nell'attuazione di iniziative atte a modificare l'attuale realtà.

Vorremmo che si superasse, nel parlare di bambini, la sensazione (o la paura) di farlo, come nella maggior parte dei casi si fa, per mammismo, falsa pietà, umanitarismo bigotto; lasciamo che questi siano patrimonio di gruppi conservatori, reazionari-clericali, o di chi si serve di questi discorsi per aumentare il proprio prestigio.

La violenza che viene fatta al bambino nella società oggi è troppo grande per ignorarla; e così nell'ospedale: è solo l'aspetto più evidente e clamoroso di una violenza che ogni individuo subisce, quando non ha potere di fronte alle istituzioni.

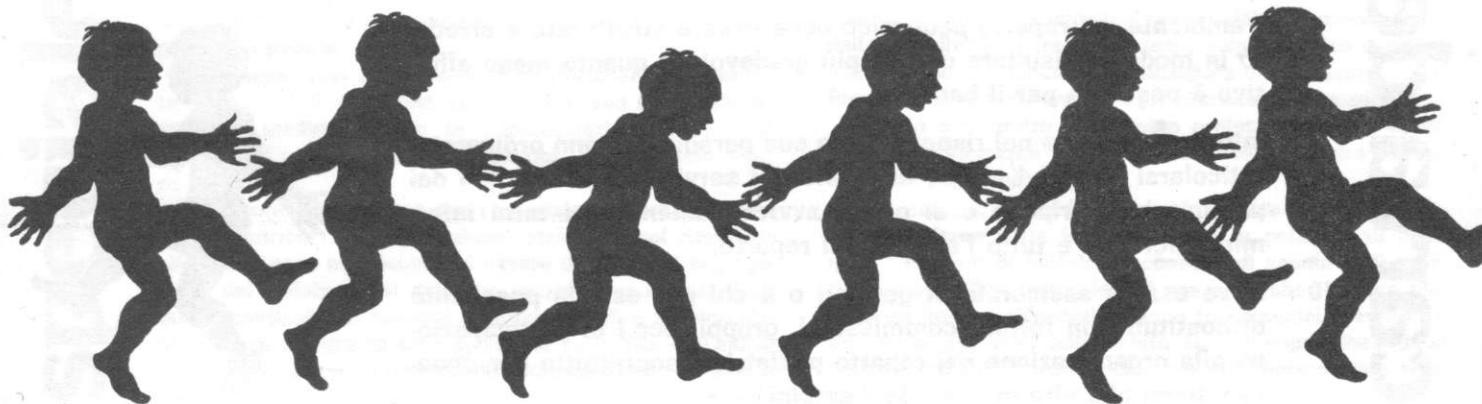
E attraverso questa violenza passa inevitabilmente un discorso di classe: i figli dei lavoratori, dei proletari, sono i più discriminati, i più colpiti come « oggetti » del potere istituzionale. Quelli che di più subiscono i ritmi, gli orari, le terapie, l'organizzazione in generale del reparto che è funzionale a se stessa e non alle esigenze del malato. Su questi presupposti, all'interno di un discorso più generale sulla salute che Medicina Democratica porta avanti, Giulio Maccacaro ha saputo mettere le basi e far partire un lavoro in difesa del bambino malato, che oggi il nostro Comitato di Lotta continua faticosamente a portare avanti. Inutile dire il vuoto lasciato anche qui dalla sua troppo improvvisa e precoce scomparsa.

Le sue intuizioni nel cogliere l'urgenza e la dimensione di un problema, la sua capacità di chiarezza nell'analisi, la sua disponibilità continua ad un confronto, il suo coinvolgimento in prima persona, la sua partecipazione e la sua capacità di iniziative; la serietà e lo impegno con cui dava il suo contributo politico, scientifico ed umano, fanno pesare oggi enormemente sul nostro lavoro la sua non presenza.

L'unica eredità è il nostro impegno, anche se coscienti dei nostri troppi limiti, a portare avanti il lavoro, a non lasciar cadere di fronte alle innumerevoli difficoltà e agli ostacoli, una lotta che trova nel riscontro quotidiano della realtà la sua ragione di continuare. Perciò, incominciamo con l'aprire uno spazio sulla rivista strumento del movimento, per riproporre il problema del bambino ospedalizzato in tutte quelle situazioni in cui esso sia sentito e vissuto, per ribadire la necessità di un coordinamento continuo e di un confronto tra le varie realtà, tramite contatti, scambio di materiale, ecc. Chiediamo che per fare questo, chi è interessato cominci con l'inviare tutte le notizie possibili sulla situazione dei reparti o ospedali pediatrici, orari di visita, accesso alle madri, struttura interna ed organizzazione del reparto, rapporto con il personale, eventuali iniziative di lotta, eccetera.

Il materiale dovrà essere inviato alla Sede di Medicina Democratica, via Venezian 1, Milano - Tel. 2361502/292908 - Indirizzo Postale: Casella Postale 814 - 20100 Milano

Comitato di lotta per la difesa  
del bambino in ospedale



(Continua da pagina 22)

ca dell'autonomia e della creazione di un'area di alleanze fra lavoratori occupati e disoccupati, che comprenda tutti i settori della società interessati a una trasformazione democratica: studenti, movimenti femministi, istanze di rinnovamento culturale, ecc.

Non solo, quindi, il Sindacato deve fare politica in senso complessivo, ma deve rivendicare alla sua azione politica nuovi spazi.

### La scolarizzazione di massa in rapporto alla crisi

Un momento fondamentale nella gestione politica della crisi è rappresentato dalla scuola media superiore e dall'Università, utilizzate non come strutture socialmente produttive di conoscenze e di competenze, bensì come aree di parcheggio di disoccupati. Mentre fino a pochi anni fa lo sviluppo della scolarità veniva utilizzato come strumento di recupero del consenso e di mascheramento della caduta di sbocchi lavorativi, oggi questo tipo di manovra diventa sempre più difficile, e si fa strada la consapevolezza dell'inutilità della scuola e dell'Università anche a questi fini. Mentre fino ad ora si è preferito lasciare degradare scuola e Università, adesso si tenta di restituire loro un ruolo facendo sì che ne faccia le spese il bisogno di cultura e qualificazione delle masse popolari: anche in questo campo i risultati di anni di lotte sono gravemente in pericolo. E, di certo, non giova al Sindacato e ai lavoratori la posizione a dir poco rinunciataria di chi, come Benvenuto, auspica la fine del valore legale dei titoli di studio, e quindi la privatizzazione dei processi sociali di trasmissione del sapere. Né giova assumere in proprio la richiesta reazionaria e classista del numero chiuso o richiamarsi moralisticamente a un rigore e una serietà intesi come mera se-

lettività diretta al taglio della spesa pubblica.

Non è possibile pensare a una rifondazione dei processi di formazione culturale senza riferirsi a un progetto di rottura della cultura superiore a livello di massa, di rifunzionalizzazione della scuola in direzione dei bisogni sociali. Questo implica rendere scuola e Università dei punti di riferimento per un processo di formazione permanente e di ricerca, cambiare sia i committenti che i fruitori del servizio. Non più lo Stato come rappresentante burocratico della collettività, ma i lavoratori, i Consigli di zona, gli Enti Locali ed altre forme di committenza socialmente qualificata dovranno richiedere didattica e ricerca; non più gli studenti come gruppo sociale separato, ma la collettività dovrà usufruire oltre che richiedere e gestire il servizio. L'elevazione dell'obbligo ai 16 anni, l'unicità della scuola media superiore, il suo carattere di preparazione alla scelta lavorativa, la non selettività, la graduale sostituzione del momento della ricerca a quello passivizzante della didattica, la struttura sociale come terreno di studio centrale unificante dovranno essere i punti centrali dell'impegno del Sindacato.

L'esperienza delle 150 h., pur così frammentaria e insoddisfacente, anche se non è stata sostenuta come avrebbe meritato dal Sindacato, ha dimostrato che rompere l'assetto burocratico e chiuso della scuola attuale è possibile: è possibile che i lavoratori intervengano nel processo di trasmissione della cultura, ne usufruiscano, lo determinino, se ne servano per proporre i loro valori come embrioni di una nuova cultura egualitaria, democratica e solidaristica.

### La lotta per la trasformazione dell'Università

Le recenti vicende che hanno

portato alla conclusione dell'accordo fra sindacati e Malfatti hanno posto in evidenza una forte spinta di base all'interno di quasi tutti gli atenei per cambiare la destinazione sociale dell'Università, il tipo di cultura in essa trasmessa, l'organizzazione della didattica e della ricerca, il rapporto dei lavoratori con l'istituzione e con gli studenti. D'altra parte, il Sindacato ha dimostrato di avere recepito poco e male le tematiche espresse dal movimento, rifiutando praticamente di confrontarsi con esso.

Il discorso portato avanti dal movimento può sinteticamente definirsi una richiesta di riquilibratura dell'Università in direzione dei bisogni sociali, e cioè:

- uso alternativo delle strutture universitarie da parte di enti locali, consigli di quartiere, di zona, sindacati ecc.
- generalizzazione e approfondimento dell'esperienza delle 150 ore legate al piano di alfabetizzazione del Mezzogiorno proposto dall'FLM.
- rilancio della ricerca scientifica indirizzato al reperimento di nuove fonti energetiche, alla lotta contro gli inquinamenti, alla ristrutturazione urbanistica, ecc., nella consapevolezza che la carenza di ricerca nel nostro paese è legata alla condizione di subalternità all'interno del processo di divisione internazionale del lavoro e che cambiare l'Università nel senso sopra indicato significa dare un contributo alla lotta per un nuovo tipo di sviluppo.

In una prima fase il rapporto fra movimento e Sindacato, pur reso difficile dalla debolezza della proposta politica delle Confederazioni, è continuato sebbene su posizioni di reciproca autonomia e di frequente incomprensione. In seguito, prese di posizione infelici come il comizio di Lama a Roma e la radicalizzazione della componente fondamentale (quella studentesca) del movimento

hanno praticamente fatto saltare ogni politica di unità, togliendo spazio al tentativo che l'FML, nel vuoto di proposta dei sindacati del settore, ha fatto per operare il recupero del confronto unitario. In complesso, il Sindacato non ha saputo rispondere alle domande politiche fondamentali che emergevano dal movimento: il lavoro e la riforma democratica dell'Università; e il movimento dei giovani non ha saputo proporre una linea politica diversa da quella difensiva e perdente della spirale lotta per obiettivi generici-repressione-lotta contro la repressione.

Il distacco fra Sindacato e studenti rischia di aumentare con l'adesione di fatto al progetto Malfatti, che più che una riforma universitaria delinea un riassetto delle carriere, per diversi aspetti insoddisfacenti.

#### **La riforma Malfatti e la conclusione dell'accordo**

La proposta di riforma Malfatti rappresenta un tentativo di stabilizzazione corporativa della crisi dell'Università, in preparazione di misure restrittive, quali il numero chiuso, l'abolizione del valore legale del titolo di studio, l'aumento delle tasse, la scomparsa del presalario ecc. Si tratta di una proposta corporativa in quanto, a prescindere dal giudizio di merito sulla normativa riguardante il personale docente e non docente, abbandona ogni prospettiva di riqualificare l'Università in direzione di un nuovo modello di sviluppo, tace sulla ricerca, non si coordina con alcun progetto di soluzione del problema della disoccupazione intellettuale, ecc. In definitiva, cioè, non esprime alcun tentativo di collegare l'Università alle esigenze della società, avallando anche in questo settore una scelta complessiva di riduzione della base produttiva, di accentuata deflazione, di taglio indiscriminato

della spesa pubblica.

I tre livelli di laurea (normale, mini e super: laurea, diploma, dottorato) e l'istituzione degli istituti intermedi tra scuola superiore e Università non risolvono certo né il problema della ricerca, né quello della qualificazione, né quello degli sbocchi professionali, ma sono solo rivolti a scoraggiare la scolarizzazione superiore di massa e ritardare l'inserimento nel mercato del lavoro.

La stessa concezione del ruolo chiuso denuncia il netto distacco che si perpetua fra Università e società: se l'Università non è socialmente utile è chiaro che ogni politica di programmazione degli organici in base alla domanda sociale di ricerca e didattica risulta superflua.

La soluzione gattopardesca di cambiare nome agli assistenti mantenendo inalterata la loro funzione e la pretesa di espellere in massa i precari, trattenendo solo una parte come aspiranti dottori in ricerca, la circolare sui piani di studio delinea chiaramente la volontà di scontro frontale con gli studenti, i docenti subalterni, i Sindacati, da parte del ministro; ed insieme dimostra il distacco del ceto politico del nostro paese dalle esigenze delle masse così radicale da impedire ogni previsione realistica sul comportamento politico della base.

La reazione violenta ed esasperata, ma anche, in certi momenti, consapevole e propositiva, dei precari e degli studenti ha indotto Malfatti a recedere su alcuni punti particolarmente odiosi del suo programma.

Il Sindacato ha così potuto concludere un accordo sulla base di un fortissimo movimento di massa. Ma di questo movimento il Sindacato non si è valso per imporre una radicale trasformazione delle strutture dell'Università, cedendo su punti politici sostanziali contenuti nella piattaforma unitaria.

In un certo senso questa è stata la conclusione obbligata di una vertenza condotta in maniera debole e rinunciataria fin dall'inizio, e una piattaforma incapace di trainare la categoria e con una tendenza costante a smorzare ogni spinta di base a rispondere con la lotta alle dilazioni e alle provocazioni del ministro. Un accordo concluso con un rapporto così scorretto con la base sindacale e la categoria, firmato senza consultazione di base, apre spazi pericolosi a manovre di svuotamento anche degli aspetti positivi al momento della discussione parlamentare.

#### **I contenuti dell'accordo**

Il punto più carente all'interno della piattaforma confederale era proprio quello centrale del riassetto dello stato giuridico: centrale sia per gli interessi della categoria, sia per il rapporto strettissimo che esiste fra la funzione che si assegna all'Università e il tipo di rapporti e di organizzazione interna. E' evidente che si riqualifica l'Università non in astratto ma in direzione di scelte politiche di fondo, di certi interessi che vengono privilegiati a scapito di altri. Un tipo di ristrutturazione che, accettando l'attuale ruolo dell'Università, si limita a farla costare di meno e controllarla di più, non serve a sviluppare né l'occupazione né la ricerca. Al contrario, una politica di funzionalizzazione dell'Università allo sviluppo, all'occupazione, ai bisogni fondamentali dei lavoratori, passa per la rottura della gestione privatistica e baronale della ricerca e della didattica, e la riproposizione di temi e obiettivi per lungo tempo soltanto enunciati: docente unico, tempo pieno, incompatibilità, ristrutturazione dei corsi, contratti di ricerca e didattica con enti locali e organizzazioni dei lavoratori, ecc. La piattaforma aveva solo in

parte raccolto queste istanze, soprattutto in materia di docente unico.

L'accordo su quasi tutti questi punti rimane molto indeterminato, e si presta a non poche incomprensioni e forzature (anche in senso positivo): in particolare, la delega al ministro di definire problemi centrali come la struttura e la funzione del dipartimento, l'incompatibilità e il tempo pieno (principio, quest'ultimo, di assai ridotta applicabilità concreta, a quanto si ricava dall'accordo).

Per quanto riguarda il rapporto fra le due fasce, il senso dell'accordo può essere forzato in due direzioni opposte, una ottimistica (si è raggiunta una buona approssimazione all'unicità delle funzioni) e una pessimistica (nel dipartimento gli ordinari decidono tutto, e gli associati non avranno funzioni diverse dagli attuali assistenti). Purtroppo, dato il modo come la trattativa è stata condotta, è da ritenersi più probabile che emerga definitivamente la seconda interpretazione, se non addirittura il ricatto di riconoscimento sostanziale dell'accordo che prelude a nuovi provvedimenti urgenti.

L'accordo, pur risultando in definitiva un notevole passo in avanti per la concentrazione a tre sole delle figure di docente (ordinario, associato e quel nuovo tipo di contrattista che è l'aspirante dottore in ricerca) non risolve in modo soddisfacente il problema del reclutamento, in quanto avalla la discutibile innovazione del dottorato (che ha contemporaneamente i difetti della superlaurea e del precariato) e non risolve i problemi di sbocco dei precari in maniera adeguata. Infatti, al di là della demagogia dell'elevato numero di concorsi, non vengono stabiliti i modi e i tempi per arrivare alla situazione a regime, viene scelta la soluzione pericolosa dei con-

corsi centralizzati e incontrollabili dal basso, non viene attuato il principio del riconoscimento delle funzioni didattiche e di ricerca di fatto svolte. Anche su questo punto, non è scontato che in sede parlamentare i concorsi previsti rimarranno 13.500 e non subiranno un taglio se il Sindacato non dimostra assoluta fermezza sulla salvaguardia del posto di lavoro per tutti i precari.

Sind. Prov. CISL - Univ. di Napoli

### **Comunicato finale approvato dal coordinamento nazionale dei lavoratori precari dell'Università**

Si è tenuto a Napoli, nei giorni 17 e 18 dicembre '77, il coordinamento nazionale dei precari dell'università.

Il coordinamento ha registrato la ripresa del movimento a livello nazionale sia con il convegno di Pisa, sia con le vertenze ormai generalizzate su contingenza e assegni familiari, sia con lo sviluppo del dibattito in tutte le sedi e nel convegno di Napoli sulla lotta contro la riforma Malfatti e la politica dell'accordo a sei nell'università.

Di fatto procede, già da anni, la espulsione degli studenti dall'università e, in parallelo, di fasce di precari; procede la approvazione di legge (con il consenso del sindacato) come forme di una soluzione complessiva corporativa, che non concede il contratto ai lavoratori dell'università di massa. I primi espulsi tra i precari sono gli assistenti incaricati e i borsisti CNR.

Lo sviluppo dell'accordo politico tra Dc-Pci-Psi-Pri-Psdi-Pli avviene su una linea di « riforma » universitaria sempre più omogenea, fondata su numero chiuso o programmato, stratificazione dei livelli di laurea, mantenimento della attuale struttura di potere nella università con la istituzionalizzazione del precariato e la conferma degli attuali due livelli del docente.

Nell'attuale struttura dell'università il 50% del personale docente lavora con contratti a termine — o addirittura senza contratto — e senza assegni familiari né contingenza. Assegnisti, contrattisti, borsisti, esercitatori, ecc., fanno lezioni, esami, ricerca, seguono tesi, fanno in sostanza il lavoro dell'attuale docente senza avere nemmeno la qualifica di lavoratore dipendente. Ciò ha permesso per anni di far funzionare l'università mantenendo intatta la struttura del potere baronale e non adeguando gli organici allo sviluppo della scolarità di massa.

Contro l'ipotesi di perpetuare anche dentro l'università « riformata » una o più forme di lavoro precario comunque mascherate (vedi ad es. il dottorato di ricerca), i lavoratori precari sono da tempo in lotta, nella prospettiva (già espressa nel documento approvato a Pisa) di incidere sulla struttura di potere e sui meccanismi di funzionamento dell'istituzione.

Il lavoratore docente è, al pari degli altri, un lavoratore salariato e, come tale, in tutto assimilabile alle tre categorie di lavoratori. Ecco perché il problema del precariato va risolto nel quadro di un aspetto contrattuale unico dei lavoratori dell'università che veda l'immissione in ruolo di tutti i lavoratori e il riconoscimento del servizio prestato.

E' per questo che si rifiuta l'ipotesi di soluzione del problema del precariato universitario tramite l'inserimento nella media secondaria, che aprirebbe tra l'altro nuove contraddizioni con i lavoratori precari della scuola media.

Di fronte alla crescente mobilitazione dei lavoratori precari, le direzioni sindacali hanno sostanzialmente confermato una linea organica che fa proprie le compatibilità del quadro politico e la riduzione drastica della spe-

sa pubblica, il che le porta tra l'altro ad ignorare o tentare di gietizzare le proposte di lotta e di unificazione del movimento (vedi ad es. la trattativa separata per i borsisti CNR e lo scaricare nelle sedi locali la vertenza su contingenza e assegni familiari, limitandone volutamente la gestione ai soli aspetti giuridici).

Il coordinamento nazionale dei precari ha, a partire dal documento di Pisa del 26-27 novembre, ripreso ed arricchito i temi fondamentali emersi nel dibattito, riconoscendo la necessità di uno sforzo ulteriore di dibattito sia a livello locale che nazionale rispetto a:

- modalità dell'immissione in ruolo di tutti coloro che a diverso titolo svolgono un lavoro precario nell'università;

- rapporti con le organizzazioni sindacali;

- ripresa e sviluppo delle vertenze per il contratto e lo stato giuridico unico docenti-non docenti.

Il coordinamento ha fissato inoltre le seguenti iniziative:

- rilancio e generalizzazione, accanto alla vertenza legale, di vertenze di ateneo contro rettore e consiglio di amministrazione su contingenza e assegni, a sostegno della vertenza nazionale sugli stessi temi;

- giornata nazionale di lotta nelle sedi per martedì 24 gennaio 1978 da preparare attraverso assemblee di facoltà e d'ateneo e dei lavoratori dell'università insieme con il movimento degli studenti.

Il coordinamento si riconvoca per i giorni 28-29 gennaio a Firenze (salvo successiva indicazione di altra sede) per continuare il dibattito, precisare ulteriormente le proposte e organizzare una manifestazione nazionale a Roma, alla quale invita a partecipare le organizzazioni sindacali.

Napoli, 18 dicembre 1977

## carceri

# Carceri speciali: dal modello architettonico all'annientamento del dissenso \*

1 Si assiste oggi ad uno schema dominante nella lettura della politica criminale: quello di interpretare la drammaticità attuale in termini di controriforma. Processo involutivo, arretramento, inversione di tendenza sono le parole più inflazionate di questo linguaggio figurato: come ad indicare uno spazio una volta conquistato al Potere e ora di nuovo perso. Lettura quantomeno ambigua: quasi che il Potere sia sempre negatività, repressione e non anche positività, creatività.

Leggere, quindi, diversamente. Pensare, ad esempio, che l'ampio processo che ha investito l'universo penitenziario in questi ultimi tempi e che ha trovato nell'istituzione di carceri di massima sicurezza il risultato più concreto non sia semplicemente e soltanto l'annullamento delle istanze riformiste — se mai ce ne sono state — contenute nella legge del '75; ma qualche cosa di diverso, di nuovo, di obiettivamente più complesso. Le pagine che seguono vogliono osare questo.

2 In primo luogo un problema storico: da dove le carceri di massima sicurezza e perchè. Risposta facile ed istruttiva: il bisogno di prigionieri speciali, di carceri di massima sicurezza è stato avvertito, per la prima volta, negli Stati Uniti. Quarantanni ci dividono ormai dai primi progetti realizzati di super-carceri; nell'arco di tempo che ci separa dagli originali esperimenti architettonici di una istituzione più sicura — tentati in un'America rousveltiana e di incipiente « welfare » — questa nuova organizzazione dello spazio concentrazionale si è diffusa a macchia d'olio in tutti i paesi occidentali.

Originariamente il carcere di massima sicurezza è una idea architettonica atta ad impedire le rivolte, ma con questo di originale: l'idea di un nuovo spazio della segregazione diventa ben presto la nuova idea di segregazione. Il progetto architettonico diventa immediatamente progetto politico; il suo linguaggio ha un preciso contenuto culturale che fa di questa nuova economia degli spazi una macchina del controllo.

Nuova economia degli spazi, cioè nuova economia del potere. Bentham idealizza la struttura panoptica come archetipo della necessità disciplinare del capitalismo di concorrenza. Giustamente osserva Foucault: fascino della città appestata, della « casa di certezza », dell'ordine trasparente. « Vedere non essere visti », ecco la chiave del nuovo Potere: è attraverso di essa che si snoderà poi la pratica educativa della soggezione del corpo alla disciplina del capitale. *Ma con dolcezza.*

Nell'America degli anni '30 l'architetto Hopkins progetta il primo modello di carcere cosiddetto a palo telefonico qua-

(\*) Comunicazione tenuta a Firenze in occasione del convegno di studio promosso dalla Giunta Regionale Toscana e da Magistratura Democratica dal titolo: « La realtà del carcere a due anni dalla riforma », 2-3 dicembre 1977.

le risposta alla domanda politica di carceri più sicure. Altre esigenze, in parte antagoniste a quelle che avevano ispirato l'invenzione benthamiana: non tanto lo schema della città apprestata della fine del XVII secolo quanto il lazzaretto rinascimentale, non tanto il bisogno di controllo quanto di sicurezza; non più la sorveglianza soffice, panoptica quanto l'estrema difesa dal contagio. Alla disciplina diffusa si contrappone il cordone sanitario. *Ma con violenza.*

In « Handbook of Correctional Design and Construction » pubblicato nel 1949 a cura del Federal Bureau of Prisons viene presentato un progetto ideale di istituzione penitenziaria di massima sicurezza comparandola con un vecchio carcere quale quello di Alcatraz, ritenuto per quei tempi il più sicuro. Ad Alcatraz, il blocco centrale ha tre file di celle interne, tutte nello stesso edificio e tutte con gallerie comuni. I difetti sono evidenti: mancanza di segregazione, sorveglianza e controllo difficili specialmente in caso di rivolta. Nel progetto per la nuova prigione di « super-sicurezza » a) tutti i blocchi cellulari possono essere isolati dagli altri edifici; b) tutti i blocchi delle celle vengono illuminati da lucernai in pendenza fra tetto e muro; c) le gallerie di sorveglianza sono sopra i corridoi dei blocchi di celle; d) i blocchi cellulari, pur potendo essere usati con qualsiasi tipo di pianta architettonica, sono specialmente adatti alla struttura edilizia cosiddetta a palo telefonico.

L'idea è relativamente semplice: la struttura architettonica del penitenziario deve essere uno spazio facilmente « militarizzabile », uno spazio immediatamente « trasformabile » in una trincea sicura contro l'azione di massa dei rivoltosi. Questa esigenza primaria, se soddisfatta, detterà di conseguenza la nuova vita istituzionale, la nuova esecuzione: i riflessi politici del nuovo linguaggio spaziale sono immediati. E' la distruzione preventiva, non necessariamente cruenta di ogni resistenza-coscienza politica dei detenuti. A livello psicologico — ridotta o annullata attraverso l'isolamento la possibilità di interazione tra gli internati — assistiamo ad una drastica riduzione del livello di sopravvivenza istituzionale, all'annullamento di ogni volontà. In questo senso possiamo affermare come l'istituzione speciale e sicura non necessiti di alcuna retorica giustificativa: le sue finalità istituzionali coincidono perfettamente con la dimensione fattuale del suo operare: rendere « non problematica », a qualsiasi prezzo, l'universo della marginalità criminale.

Ma di più: il modello di massima sicurezza è per sua natura fungibile; la sua capacità espansiva è direttamente proporzionale alle esigenze politiche di un controllo sicuro. Esistono già ospedali psichiatrici di massima sicurezza. Posso pensare a scuole, caserme, fabbriche. Ogni struttura disciplinare ne può essere contagiata.

Una cosa va però chiarita: l'ossessione all'istituzione sicura non si spiega come semplice razionalizzazione del momento segregativo; il carcere di massima sicurezza non è, o non è solo, una risposta al problema penitenziario; la sua ragione va individuata altrove, all'interno di un progetto più generale, all'interno di una strategia globale del controllo sociale. Il luogo e il tempo dell'epifania del super-carcere sono sintomatici: gli USA del New Deal, della nuova politica del controllo sociale, delle misure alternative alla pena detentiva. Non diversamente sarà per le socialdemocrazie scandinave, per l'esperimento laburista dell'Inghilterra degli anni '60. Vedremo in seguito se, e in che misura lo stesso potrà dirsi per l'Italia.

## Porto Marghera: una denuncia dei lavoratori

### Comunicato stampa

E' alle ultime battute il processo presso la Pretura di Mesire contro l'ex direttore della Montedison di P. Marghera Angelo Sebastiani, e altri dodici tra dirigenti e progettisti dell'impianto TDI.

L'imputazione (lesioni gravissime) si riferisce alle fughe di fosgene del 1971-72: questo impianto e i depositi del micidiale gas tossico, adoperato sui fronti di guerra del 15-18, sorgono addossati all'agglomerato di Mestre, 220.000 abitanti. La pericolosità di questa produzione è tale, che negli USA e in Gran Bretagna ne è stato bloccato lo sviluppo, decidendo di localizzare i nuovi impianti in Italia e in altri paesi « sottosviluppati ».

Le inalazioni di fosgene possono provocare la morte per soffocamento; nei casi meno gravi si hanno irreversibili lesioni polmonari.

In questo processo, a cui nessuno dei 13 imputati si è mai degnato di presenziare vanno emergendo fatti inauditi: la mancanza di licenza edilizia per il colossale « Petrochimico 2 », lo scarico del fosgene esuberante nei canali adiacenti, con sbocco in laguna, l'abbattimento delle fughe di gas con semplici idranti, la riparazione delle tubazioni con nastro adesivo, l'assenza di sistemi di rilevamento dei gas nell'atmosfera, sfiati di enormi quantità di gas velenosi direttamente nell'aria.

L'impianto venne costruito con materiali scadenti per risparmiare sui costi: addirittura si sono rilevate tubature in ferro invece che in acciaio.

Il Pretore, dott. Di Mauro, ha disposto il sequestro dei

CSIS  
comunicato stampa

«quaderni delle consegne» e dei bollettini sui guasti e le riparazioni che gli addetti al controllo dovevano quotidianamente redigere per informare i capi reparto e i dirigenti. La documentazione, che copre un arco di due anni dal 1970 al 1972, è di estrema importanza ma non deve fornire pretesto alla difesa per ulteriori rinvii.

Sarebbe in particolare emerso che i «cromatografi» (rilevatori di gas nell'aria) contrariamente a quanto sostenuto dalla Montedison, furono installati solo dopo l'inizio del procedimento penale. La necessità di tali apparecchiature deriva dal fatto che il foscene colpisce in modo grave l'organismo prima ancora che se ne avverta l'odore.

I tre capi di imputazione si riferiscono ad altrettante «fughe» di gas: l'intossicazione degli operai colpiti si manifestò con svenimenti, vomito, stralunamento degli occhi, schiuma alla bocca ecc.

① apertura di una valvola posta a valle delle torri di abbattimento del foscene: la soda contenuta nelle torri era insufficiente a neutralizzare gli afflussi abnormi del gas. 41 operai intossicati; 2 dicembre 1971.

② perdita dalle stesse torri di abbattimento. Circa 50 intossicati; 21 febbraio 1972.

③ scoppio di un disco di rottura all'interno di un distillatore. 43 intossicati accertati; 27 marzo 1972.

Le conclusioni a cui giunse la Perizia medica relativa al primo incidente, sui ricoverati presso l'Ospedale di Mestre, il Pronto soccorso, e

Al di là delle specificità nazionali, *il carcere di massima sicurezza rappresenta l'atto ufficiale di morte dell'ideologia penitenziaria*: la ri-educazione, il carcere come «laboratorio del principe» ove tentare il grande «esperimento»; il suo apparire coincide con la definitiva morte del mito, della risocializzazione del detenuto. Il carcere sicuro pone i termini della scommessa presente e futura: morte del carcere o sua resurrezione come apparato del terrore repressivo.

La coscienza dei termini reali del problema era già presente negli anni '30. Si legga «Punishment and Social Structure» di G. Rusche e O. Kirchheimer. Finito di scrivere in America negli anni della seconda guerra mondiale, ma pensato nella Germania ancora nazista «Punishment and Social Structure» sembra avvantaggiarsi di questa sua genesi temporale e geografica: lucidamente cosciente delle ragioni del fallimento della politica penale liberale, si proietta, intuitivamente, verso quella che sarà la nuova politica del controllo sociale nello Stato dei «welfare». Il sistema carcerario contemporaneo — chiariscono Rusche e Kirchheimer alla fine del loro libro — finisce per oscillare sempre più tra la prospettiva della sua estinzione e quella della sua trasformazione in strumento del terrore, alieno definitivamente ad ogni funzione oggettiva di rieducazione: «si assiste quindi ad un paradosso nel fatto che il progresso della conoscenza umana abbia reso il problema del trattamento penale astrattamente di più facile soluzione di quanto non fosse un tempo, proprio oggi che il problema di un cambiamento radicale nella politica penale ci sembra più lontano che mai a causa della dipendenza sempre più stretta che il diritto penale viene ad avere con l'ordine sociale esistente».

Se vogliamo questo paradosso è il cuore stesso del problema della crisi della pena detentiva. Tema nodale, quindi, nella ricostruzione storica del potere repressivo in epoca borghese in quanto, significativamente, la crisi dell'istituzione carceraria sembra quasi coincidere con la sua origine: il penitenziario nasce già afflitto da una malattia mortale, la sua storia è la storia di una terapia impossibile, di una riforma impossibile. *Il carcere di massima sicurezza segna definitivamente anche la fine dell'ideologia della riforma: Il carcere è da questo momento «ufficialmente» irriformabile.*

Istruttiva l'analisi comparata: ovunque, ci sembra, il carcere super-sicuro nasce dopo un progetto di riforma che in breve tempo si palesa fallimentare. E' l'ultimo conato della ideologia penitenziaria; l'ultimo tentativo di recuperare il carcere, in un'ottica falsamente progressista, ad un ruolo democratico e non-repressivo. Falsamente progressista, ripetiamo, soprattutto perchè erroneamente ritiene di dare contenuti diversi, se non antitetici, ad un'istituzione strutturalmente segnata ad una funzione tipica. Ed è la storia ad insegnarci quale funzione oggettiva abbia avuto, fin dalla sua origine, l'istituzione penitenziaria.

Il carcere, come sistema portante di controllo sociale, nasce con il sistema stesso di produzione capitalistica e, in particolare, nel momento di accumulazione cosiddetta originale adempie ad una funzione oggettiva precisa: educare le masse di ex-contadini in proletariato, attraverso l'apprendimento coattivo della disciplina del salario.

Strumento di socializzazione primaria, il penitenziario si struttura sul modello produttivo allora dominante (originariamente la manifattura, successivamente, la fabbrica) e da questa mutua la propria organizzazione interna, in particolare le forme e i modi di sfruttamento della forza la-

comunicazione  
**carceri**

vorò. Ma già agli inizi del XX secolo, nei paesi a capitalismo più avanzato, il carcere cessa di avere qualsiasi funzione reale, quale mezzo cioè di ri-educazione, per mantenere enfatizzata una dimensione puramente ideologica, come strumento di modulazione del terrore repressivo. Il controllo sociale, l'egemonia del capitale sul lavoro, si esercita ormai attraverso altri strumenti che non siano quello coercitivo dell'internamento. E' da questo preciso momento che inizia la lenta agonia del carcere, è da questo momento che, ormai svuotato di ogni funzione reale, feticcio ormai del dominio di classe, il carcere lotta contro la sua morte. Ma ciò che più importa continua ad esistere, continua a sopravvivere.

Con questo voglio, in primo luogo, precisare che il carcere del terrore è una realtà che esiste da più di un secolo, molto prima cioè che si inventi il carcere di massima sicurezza. Meglio: *il carcere sicuro non innova la fattualità del penitenziario, semplicemente non fa che affermare, ormai senza pudori, ciò che è praticamente sempre stato. Ma con ciò, strappati i veli della menzogna, rompe non tanto la continuità dell'istituzione, quanto l'equilibrio dell'intero apparato del controllo sociale.* In questo senso affermo che il carcere di massima sicurezza si pone come perno di un mutamento qualitativo nella politica del controllo sociale. Ma questo va spiegato.

3 La pena privativa della libertà, al suo sorgere, opera un'inversione rivoluzionaria nella pratica punitiva. Il carcere, come pena, capovolge l'idea stessa di difesa sociale: da distruzione, annientamento a reintegrazione sociale del trasgressore. La pena come privazione coatta di un quantum preventivamente determinato di libertà, riesce a sposare gli eterogenei: il contratto con la disciplina, la retribuzione con la ri-educazione; riesce ad imporre il principio che la migliore difesa sociale si può avere solo quando si verificano queste condizioni: il trasgressore — contraente inadempiente — risarcisce il danno pagando con il proprio tempo salariato e, nel contempo, nella pena come esecuzione, si assoggetta a quella disciplina che lo reintegrerà nel politico come soggetto docile, non più aggressore della proprietà, come proletario. In questo senso la pena carceraria opera la prima grande inversione funzionale dell'apparato del controllo: l'assoggettamento della propria distruttività al parametro contrattuale (il principio della retribuzione); la subalternità della propria funzione al processo produttivo (il principio della ri-educazione).

Qualche cosa di più e di diverso, quindi, di una semplice razionalizzazione del terrore repressivo: la pena è necessaria perché è contratto; la pena è dolce perché è disciplina, è educazione.

Il patto sociale detta i limiti e la funzione stessa dell'egemonia del capitale sul lavoro. La pena di morte, le sanzioni corporali sono negate vuoi perché comportano il sacrificio di un bene contrattualmente indisponibile, vuoi perché — e soprattutto — attraverso di esse non si può esercitare alcuna disciplina. E questo vale per il trasgressore, per chi viola le norme del patto. Per chi attenta al patto, per chi contesta in toto la sua validità, per chi si rende reo di crimen laesae maiestatis, per chi dichiara la propria inadempienza negando la causa stessa del rapporto, la disciplina del vincolo sinallagmatico impone le conseguenze: per questo vale la risoluzione del contratto. Il principe ritorna « libero », il suo potere non è più vincolato al parametro con-

presso l'Istituto di Medicina del Lavoro di Padova, furono: « Il primo incidente ha dato luogo a numerose intossicazioni acute da fosgene, di cui alcune molto gravi, ed è stato complessivamente, dal punto di vista medico, un episodio drammatico ». Ad analoghe conclusioni giunsero le perizie relative ai due successivi incidenti. Ma molti altri seguirono a questi primi tre incidenti oggetto dell'imputazione, colpendo (fino al 1974) un totale di 240 operai.

Altre due imputazioni, cadute misteriosamente nel corso dell'istruttoria, coinvolgevano la responsabilità, non solo del direttore della Montedison, ma anche del Sindaco di Venezia di allora, Giorgio Longo (Dc); assenza della licenza di costruzione del famigerato impianto TDI e, l'altra imputazione, avvio della produzione del TDI senza preventivo avviso scritto al sindaco.

Medicina Democratica denuncia all'opinione pubblica la cortina di silenzio e di omertà che circonda questo processo, che serve a proteggere il modo criminale di produrre di cui la Montedison in varie zone d'Italia è stata protagonista.

La pericolosità della produzione di fosgene non si è esaurita negli episodi del '71-'72, ma incombe sui lavoratori e la popolazione, come risulta anche dalle « Considerazioni finali » della Perizia tecnica disposta dal Pretore e redatta da cinque docenti dell'Università di Padova; « L'insieme dei tre incidenti che i sottoscritti hanno esaminato, nelle loro cause e nelle loro conseguenze, dimostra la grande pericolosi-

segue/comunicato stampa

ta reale e potenziale di impianti come quello del TDI del Petrochimico di P. Marghera, non solo agli effetti della sicurezza del personale addetto all'impianto, ma anche e forse maggiormente del personale appartenente alle ditte appaltatrici che operano nella zona, come pure, in una visione più larga ma non meno realistica, della incolumità degli stessi abitanti delle zone limitrofe allo stabilimento».

E di pochi mesi fa la notizia che i lavoratori di un impianto vicino al TDI (il CR) furono costretti a ripetute azioni di protesta per la presenza nell'aria di gas venefici provenienti da tale impianto. Ciò nonostante il processo va avanti nel più assoluto silenzio della stampa. Estromessi i sindacati degli operai chimici, che si erano costituiti parte civile, i nove avvocati della difesa Montedison, fior fiore delle Università del Nord, sono intenzionati a ritardare il più possibile la decisione, in attesa della probabile amnistia per i reati cosiddetti « minori ». Medicina Democratica, assieme ad altre organizzazioni ecologiche e politiche, ha promosso una serie di iniziative politiche « legali contro le « produzioni di morte » della Montedison.

Medicina Democratica  
sez. di Venezia

## carceri

trattuale; per chi è « fuori », per chi è « contro » torna a valere il principio della difesa come distruzione del nemico. La mannaia e la forca.

Ideologia. Di fatto, e fin dall'inizio, il contratto perde, la disciplina trionfa. La società disciplinare si estende, opera al di là del contratto. Il potere delle discipline non trova più nella reciprocità contrattuale il suo limite. Basti, per tutti, pensare al grande tema della prevenzione, al potere di polizia: un'immensa, capillare, diffusa macchina del controllo completamente « libera ».

Ideologia. Ma con questo di essenziale: il carcere, persa ogni funzione reale e ogni primato nella pratica del controllo, mantiene intatta nel tempo l'idea che lo aveva partorito: strumento di disciplina in uno spazio temporale contrattualmente determinato.

Di fatto il controllo, le discipline, sono altrove: l'egemonia del capitale sul lavoro, quando il capitale è monopolistico, non si riconosce neppure idealmente nel contratto. Il potere disciplinare, oramai libero, si dilata sul sociale.

Diciamo, semplificando, che con ciò si sono realizzate le condizioni perchè il carcere si trasformi in carcere di massima sicurezza, in qualche cosa, cioè, che neppure ideologicamente è strumento di disciplina in un uno spazio temporale contrattualmente determinato. *In qualche cosa che non è né retribuzione né ri-educazione. In strumento, quindi, di annientamento, di distruzione.* Il carcere, persa anche idealmente la funzione per cui era stato l'« inverso », il « contrario » della pena che annienta, svuotato di quella funzione che lo aveva voluto macchina di disciplina, perchè ora la disciplina è altrove, diventa l'erede di ciò che aveva negato: la pena svincolata da ogni rapporto contrattuale, la pena che non trasforma. Queste le condizioni necessarie perchè si verifichi l'inversione funzionale della pena carceraria; ma condizioni non ancora sufficienti. Questo significativo mutamento della funzione della pena privativa della libertà — da strumento di reintegrazione a macchina di annientamento del trasgressore — si determinerà storicamente solo in presenza di alcuni processi nella politica del controllo sociale.

Cerchiamo di leggere questa complessa fenomenologia all'interno della contemporaneità italiana.

4. Per punti e sinteticamente:

- La riforma carceraria del '75 — dopo una gestazione politica-parlamentare lunga quanto la storia dell'Italia repubblicana — nasce con manifeste volontà suicide e nel suo esito fallimentare non può che accelerare il processo di decomposizione istituzionale.

Nella sua palese incapacità a riformare, la legge del '75 brucia l'ultima illusione di un recupero democratico e costituzionale della pena privativa della libertà. E questo senza che si debbano attendere i tempi necessari di attuazione; la sua potenzialità autodistruttiva appare già nel testo di legge (a questo proposito si è parlato correttamente di « efficacia rinnegante » della riforma). Una riforma che nasce morta; ma è lo stesso cordone ombelicale a strangolarla: inquinata fin dall'origine da esigenze politiche che sono e debbono essere estranee alla sua ragione d'essere, al traino della politica dell'ordine pubblico, in brevissimo tempo il « carcere riformato » registra un fallimento totale, irreversibile.

E' una storia recente: è la storia della minaccia dell'applicazione dell'art. 90; è la storia dei permessi, delle misure disciplinari e penali contro giudici di sorveglianza; è la storia della militarizzazione della sorveglianza esterna; ecc.

• Il fallimento della riforma, l'ingovernabilità crescente del carcere sembrano imporre, più che considerazioni di natura umanitaria, l'unica possibile soluzione: la fuga dalla sanzione detentiva.

Mentre si restringono notevolmente le possibilità di concedere i permessi si preannuncia una imminente amnistia; mentre si incarica il generale Della Chiesa di « creare » le carceri speciali, le forze politiche nell'accordo programmatico si pronunciano in favore di un'ampia depenalizzazione. Apparente schizofrenia: di fatto tutto questo nasce dalla coscienza che il carcere — come struttura portante del controllo sociale — non solo è irrimediabile, ma ormai è troppo scomodo, è pericoloso. Va liquidato.

Il controllo sociale è ormai « altrove ».

Il processo — dal penitenziario al « fuori » — è stato lento (almeno dalla fine degli anni '60), ma negli ultimissimi tempi ha subito una fortissima accelerazione. Si delinea così in maniera abbastanza chiara il nuovo profilo del controllo sociale.

Non giova ripetere analisi già fatte; basta ricordare il processo in oggetto solo per punti: si dilata il ruolo dell'indulgenza e della discrezionalità giudiziaria, termometro ormai solo sensibile ad esigenze dettate dall'allarme sociale; sempre più il processo penale accentua la sua funzione atipica di strumento di controllo e disciplina; la carcerazione preventiva è ormai solo anticipo (assaggio) di pena; il nuovo progetto di depenalizzazione e di misure alternative alla pena carceraria ridurrà sensibilmente la popolazione detenuta; l'amnistia probabilmente farà il resto.

A fronte di questo accentuato fenomeno di fuga dalla sanzione detentiva, la rivitalizzazione delle pene pecuniarie e delle pene accessorie nonché la nuova figura della libertà controllata svilupperanno un diverso reticolato di discipline sul sociale. (Il dibattito sempre più incalzante del ruolo degli Enti Locali e delle Comunità locali nella politica criminale può essere anche letto come il sintomo di un uso — non certo democratico e partecipativo — del territorio nella politica del controllo sociale).

Nulla di nuovo, peraltro: è questa una linea di tendenza presente in quasi tutto l'universo occidentale.

Da tutto ciò sembra scaturire — come dice Bricola — il corollario secondo cui il carcere di massima sicurezza dovrebbe essere se non l'esclusiva, la principale forma di carcere del più o meno prossimo futuro. D'accordo: solo il carcere di sicurezza. Ma per chi?

• Un nuovo soggetto entra nella scena politica del controllo: un soggetto nei cui confronti sembra cementarsi — se vuoi per un solo istante — il disomogeneo e disgregato universo degli osservanti: il terrorista.

Sia chiaro: qui non mi interessa conoscere o sapere le cause dell'inquietante fenomeno del terrorismo; qui ci interessa conoscere e sapere l'uso che di questo soggetto politico fanno le agenzie del controllo sociale. Solo in questo senso posso affermare che se questa figura emerge solo ora con prepotente chiarezza, essa, ciò nonostante, ha un suo passato. Un primo tentativo di omogeneizzare il consenso, si ebbe, in un passato non lontano, nei confronti di quella tipologia soggettiva che direttamente attentava a quel ristretto patrimonio di beni su cui era ragionevole attendersi l'unanime condanna: i rei di delitti di sangue, coloro che attentano alla vita. Erano i rapinatori, i sequestratori, gli omicidi ad essere da un lato regolarmente esclusi da ogni indulgenza legislativa, e dall'altro attentamente selezionati come capri espiatori.

## informazioni editoriali del Centro Doc. di Pistoia

### Seveso

SAPERE n. 796, novembre - dicembre 1976, - Lire 2.000 Galleria Straburgo 3, Milano

« Seveso un crimine di pace ». Un numero interamente dedicato a Seveso con articoli su tutti gli aspetti del problema: aspetti scientifici dell'inquinamento, testimonianze di chi ha subito, aborto, nocività multinazionale, storia della Roche, potere politico e nocività industriale.

ECOLOGIA n. 9 novembre 1976, Lire 100 c/o Università popolare, Piazza S. Alessandro, 4 - Milano  
Un articolo di Mario Sciuto: (« Oltre a Seveso »); un documento del Comitato Scientifico e Tecnico popolare di Seveso del settembre 1976; un'intervista al consigliere regionale di DP Mario Capanna: « Seveso è la Caporetto della Regione ».

ECOLOGIA n. 10 dicembre 1976, Lire 100

Gli effetti veri e falsi della diossina: un documento pubblicato dal quotidiano cattolico « Avvenire » e alcuni dati e elementi di giudizio per rispondere ad alcune « false verità »; inoltre un corsivo: « La lotta per la vita continua (nonostante CL) ».

RE NUDO n. 47 novembre 1976, Lire 600, via Pastorelli, 12, Milano  
Fabbricanti di morte, l'ICMESA, cos'è la diossina.

ROSSO, Organo della Lega Marxista Rivoluzionario Svizzera n. 33, ottobre 1976, fr. 2 - C.P. 12, 6932 Breganzona (Svizzera)

Un'analisi del gruppo Hoffman-La Roche a livello internazionale: « Venti anni di inquinamento dell'ICMESA ».

MEDICINA AL SERVIZIO DELLE MASSE POPOLARI n. 23 ottobre 1976, Lire 300, Piazza S. Stefano, 10 - Milano

« Seveso vuole la bonifica del suo territorio e non della sua rabbia », di L. Cotelani (sulla fase di rimozione e sull'attività delle commissioni regionali).

ALTROCONSUMO n. 7 - 1976 Lire 400 via S. Marco, 34 - Milano

Nell'articolo di M. Santagostino: « Seveso: tutto come prima », si analizzano i meccanismi legislativi che hanno reso possibile la tragedia della Brianza, le leggi antinquinamento nazionali e regionali (con particolare riferimento alla Lombardia).

LA VOCE OPERAIA suppl. al n. 294, 1976, via Pieri, 2 - Milano

L'imperialismo è chiaro: sfruttamento in fabbrica e produzione di morte. Denuncia scientifica sulla « produzione di morte » e sulla tossicità in fabbrica e nel territorio. Documenti dell'autorità pubblica e critica ad essi.

MEDICINA AL SERVIZIO DELLE MASSE POPOLARI, n. 2 n.s. marzo 1977, Lire 400

Seveso: otto mesi di mafia incompetenza e speculazione. Ripresa dell'iniziativa popolare sui problemi della bonifica. Inoltre un comunicato dei soldati democratici delle caserme di Milano e Monza che si rifiutano di fare i « cani da guardia ».

MEDICINA AL SERVIZIO DELLE MASSE POPOLARI, n. 3 n.s. aprile 1977, Lire 400

« Via la giunta della diossina »: la realtà smentisce tutte le ipotesi tranquillizzanti che le autorità regionali e gli esperti hanno formulato per giustificare i compromessi decisi sulla pelle di Seveso.

MEDICINA AL SERVIZIO DELLE MASSE POPOLARI, n. 4, n.s. maggio 1977, Lire 400

Numero speciale su Seveso e sull'inchiesta di massa del Comitato scientifico popolare.

LA DIOSSINA  
A S. DONNINO?

*L'articolo è curato da due lavoratori che operano in S. Donnino all'interno di una associazione di Pubblica Assistenza (« Fratellanza Popolare » - Via Pistoiese n. 185/A, 50010 S. Donnino, Firenze). Tali associazioni si basano sul lavoro volontario svolto dai cittadini nell'ambito dei problemi socio-sanitari. Ponendosi come scopo principale la prevenzione delle malattie, per queste associazioni risulta evidente la necessità dell'impegno nella tutela dell'ambiente dove i cittadini vivono e lavorano (territorio, fabbrica).*

Verso gli anni 1955-56 S. Donnino, paese di 4000 abitanti nel comune di Campi Bisenzio ad una decina di chilometri da Firenze, passò da un rispetto quasi sacro della terra e dei campi, ad una nuova concezione del reddito dei terreni: rimanere proprietari dei terreni, ma vendere quello che esisteva al di sotto, e cioè la rena e la ghiaia (materiali indispensabili per l'edilizia) che si trovano già a 2-3 metri di profondità. Nelle prime cave di S. Donnino il materiale utile veniva

toro del potenziale repressivo. Diciamo, allora, che il progetto politico che si tentava di realizzare era ancora quello classico: la difesa sociale come difesa dei « buoni » contro i « cattivi ».

Mi sembra che oggi le cose siano notevolmente mutate: il recupero dell'allarme sociale sembra essersi orientato verso l'utilizzazione politica (e quindi non facendo neppure più riferimento ad un dato sociale o se volete antropologico) dell'ordine democratico contro i processi di destabilizzazione e i suoi autori. Un progetto di difesa sociale che vede le forze democratiche, antifasciste, nate dalla resistenza contro gli eversori, i terroristi. Un nuovo contratto sociale, analogo a quello che univa i proprietari all'affermarsi della nuova società borghese. Ma ogni patto ha i suoi esclusi, ha i suoi rei di crimen laesae maiestatis, ha i suoi soggetti nei cui confronti il potere diventa « libero », svincolato da ogni rapporto, nei cui confronti può e deve valere una sola logica: l'annientamento.

E' facile pensare che il carcere superstita, il carcere di massima sicurezza, il carcere svincolato da ogni rapporto contrattuale — perchè, sia chiaro, dal super carcere, non si deve uscire se non suicidi o folli —, il carcere che neppure ideologicamente deve educare ma solo intimidire, ed annientare il trasgressore, diventerà la pena di chi attenta al patto, di chi ne contesta in toto la validità.

5. In questo senso ho parlato di inversione funzionale della pena detentiva, di morte del carcere e del carcere di massima sicurezza come qualche cosa di « altro ». Come dire che « nello stato totale pena e delitto vengono liquidati come superstiziosi residui e il puro sterminio degli oppositori, certo del suo fine politico, (dilaga)... Il penitenziario, accanto al campo di concentramento, sembra il ricordo del buon tempo antico » (M. Horkheimer, T.W. Adorno, *Da una teoria del delinquente* in *Dialettica dell'Illuminismo*).

Massimo Pavarini

scavato fino ad una profondità di 7-8 metri. In seguito si assistette ad un progressivo abbandono delle norme di sicurezza, di igiene e buon senso che regolavano le prime escavazioni; subentrò così una escavazione incontrollata e frenetica. Le cave, dato che le escavazioni andarono ad intaccare le falde freatiche, diedero luogo a vaste distese di acque che si riempiono di vegetazione spontanea; la gente, vista la facilità con cui è possibile accedervi, essendo le cave prive di ogni forma di recinzione, vi scarica ogni tipo di immondizia. Le mosche e le zanzare trovano in questo terreno un ottimo habitat e a nulla valgono le varie disinfestazioni, perché non rimuovono le cause fondamentali e primarie che favoriscono la loro proliferazione.

Nel 1965 l'amministrazione comunale fiorentina sceglie un'area di scarico per i suoi rifiuti urbani e si orienta verso S. Donnino. L'area prescelta, escavata in profondità per molti metri, con le falde idriche allo scoperto, viene indicata dall'ASNU (Azienda municipalizzata per la nettezza urbana) quale zona idonea in cui gettare i rifiuti. A maggior beffa di una scelta che non risponde ai principi più elementari dell'igiene e del buon senso, si impone all'ASNU di procedere con il sistema della colmata sanitaria, cioè la spazzatura una volta scaricata deve essere trattata con calce e interrata tutti i giorni sotto uno spessore di terreno di almeno 30 cm. Ma la colmata sanitaria non viene fatta, e si accumulano i rifiuti alla meno peggio. La popolazione di S. Don-

# territorio/inceneritori

nino insorse allora contro i fetori, mosche e zanzare. L'alluvione del 1966 livellò i rifiuti scaricati, interrandoli e portandoli a putrefazione entro le falde dell'acqua potabile. Gli effetti si fecero subito sentire: i pozzi del comune di Campi e di alcuni privati divennero inquinati, contenendo forti quantità di sostanze minerali e numerose colonie di colon-batteri. Le ditte continuarono le escavazioni, portando ad un progressivo abbassamento del livello dei pozzi dell'acqua e alla chiusura di tutti i pozzi artesiani privati dato che ormai si trova l'acqua solo ad oltre 60 metri di profondità, quando allora si trovava a 10-12 metri. Nel frattempo il comune di Firenze rendeva esecutivo il progetto dell'inceneritore di rifiuti solidi urbani, destinando alla costruzione di questo impianto un terreno al limite del proprio territorio al confine con quello di Campi B., cioè S. Donnino.

Nel 1972 in un incontro con i rappresentanti del comune di Firenze e dell'ASNU fu assicurato che dai camini dell'inceneritore sarebbe uscito esclusivamente vapore acqueo, tant'è si disse allora, e si continua a dire ancora oggi, che inceneritori di questo tipo si trovano nel centro di città e non recano alcun danno (da notare che la ditta costruttrice dell'impianto è la stessa che ha costruito quello di Figino - Milano - e anche le caratteristiche costruttive sono le stesse). Queste affermazioni furono e sono smentite dalla realtà dei fatti, anzi la situazione in questi anni è andata progressivamente peggiorando anche perché è aumentata la quantità dei rifiuti inceneriti.

Visto il disagio della popolazione e dopo numerosi interventi e proteste presso i pubblici amministratori, la Fratellanza Popolare di S. Donnino indisse per il dicembre 1976 un'assemblea popolare, invitando a partecipare il co-

mune di Firenze, di Campi, gli amministratori dell'ASNU e i tecnici del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Tale assemblea fu caratterizzata da una massiccia partecipazione popolare e da numerosi interventi tutti tendenti a far risaltare il contrasto fra un impianto già funzionante da quattro anni e le analisi non ancora effettuate. Importante fu l'affermazione fatta dai medici del paese circa l'aumento delle malattie bronchiali nei ragazzi e dei casi di tumore polmonare negli adulti. Oggi, ad un anno di distanza rileviamo una singolare coincidenza fra quelle affermazioni e la situazione di Figino come risulta dalle dichiarazioni del dott. Maiuri, medico della mutua che ha in cura tutta la popolazione di Figino stesso.

Fatto importante è che quelle proteste misero allo scoperto un caso di corruzione legato all'inceneritore, che ha visto ben undici indiziati di reato (uomini della D.C., del P.C.I. e del P.S.I.), rinvii a giudizio e arresti clamorosi. Il processo, unificato con un altro riguardante la lottizzazione di un'area vicino a Firenze, si è concluso in questi giorni con numerose condanne.

Nel mese di giugno dello scorso anno, in un periodo di relativa stasi, sulla stampa nazionale scoppia la questione della diossina: il prof. Alberto Frigerio dell'Istituto M. Negri di Milano annuncia la scoperta fatta da alcuni ricercatori olandesi che rilevano la diossina nei fumi degli inceneritori. Ne parla, fra l'altro, sul *Corriere della Sera* in un articolo del 3/6/77, in una intervista rilasciata all'*Unità* del 6/6/77, se ne riparla ancora l'8/6/77 sul *Giorno* di Milano. La notizia suscita scalpore e preoccupazione: si mettono in allarme gli uffici sanitari di molte città.

Anche alla luce di queste ultime notizie la Fratellanza Popolare chiede e ottiene un incontro con gli amministratori

ri del comune di Firenze, di Campi, dell'ASNU, del consorzio socio-sanitario e con i funzionari del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. In quella sede gli invitati, dato atto della fondatezza delle preoccupazioni ulteriormente espresse dalla Fratellanza Popolare, assicurano il loro impegno per affrontare tempestivamente la questione della diossina, per condurre un'indagine epidemiologica in collaborazione con il C.N.R. Gli amministratori intervenuti si impegnano a prendere i necessari contatti, con l'intesa di incontrarsi nuovamente all'inizio di ottobre per fare il punto della situazione e studiare le ulteriori iniziative da prendere sulla base delle risultanze del lavoro svolto. L'11 ottobre 1977, con una presenza di amministratori pressoché dimezzata rispetto a luglio, si viene a sapere solo, rispetto agli impegni presi, che le analisi sono iniziate da qualche tempo per il PCB (poli-clorobifenile), mentre per la diossina si è perduto del tempo prezioso: non si è ancora in possesso degli strumenti per le rilevazioni che, si dice, sarà possibile avere a disposizione entro qualche mese. E' a questo punto, in una situazione che rischiava, e rischia tutt'ora, di protrarsi indefinitamente senza che la gente fosse informata sulla esistenza del problema e dei rischi che ne derivano — anche perché nel frattempo la questione sollevata dagli olandesi è sparita dai giornali —, è a questo punto, dicevamo, che la Fratellanza Popolare esce con un manifesto dal titolo: « La diossina a S. Donnino? ». Le risposte che, pur facendosi attendere, ci sono state fornite, accanto a ripetuti impegni di principio che hanno ancora una volta bisogno di tempestive e puntuali verifiche, tendono tutte nella sostanza a minimizzare il problema, quando per qualche aspetto non se ne nega addirittura l'esistenza. Per

# territorio/inceneritori

esempio prendiamo la questione delle polveri che fuoriescono dall'inceneritore. Gli amministratori del tempo (1973) assicuraron fin dall'inizio che sarebbe uscito solo vapore acqueo dai camini dell'inceneritore, e l'ASNU ancora oggi continua incredibilmente a distribuire depliant pubblicitari che in tal senso magnificano le doti di salubrità dell'impianto. Ad ogni modo, da tempo si ammette la fuoriuscita delle polveri che tuttavia, si dice, grazie ad apparecchiature di controllo delle emissioni, risulterebbero entro i limiti previsti dalla legge n. 615 del 1966, o legge anti-smog, e che comunque le strumentazioni predisposte garantirebbero « l'ottimale funzionamento dell'impianto ». Queste affermazioni, che nulla aggiungono a quanto già si sapeva, non riescono a spiegare perché i primi dati delle analisi siano stati comunicati solo qualche settimana fa con i primi non tranquillizzanti risultati, quando si era assicurato che i fumi erano assenti da prodotti inquinanti (dichiarazioni dell'assessore Davis Ottiati — assessore all'ecologia e ambiente del comune di Firenze — a « La Nazione » del 7/12/77). Quale senso allora si può attribuire in retrospettiva alle assicurazioni a suo tempo rilasciate per tranquillizzare la popolazione? Sempre riguardo ai livelli di emissione delle polveri si afferma che « si tratta di una quantità di un terzo inferiore rispetto a quella emessa dagli inceneritori dotati di doppio sistema di abbattimento delle polveri » (dichiarazione del vice-Presidente dell'ASNU, Leoni, a « La Nazione » del 9/12/77). Affermazione, quest'ultima, che riesce di dura comprensione al comune buon senso se non è adeguatamente spiegata; e che suscita qualche perplessità soprattutto tenendo conto del fatto che non è stato ancora smentito che il progetto originario prevedeva un doppio

sistema di abbattimento delle polveri. Dicano pure gli amministratori che le polveri emesse dall'inceneritore sono nettamente inferiori ai limiti di legge. E' un dato di fatto? E' un dato di fatto comunque per ciò che ci riguarda non possiamo che constatare la gravità oggettiva della situazione: le polveri continuano a depositarsi sulle foglie degli alberi e sugli ortaggi, bucando in alcuni casi le foglie; le vernici delle auto vengono corrose e macchiate da polveri untuose, per non parlare della biancheria e delle lenzuola distese ad asciugare, che continuamente vengono macchiate ed annerite. Che cosa si può concludere?

Come minimo; e sembra una banalità, che non c'è sempre e necessariamente una coincidenza tra limite di legge e salute. Che le leggi attendono continue verifiche e che comunque non sono tali ormai, nel nostro caso, da tranquillizzare nessuno. Lo sanno benissimo i lavoratori di Porto Marghera, di Rosignano Solvay, di Piombino, che da anni stanno lottando in condizioni difficilissime perché i limiti di tollerabilità siano ridotti a zero: perché non si accetta più il concetto stesso di tollerabilità. Dalle intrinseca giustezza di queste rivendicazioni noi traiamo lezione, così come dovrebbero trarla gli amministratori dai quali è lecito e doveroso pretendere una sensibilità che non si arresti alle soglie di burocratiche considerazioni su una legge che peraltro risale a 11 anni fa. A nostro giudizio queste osservazioni erano e rimangono valide anche nel caso in cui le polveri siano polveri e basta.

Oggi, purtroppo, la questione, alla luce delle scoperte degli scienziati olandesi sull'esistenza di diossina e di altre sostanze estremamente tossiche rintracciate nelle ceneri e nei gas di camino degli inceneritori, si pone in termi-

ni ben più drammatici e ben più allarmanti di quanto non si fosse già posta in passato. Oggi la questione dei limiti di tollerabilità, se mai sia stata condivisibile, non ha più alcun senso.

Come abbiamo già detto, la stampa nazionale si è occupata nel giugno dell'anno scorso delle scoperte sulla diossina e sui cloro-di-benzofurani; scoperte puntualmente confermate dagli stessi ricercatori al Congresso Internazionale di Spettrometria di massa che si è tenuto a Riva del Garda dal 20 al 22 Giugno 1977. Da allora, salvo qualche sporadico servizio giornalistico, la questione è caduta sotto silenzio e non si sa ancora niente delle analisi che immediatamente dopo le notizie, gli organi competenti si impegnarono a fare. Per quanto ci riguarda più direttamente abbiamo già detto del ritardo.

Ci resta da dire delle neanche tanto precipitose assicurazioni sulla supposta innocuità dell'inceneritore.

Ci pare evidente, nelle risposte sollecitate dal nostro manifesto, la preoccupazione di ricondurre nei canali della normalità problemi che invece esigono dinanzi all'opinione pubblica il massimo di chiarezza e di responsabilità. In questo senso riteniamo di poter dire che i comunicati degli amministratori sono incongrui e comunque insufficienti a fornire le assicurazioni necessarie. Il problema non è, come si è detto da parte di alcuni, teorico, né tanto meno sono labili le ricerche effettuate. Su quali basi può dire il Vice-presidente dell'ASNU (vedi ancora « La Nazione » del 9/12/77) che il problema è solo teorico? Sull'asserzione che « per il momento i risultati delle ricerche sono tanto incerti da non aver dato luogo alla pubblicazione di un articolo scientifico »? Tutto ciò non risponde a verità. Sulla questione ci siamo attentamente documentati, abbiamo ricevuto

# territorio/inceneritori

dagli stessi ricercatori (Olie, Vermeulan e Hutzinger dell'Università di Amsterdam), ai quali avevamo scritto per avere dati più dettagliati, proprio l'articolo scientifico (Rivista scientifica internazionale « *Chemosphere* » n. 8 del 1977 — pagg. 455-459) di cui si nega l'esistenza e che comprova, sulla base di rilevazioni scientifiche, la fuoriuscita di diossina, dei clorodibenzofurani e di altre sostanze estremamente tossiche, nelle ceneri e nei gas di camino di alcuni inceneritori dei Paesi Bassi.

E' da notare che i tre inceneritori investigati nella suddetta ricerca servono città e i rifiutichimici, come regola, non vengono bruciati. Nell'impianto di S. Donnino, come risulta dalla dichiarazione dell'ass. Ottati su « *La Nazione* » del 28/12/77 vengono bruciati « rifiuti la cui composizione è eterogenea, alla temperatura di 900° C.; è impossibile per l'ASNU eliminare prima della combustione quelle componenti il cui incenerimento può provocare l'emissione di sostanze gassose. Non va dimenticato che oltre ai rifiuti domestici vengono inceneriti anche quelli artigianali e industriali » (!). E' con l'arrivo dei dati dall'Olanda che la lotta, iniziata per dare risposta ai disagi che la popolazione deve sopportare e a cui prima si accennava, inizia a misurarsi su un terreno fino ad oggi riservato quasi esclusivamente agli addetti ai lavori (scienziati, tecnici, ecc.) e finalmente le verità ricavate empiricamente dagli abitanti di S. Donnino trovano una definitiva verifica sul piano scientifico.

Oggi, ad analisi appena iniziate e dalle quali intanto è soltanto si sa della presenza del PCB (policlorobifenile) sia pure — come dicono gli amministratori — di « trascurabilissima entità », e nonostante gli scienziati olandesi abbiano accertato che almeno le diossine e i cloro-

dibenzofurani sono nelle ceneri sospese e nei gas di camino dei loro inceneritori, il comune di Firenze, di Campi Bisenzio e l'ASNU, in un comunicato congiunto diffuso alla stampa e distribuito in paese, si sentono di « scartare con sicurezza che ai fumi dell'inceneritore si possano attribuire aumenti di tossicità nell'atmosfera tali da provocare fenomeni mutageni e cancerogeni » e in relazione a ciò affermano che da « indagini epidemiologiche è risultato che la mortalità in S. Donnino dovuta a tumori è assolutamente circoscritta nella norma » (quotidiani fiorentini del 9/12/77).

Intanto non si capisce con quale serietà scientifica si possa scartare con sicurezza la pericolosità dell'inceneritore quanto ci viene detto che le analisi sono ancora in corso soprattutto per quanto riguarda le sostanze più pericolose.

In secondo luogo, a proposito delle indagini epidemiologiche in relazione alla asserita normalità delle cause di mortalità, già a seguito delle affermazioni dei medici nella assemblea di cui si parlava precedentemente, chiedemmo subito di accedere alle statistiche sulla mortalità in possesso del comune di Campi Bisenzio. Non fu possibile prenderne conoscenza anche perché c'era un arretrato di alcuni anni. In seguito, nell'incontro che abbiamo avuto nel giugno scorso con gli organi competenti, ci fu l'impegno a prendere contatti con il C.N.R. (Consiglio Nazionale Delle Ricerche) per eseguire un'indagine epidemiologica. Di ciò l'Associazione non ha più avuto notizia fino al comunicato congiunto apparso sui giornali e riportato alcune righe più sopra; si potrebbe allora ragionevolmente pensare che oltre alle indagini di cui si parla nel comunicato ve ne siano state altre in precedenza. Quali siano le indagini svolte che stanno a fondamento di tali

perentorie affermazioni la popolazione di S. Donnino ha potuto sperimentarlo all'assemblea organizzata dal Consiglio di Circoscrizione il 13 gennaio di quest'anno: infatti a seguito di precise domande sull'argomento gli amministratori e i tecnici dell'impianto, messi di fronte al loro comunicato, hanno risposto con un silenzio molto significativo. Il Presidente del Consiglio di Circoscrizione è stato costretto a dichiarare pubblicamente: « Prendiamo atto che nessuno è in grado di dirci in base a che cosa hanno fatto queste affermazioni ».

Ultimo, non in ordine di importanza, il problema tecnico della distruzione della diossina. E ormai comune opinione negli ambienti scientifici che solo inceneritori che bruciano a temperature superiori ai 1200° C. siano in grado di offrire qualche margine di sicurezza. Invece quello di S. Donnino incenerisce a temperatura nettamente inferiore (cfr. più sopra la dichiarazione di Ottati).

Quello che è importante rilevare è che la popolazione dopo più di 3 anni di impegno sul problema della tutela dell'ambiente e della salute del cittadino, è ancora oggi molto vigile e sensibilissima e al limite della esasperazione. Impegno non limitato soltanto al problema inceneritore bensì esteso a tutti i problemi che riguardano lo assetto del territorio: i fosi che in gran numero attraversano l'abitato e tutti variamente e gravemente inquinati da rifiuti industriali e domestici e dove è scomparsa qualsiasi forma di vita animale e vegetale. L'exasperazione della gente è andata aumentando sempre più anche perché non si riesce a capire come mai il cittadino sul territorio si trovi ad avere come controparti quelle stesse amministrazioni che per legge avrebbero il compito di tutelare la sua salute.

In questo momento politico tale modo di agire rappresenta una ulteriore richiesta di sacrificio che è incompatibile con le esigenze reali di salute della gente. Questa è anche una evidente contraddizione per coloro che ritengono che la salute possa essere scambiata con contropartite economiche e politiche (vedi il tentativo di ritornare alla monetizzazione del rischio all'interno dei posti di lavoro, ecc.). Questa politica amministrativa è ancora più grave perchè esercitata nel momento in cui il cittadino è più indifeso e ciò perchè mancano sul territorio quei punti di riferimento che sono ben presenti in fabbrica. Anche questa è una delle ragioni per cui la Fratellanza Popolare si trova da sola nel paese ad affrontare questi problemi.

A seguito dell'informazione capillare promossa dalla Fratellanza Popolare la Magistratura fiorentina ha inviato una comunicazione giudiziaria alla Direzione dello ASNU per accertare se i fumi emessi dall'impianto costituiscono un pericolo per la salute degli abitanti della zona.

Con questo articolo ci prefiggiamo di dare un contributo sul tema specifico, ma nello stesso tempo chiediamo un confronto politico e tecnico con tutte quelle realtà che si sono mosse su questi temi a livello nazionale al fine di chiarire se oggi l'incenerimento rappresenti la soluzione ottimale per lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani. Vogliamo altresì capire cosa sta dietro alla scelta di incenerire tutto e sempre. Dato certo è che tali problemi possono essere risolti soltanto sviluppando la partecipazione della gente, per questo abbiamo la necessità di conoscere in che modo si è organizzata e lotta la gente in altri luoghi.

Papucci Filippo  
Papucci Mauro

## Dal carcere di Novara: testimonianza del direttore

L'intervento di un direttore in un discorso produttivo per la democratizzazione delle istituzioni non potrà certo essere giudicato positivamente dai « vertici ministeriali » i quali hanno sempre proposto strategie di potere non più rispondenti ai tempi e alla storia della nostra società. Mi riferisco principalmente ai magistrati-funzionari che gestiscono l'amministrazione penitenziaria dagli albori del regime fascista e dal quale regime molti di essi hanno recepito la « mistica » ed interiorizzato i « valori dominanti »: l'autoritarismo. I direttori delle carceri, si sa, sono stati sempre gli operatori più disponibili e qualificati per l'attuazione delle strategie di « vertice », ottenendo per questo riconoscimenti ed apprezzamenti comparati al grado di alta fedeltà individuale. In questa ottica hanno svolto e svolgono il ruolo di tecnici-delegati per il trattamento — si fa per dire — dei detenuti. Gli istituti carcerari sono il territorio di operatività, dove si configura e grava il potere dei tecnici-delegati: potere che condividono ed esplicano congiuntamente agli agenti di custodia, non importa se in termini di violenza e di sopraffazione purchè le direttive rimangano funzionali rispetto alla conquista di sempre maggiore autorità nell'interno delle istituzioni.

Sicchè la realtà carceraria italiana, al di là di ogni retorica di parte, non è affatto diversa da quella rappresentata dalla storiografia, quando cioè la detenzione mirava a distruggere l'uomo nel delinquente e l'esecuzione della pena valeva solo ad affermare l'impero del diritto violato; tipico esempio questo di teorizzazione autoritaria fondata sui principi scientifici dell'antropologia borghese. Il principio afflittivo della pena, tanto caro ai sofisti del diritto del nostro tempo, appartiene irrimediabilmente ad una fase conclusa della storia in quanto è stato riconosciuto che la pena non ha mai comportato la riduzione della delinquenza la quale, anzi, si è acuita maggiormente nel periodo in cui era in vigore la pena di morte.

La pena, è stato chiaramente dimostrato, non è mai un efficace deterrente al comportamento delinquenziale e contrasta con i più evoluti criteri di natura socializzante.

Il carcere, quale luogo di « emenda » o di « prevenzione intimidatoria » si ritrova ormai nella tradizione filosofica e non certo in una società in cui il vero problema esistenziale è quello della individuazione di quei valori che si considerano alla base della convivenza civile, rispetto al cui grado di interiorizzazione si può misurare il successo del processo di maturazione e di affermazione dei cittadini.

Nelle discussioni che ho avuto modo di fare con i detenuti, principalmente con i più giovani, che ancora credono nel dialogo, essi accusano la società, e con essa tutto il sistema di valori che la sorregge, di distruggere anzichè sviluppare la loro personalità, di contenere anzichè favorire l'espandersi dei loro interessi più essenziali ed autentici.

Il fenomeno delinquenziale va ricercato infatti nel processo culturale di determinate società e nelle contraddizioni storiche che esse rappresentano: è la società, nella sua reale caratterizzazione, coinvolta e responsabile della devianza e

repressione

deve essa stessa, quindi, ricercare i rimedi più idonei per la soluzione del fenomeno.

Certo, per risolvere il problema della delinquenza e della legalità istituzionale non vale la creazione delle « carceri speciali » dove viene, tra l'altro, praticata una metodologia d'intervento che contrasta pienamente con l'ethos sociale e con le leggi dello Stato.

Se si considera poi che alla istituzione carcere si dovrà necessariamente contrapporre un'alternativa politica e sociale, nella quale anche il deviante trovi la sua giusta collocazione democratica, le spese per la costruzione dei « supercarceri » sono da ritenere quanto meno un assurdo amministrativo e giuridico.

La genialità fenomenica degli ideatori di queste nuove istituzioni ha raggiunto il parossismo quando si è ritenuto di poter giustificare l'esistenza delle carceri speciali come una necessità razionale per prevenire le evasioni e le reazioni dei detenuti. Non tutte le persone, però, hanno creduto alle motivazioni addotte dalla « classe dirigente ». Molti credono invece che la costruzione dei « supercarceri » ha lo scopo di rallentare l'attuazione della riforma penitenziaria e di minimizzare l'assenteismo programmatico dell'amministrazione dinnanzi a quelle che sono le esigenze ed i valori posti dal nuovo Ordinamento.

La crisi dell'amministrazione carceraria si deve realisticamente attribuire ai magistrati ministeriali per imprevidenza e superficialità. L'amministrazione infatti entrò in crisi al tempo del suo trasferimento dal Ministero dell'Interno al Ministero della Giustizia; crisi dalla quale non è venuta fuori per la incapacità di recepire i nuovi apporti culturali della società democratica.

Una amministrazione tanto complessa qual è quella penitenziaria, che esige la massima considerazione dell'uomo, anche di quello che ha delinquito, e la massima consapevolezza del ruolo promozionale dei valori, non può continuare ad essere gestita da persone con formazione professionale non adeguata alla funzione assunta e soprattutto da persone con struttura psicologica contraria ai segni del divenire: penitenziaristi non si nasce ma si diventa a diretto contatto con l'umanità sofferente.

La istituzione delle « carceri speciali » dimostra, senza ombra di dubbio, la scarsa sensibilità umana della classe dirigente » a quelle che sono le problematiche della natura dell'uomo, anche dell'uomo hobbesiano, non legato a schemi preconstituiti e all'osservanza del diritto.

Questa scarsa sensibilità sarà maggiormente evidente e rilevante quando, fra qualche anno, bisognerà ritrovare nuove argomentazioni e giustificazioni perchè la società accetti la creazione dei « manicomi speciali » per rinchiudervi gli attuali detenuti divenuti « pazzi » nei lager di Stato. Se fossi scrittore rappresenterei il dramma che ho vissuto quando assunsi la direzione del carcere speciale di Novara.

Arrivai in taxi e venni fermato sulla porta del carcere da due carabinieri che, con gentilezza tipica dei tutori della legge, mi chiesero i documenti. Gli agenti di custodia guardavano senza interesse. Entrato in carcere avvertii

subito un senso di agnosticismo e di paura. Il maresciallo titolare, un uomo del sistema, mi si presenta pronunciando la frase retorica « nulla di nuovo, comandi ». Non sapevo ancora di trovarmi in un « carcere speciale ».

I detenuti mi guardavano con sospetto e solo quando dissi loro di essere l'ex direttore di « Regina Coeli » fecero cerchio intorno a me, fra lo stupore degli agenti presenti. Da loro seppi dell'esistenza delle quattro sezioni « speciali », dove sono ristretti un centinaio di ragazzi. Dopo una lunga riflessione ritenni essere mio dovere visitare anche le nuove sezioni. Si tratta di due padiglioni sovrapposti da un lato e due da un altro, per complessivi 100 posti letto. Le celle, tutte monoposto, sono tinteggiate a calce bianca. Il mobilio è costituito da un lettino e da un tavolinetto. Tutto era impersonale e freddo, compreso il ragazzo che al mio ingresso scattò sugli attenti pronunciando le parole: « detenuto, X-Y agli ordini superiori ». Un brivido percorse le mie membra, ebbi paura e uscii dalla cella, non prima tuttavia di aver teso la mano al detenuto, che la rifiutò.

Il giorno dopo, ritornai ancora nello « speciale », così viene denominato, questa volta per accompagnare l'on. Magnani-Noia. Gli agenti ci guardavano con sospetto, i detenuti erano chiusi nelle celle e solo dallo spioncino l'on.le socialista poté rendersi conto della realtà carceraria. Era turbata e visibilmente commossa. Nel pomeriggio dello stesso giorno arrivò l'on.le Viviani, il quale, più fortunato, poté assistere al rientro dei detenuti dall'ora d'aria. Vedemmo i cortiletti e i detenuti che giravano a cerchio e con passo sostenuto. Alla fine dell'ora, i detenuti, uno alla volta, con passo lesto e le mani incrociate dietro alla schiena lasciavano il cortile per rientrare nelle sezioni. Durante il percorso, un agente ogni quattro-cinque metri li osservava. I detenuti salutavano a voce e con l'inchino. Viviani, accompagnato dall'avv. Minola, volle visitare anche le celle. Erano già

chiuse e la chiave consegnata in portineria. I due uomini politici erano frastornati, pensavano forse di ritrovarsi in una dimensione irrealistica. Anch'io ero turbato e trascorsi una notte freudiana.

Il giorno dopo andai, con decisione ed autorità, a rivedere i ragazzi sottoposti a brevi pene o comunque ragazzi affetti da « nevrosi carceraria ». Erano tutti sotto shock per il « pestaggio » ricevuto mentre erano sottoposti alla perquisizione anale. Non riuscivo però a capire il perché del comportamento violento

degli agenti. Lo chiesi ad uno dei tanti. Mi rispose che nessuno aveva dato loro disposizioni come dovevano essere trattati i detenuti del « carcere speciale ». Hanno perciò concordato d'insegnare a idetenuti quanto essi avevano recepito durante il corso di formazione militare. La presentazione al superiore: agente X-Y, comandi. La stessa cosa hanno insegnato ai detenuti: det. X-Y. Per riuscire nell'intento hanno fatto ricorso al metodo « forte ». (Sono state presentate alla Procura di Novara oltre 40 denunce).

Ritengo che il Ministro non sappia quanto accada nelle « carceri speciali », se ha potuto dichiarare che l'istituzione è valsa a contenere le evasioni. Il Ministro non sa nemmeno che nelle carceri speciali si viola la legge. La corrispondenza viene letta, vi è l'obbligo del silenzio, non si svolgono attività socio-culturali ed i colloqui vengono ascoltati. I detenuti non lavorano e rimangono praticamente isolati 21-22 ore giornaliere, senza alcun contatto umano.

Il Ministro sa benissimo che la preoccupazione delle evasioni non può giustificare la violazione di legge e l'eccesso di potere. Sarebbe stato più logico, viceversa, utilizzare i 400 miliardi stanziati per l'edilizia carceraria per la ristrutturazione delle carceri esistenti, tenuto conto che nella loro formazione morfologica non differiscono sostanzialmente dalle carceri speciali.

Il Ministro e i suoi collaboratori non volevano, io credo, alterare l'identità degli istituti esistenti; sono stati costretti a farlo perché si erano resi conto che le evasioni erano divenute una « favola » e le responsabilità chiaramente definite. Sicché sarebbe venuto fuori il problema del personale di custodia e tante altre situazioni connesse, non esclusa il qualunquismo di maniera della « classe dirigente ». In ultima analisi avrebbero potuto egualmente servirsi dei miliardi dell'Arma, senza lo sperpero dei miliardi per creare i « supercarceri » nel carcere.

Per finire, poiché non è giusto abusare della pazienza degli altri, vorrei ricordare che l'uomo-detenuto è un cittadino della Repubblica, ed anche se ha violato la legge « paga » per questo, mentre altri, quelli che contano, pur violando la legge, rimangono sovente impuniti.

Egli ha perciò il diritto, e la legge glielo accorda, di essere trattato da uomo ed aiutato a ritrovarsi in un mondo di valori che favoriscono l'inserimento nella società.

Se questo non avverrà, se le carceri continueranno ad essere luoghi di sofferenza e di frustrazioni, la società tutta sarà coinvolta e responsabile delle violazioni di legge e dell'arresto del processo storico e democratico iniziatisi con i valori politici e morali espressi dalla Resistenza.

*Iniziamo la pubblicazione di un inserto in « braille » e in nero autogestito dai compagni non vedenti per una necessità di un reale collegamento tra loro e con gli altri.*

« Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute » inizia da questo numero la pubblicazione di un inserto autogestito dai compagni non vedenti, scritto in « braille » e in nero.

Una delle esigenze primarie dei non vedenti è di conoscersi e di conoscere, rompendo il cerchio di falso protezionismo che soprattutto nel nostro paese viene loro fornito. Infatti i non vedenti hanno le loro scuole, i loro impieghi, i loro istituti. E' la solita metodologia che viene fornita per tutti coloro che presentano qualche problema in più rispetto alle persone « normali ». Molti non vedenti invece hanno compreso quanto sia falsa una simile impostazione, funzionale solo a dividere la gente, i lavoratori e che occorre lottare per ricucire tutti coloro fino ad adesso emarginati di fatto e di diritto dagli altri strati sociali. Uno dei fattori maggiormente limitanti l'inserimento sociale dei non vedenti è costituito dalla mancanza quasi assoluta di informazioni attuali e aggiornate trascritte in « braille », la lingua scritta dei non vedenti. Le informazioni divulgate ad esempio dalla RAI posseggono notoriamente il dono della disinformazione o, come minimo, rappresentano la voce del potere.

Medicina Democratica, convinta dell'importanza che riveste la lotta alla emarginazione soprattutto in questo momento di duro attacco alle condizioni di vita e di lavoro delle masse popolari, mette a disposizione dei compagni non vedenti i suoi strumenti di informazione, iniziando a stampare una sezione in braille.

Questa iniziativa vuole, per il momento, avere le seguenti finalità: 1 - dare ai non vedenti uno strumento di collegamento e di informazione sviluppando la loro diretta partecipazione;

2 - aprire un dibattito all'interno del movimento, delle forze sindacali e della sinistra italiana sul problema degli strumenti informativi dei non vedenti e delle loro condizioni di vita e di lavoro. Per troppo tempo infatti molti si sono riempiti la bocca di discorsi, senza dare poi nessuna concretezza a progetti tesi a combattere le cause dell'emarginazione di questi e di altri soggetti sociali.

Questa iniziativa avrà purtroppo il risultato di far aumentare i costi della rivista. I compagni del G.P.I.A. del CdF Montedison di Castellanza hanno già sottoscritto a questo proposito lire

**non vedenti**

200.000. Potrebbero essere realizzate anche registrazioni su nastri magnetici da far girare tra i non vedenti o da socializzare per mezzo delle radio libere locali.

La realizzazione tecnica della trascrizione e stampa in caratteri braille si è potuta concretizzare grazie alla disponibilità della « Stamperia Baruffa » (via Quintole per le rose, 61, Impruneta - Firenze), una delle pochissime stamperie esistenti in Italia e che non siano sotto il controllo monopolistico dell'Unione Italiana Ciechi.

Infatti è gestita da due compagni i quali, per ovvie necessità di esistenza, sono costretti a trascrivere soprattutto materiale religioso (breviari, novene di Natale ecc.). Questi compagni hanno più volte provato a realizzare una stamperia alternativa per produrre materiale più socialmente utile, incontrando però sempre un boicottaggio dall'alto. Infatti in Italia la stampa braille è monopolizzata da poche stamperie che producono pochi testi nuovi. A Firenze la Biblioteca dell'Istituto dei Ciechi è piena di testi che risalgono o si rifanno all'era o all'ideologia fascista. I contributi dello stato non vengono utilizzati, se non in minima parte, per integrare le varie biblioteche con testi appropriati alle esigenze dei non vedenti. Nulla viene fatto per istruire personale capace di trascrivere in braille, con la conseguenza di avere tante macchine trascrittrici inutilizzate. La mancanza di materiale trascritto si sente molto in campo scolastico. Infatti male si sostengono gli inserimenti dei ragazzi non vedenti nelle scuole di tutti mancando i testi in braille. In sostituzione di questi si sono sviluppate registrazioni a pagamento su nastro magnetico. Per le scuole dell'obbligo esistono sussidi dei Provveditorati agli Studi e delle Province, mentre per gli studi superiori i non vedenti devono provvedere autonomamente a farsi registrare e a pagare i vari testi utili.

A Firenze all'Istituto Nazionale dei Ciechi vivono più di 200 non vedenti provenienti da tutta Italia. Vi seguono i corsi per centralinista o di massofisioterapista. Da qualche tempo diversi di loro si ritrovano con i compagni di Medicina Democratica affrontando insieme i loro problemi (scuole, lavoro, servizi) inserendoli nei problemi e nei bisogni di tutti. Gli sbocchi occupazionali, protetti dalla legge, sono solo di tre tipi: centralinista, massofisioterapista e insegnante. Il motivo è chiaro: come centralinista il non vedente può rendere al 100%, mentre in un'altra mansione può dare molto meno. Inoltre l'inserimento lavorativo non si accompagna spesso ad un reale inserimento

**non vedenti**

## Contro l'emarginazione

### La lotta per la salute parte dalla lotta al Capitale

Il tema della salute e dell'assistenza sanitaria riguarda direttamente le « masse », proprio nel momento in cui omicidi bianchi, mortalità infantile, morti per aborto etc. non possono più continuarsi a considerare come *fatti accidentali o fatali* per la ragione che l'origine di tali « fenomeni » deriva direttamente dall'attuale organizzazione capitalistica del lavoro e dalle sue leggi. Nel nostro paese la situazione sanitaria nell'assenza di ogni Riforma « Sanitaria » si è giunti ad una situazione che non è più tollerabile, sia per l'alto livello di spesa, sia per il « basso » livello dei servizi forniti ai cittadini. In questi anni le proposte di « Riforma Sanitaria », avanzate dalle organizzazioni sindacali e dai partiti di sinistra, sono state disattese, quindi rinviate, con il pretesto che mancavano i fondi per realizzarle. Un esame della dinamica ascensionale della spesa sanitaria nel nostro paese dimostra quanto sia falsa questa affermazione. Noi non ci addenteremo in questo problema in quanto Medicina Democratica attraverso la « Rivista » ha già dimostrato come la mancata Riforma abbia lasciato campo libero alla ascesa incontrollata della spesa sanitaria mentre i servizi diventavano sempre più inefficienti. In questo articolo noi vogliamo affrontare direttamente la « Medicina » del sistema dominante, denunciando come la medicina della classe padronale, tutelando il profitto, cioè curando l'uomo come merce o peggio ancora come accessorio della macchina, tende sempre più ad essere scienza della non-salute.

La scienza medica dell'attuale sistema dominante, perdendo di vista l'uomo, a cui essa si darebbe riferisce, perde di vista anche i bisogni soggettivi della salute dell'uomo. Nella società capitalista infatti il sistema sanitario si fonda sul presupposto dell'esistenza « data a priori » della malattia o dell'handicap considerati come eventi « fatali » o « causali ». Nell'attuale istituzione sanitaria non vi è dubbio che la terapia, la guarigione, o la definitiva espulsione dal contesto sociale, siano strettamente funzionali solo al sistema stesso, rispettando esclusivamente precise esigenze produttive o in definitiva di difesa del potere. La tesi del Nobel della chimica Bovet, riportata nella terza pagina dell'Unità dell'11.12.1972 secondo la quale bisognerebbe avere cieca fiducia nei farmaci, rinunciando alla battaglia di massa, secondo noi è da rifiutare in primo luogo perchè il farmaco, nel modo in cui oggi viene usato, è riconoscimento di tutte quelle forme di malattia che il sistema capitalistico genera e secondariamente perchè il farmaco gestito in forma capitalistica finisce col diventare un mezzo di difesa di tutte quelle condizioni che generano malattia... Un movimento di massa che rifiuta la delega della salute innanzitutto deve rivendicare per sé un diretto controllo dal basso delle strutture sanitarie ed ospedaliere. Nei nostri giorni in Parlamento si discute della Legge della Sanità. La discussione è iniziata ed è stata portata avanti dalle forze politiche in modo vergognosamente clandestino. Tutto ciò deve essere per noi un impegno di lotta di massa attuato portando tra

sociale. Matteo, un compagno non vedente, si ricorda che quando lavorava da centralinista alla Pirelli di Settimo Torinese non riusciva mai a sapere come e quando veniva fatto sciopero in fabbrica. I volantini nelle bacheche sindacali non li poteva leggere e i compagni di lavoro non lo avvisavano in tempo, non abituati forse ad avere contatti con persone con difficoltà come la sua. Anche la situazione dei non vedenti ripropone la realtà dei servizi sociali assenti, carenti o mal fatti: la trascrizione in braille ne è un chiaro esempio. Le Biblioteche pubbliche nei quartieri devono infatti contenere pure i libri per i non vedenti e non devono esistere Istituti per non vedenti con le proprie scuole e biblioteche.

*Recapito: Firenze, via del Prato 52, tutti i giovedì dalle ore 21.*

a cura dei compagni non vedenti Andrea e Matteo, di Mariano e Jacqueline della « Stamperia Baruffa » e della sezione di Medicina Democratica di Firenze.

## Ancora sulle bioproteine

In seguito all'intervento della redazione sul n. 7, riguardo alle bioproteine, sono giunti notevoli, numerosi contributi dalle sezioni di Medicina Democratica, in particolare quella di Cagliari nella cui zona è la fabbrica di Sarroch, ma anche da spezzoni spontanei del movimento di lotta per la salute che proprio con l'occasione del discorso sulle bioproteine hanno iniziato a coordinarsi in modo organico col grosso del movimento. Sono sorte così le sezioni di Reggio Calabria, nella cui zona è la fabbrica di Saline, e di Messina. Pertanto siamo costretti a pubblicare questo materiale su un supplemento speciale al n. 9.

Per l'impegno dei compagni calabresi e siciliani e della sezione di Cosenza, Medicina Democratica ha potuto effettuare a Reggio Calabria due giorni intensi di studio e di rilevazioni che hanno coinvolto il consiglio di fabbrica di Saline, la FULC provinciale, il Gruppo di Prevenzione ed Igiene Ambientale di Castellanza, il Gruppo di lavoro sull'Alimentazione del 2° Corso di Chimica Biologica dell'Università di Pavia, e altri consigli di fabbrica, tecnici di alimentazione, biochimica, industria chimica, industria alimentare. L'iniziativa ha coinvolto anche la Publiradio, la FRED, il 3° programma radio

le masse, attraverso dibattiti democratici, il problema della Riforma Sanitaria per riuscire, attraverso il Movimento, a contrapporre alla linea della non Riforma dell'attuale quadro politico una nostra linea di Riforma Sanitaria che nell'istituzione del servizio nazionale sanitario e sociale, privilegi la prevenzione come l'aspetto più importante della salute. Infatti una linea di massa sulla salute deve affermare che il momento della prevenzione è prioritario rispetto a tutti gli altri momenti dell'assistenza. Per noi però prevenzione non deve essere un termine che indica delle situazioni tecniche efficientistiche gestite dai tecnici della salute, ma tale termine deve essere un fatto reale, esso cioè deve significare il cambiamento di tutte le condizioni di vita e di lavoro capaci attualmente di provocare: malattie fisiche e psichiche, stati di disadattamento e di emarginazione. Lo aspetto della prevenzione e del controllo dal basso sono strettamente associati l'uno all'altro: nessuna reale prevenzione è infatti possibile senza l'intervento e la continua denuncia dei lavoratori e dei cittadini nei confronti delle condizioni ambientali, capaci di produrre malattie. Ora che abbiamo chiarito la linea di lotta per una medicina popolare rispondiamo a Bovet di non avere un atteggiamento negativo a priori rispetto ai farmaci. Le proposte che noi avanziamo circa l'assistenza farmaceutica sono: l'assistenza farmaceutica deve essere gratuita per tutti i cittadini; l'industria di Stato deve assicurare la produzione dei farmaci fondamentali e deve garantire livelli di ricerca adeguati; nella farmacopea devono essere compresi solo farmaci di denominazione rigorosamente scientifica e di comprovata efficacia terapeutica; deve essere vietata ogni forma di propaganda farmaceutica. La gratuità dell'assistenza farmaceutica è un diritto di tutti i cittadini, che con il loro lavoro finanziario il complesso delle strutture sanitarie. Noi non siamo, come qualcuno ci vuole considerare, i « filosofi della medicina ». Qui noi denunciavamo con sdegno che il mercato farmaceutico italiano è caratterizzato da una grande quantità di specialità « farmacologiche » con una elevata percentuale di medicinali inutili, perché composti di sostanze prive di effetto terapeutico. In conclusione noi non abbiamo nulla contro la scienza farmacologica; rivendichiamo e lottiamo per un controllo dell'uso e del consumo del farmaco perché siamo fin troppo convinti che sino ad oggi il farmaco è stato usato in forma unilaterale per risolvere esclusivamente tutte quelle situazioni di malattia che riguardano il mantenimento degli interessi della classe padronale nel mondo della produzione. Le ultime lotte che gli handicappati hanno condotto giorno per giorno a fianco della classe operaia, hanno smascherato l'antidemocraticità della medicina della classe dominante. Noi, dopo il seminario tenuto a Firenze in dicembre e avente come tema « Salute ed Emarginazione », siamo convinti che si lotta per la salute solo se si rinuncia definitivamente alla delega.

Un movimento di lotta per la salute deve in primo luogo cambiare sia i rapporti interpersonali sia il rapporto uomo-mezzi di produzione sul luogo del lavoro. Nel praticare una linea di lotta di massa per la salute bisogna fare attenzione ad evitare di delegare il compito di lotta alle Organizzazioni perché si potrebbe correre il rischio di burocratizzare i bisogni della propria salute.

Il terreno di scontro con il padronato è la lotta che ogni giorno ognuno di noi fa al sistema capitalistico partendo dalla sua specificità soggettiva di handicappato, di donna, di operaio, di contadino etc. La pratica di massa parte e

si svolge nel proprio territorio intervenendo in tutte quelle realtà che creano emarginazione, malattia, ghettizzazione. In definitiva compagni, la lotta della propria salute non è e non può essere lotta di avanguardie « proletarie », ma è lotta di massa contro l'attuale società capitalistica e le sue leggi. Su queste premesse pensiamo che deve essere raggiunto con ogni mezzo l'impegno di stampare la Rivista di Medicina Democratica in Braille perchè in questo modo Medicina Democratica direttamente si rivolgerebbe ad una fascia di soggetti emarginati che attualmente non hanno nessuna forma di stampa alternativa, per proporre e conoscere esperienze di lotta.

Luigi Mangia

nazionale nelle trasmissioni di Quotidiana Radiotrè del 29 e 30 novembre e 1 dicembre, quei quotidiani della sinistra che hanno risposto alla nostra offerta incondizionata di collaborazione, i collettivi di tutte le facoltà di Medicina delle università calabresi e siciliane, collettivi di scuole medie superiori di Reggio, Radio Reggio Alternativa, Radio Città del Sole di Messina. I due giorni di studio si sono conclusi in un convegno-dibattito pubblico tenutosi il 27 novembre pure a Reggio, su « Salute, Scienza e Potere: il caso delle bioproteine ». Lì è stata espressa alla unanimità l'esigenza che venisse elaborato in seno a Medicina Democratica un progetto concreto e dettagliato di *riutilizzo* delle apparecchiature, degli impianti e dei servizi di Saline tal quali sono, per una produzione non nociva e che assicurasse l'occupazione non precaria dei lavoratori attualmente in cassa integrazione fino al 15 aprile, opponendosi sia allo smantellamento degli impianti, sia alla produzione di bioproteine, sia a costose riconversioni o ristrutturazioni destinate solo a continuare a favorire la speculazione multinazionale col denaro dei contribuenti. Costruire una proposta alternativa a quelle che tenta di imporre il padronato e il capitale locale e straniero, che abbia come finalità i bisogni dei lavoratori, della popolazione, delle donne, degli studenti, dei disoccupati, dei sottoccupati, degli emarginati, che tenga presente, più in generale, le caratteristiche della zona e dello sviluppo agroindustriale del paese e in particolare della Calabria.

Si decise anche di chiedere conto al CNR di tutti i finanziamenti per studi o ricerche sull'approvvigionamento in proteine, ad enti pubblici o privati, o a tecnici che operano nel CNR e non, erogati per gli anni 1970-77, e quelli per il '78 e per il quinquennio in corso, nonché i risultati relativi e lo stato dei lavori. A tale richiesta non è stata ancora data esauriente risposta. Dai primi dati ricevuti, riguardanti solo l'ulti-

mo biennio, vediamo che nel '77 il solo Mario Negri ha consumato in spese di funzionamento per ricerche sulle bioproteine, con i risultati che tutti conosciamo, 37 milioni sui 213 milioni dell'intera ricerca finalizzata sulle nuove fonti proteiche. Tra le 44 unità di ricerca sovvenzionate c'è anche l'ANIC, cui furono offerti 10 milioni.

E' stato chiarito che il costo delle proteine contenute al 50% nella farina di lievito è maggiore che per quelle contenute al 55-75% nelle farine di pesce e di carne: più di mille lire le proteine dei lieviti; meno di mille lire le proteine dei muscoli animali! Dal momento che le bioproteine reggono male il paragone non solo con le proteine di soia, ma perfino con quelle di carne, è, a dir poco, mistificante il polverone sollevato contro i tecnici « anti-bioproteine » accusandoli di volere « sostenere la soia degli Stati Uniti ». Oltre tutto è stato chiarito che è per nostra scelta che importiamo la soia: che potremmo produrla in Calabria a un rendimento maggiore che negli Stati Uniti e per di più avvicinandola ai cereali come sta già facendo la Francia. Solo che, invece, di innalzare cattedrali da 200 miliardi (il più grosso impianto del mondo nel suo genere, ci si vanta) in omaggio a chissà quale religione del progresso, si fosse disposti a creare strutture di trasformazione alimentari (non conserviere) certamente più modeste, meno costose, generatrici di ricchezza e di posti di lavoro. E' ora che sia il movimento a imporre ai tecnici e ai « pianificatori del nostro sviluppo » le linee da seguire, di farli lavorare al servizio della classe operaia togliendoli dall'attuale situazione di contabili passivi e ritardatari, capaci solo di sovvenzionare o salvare i piani mortali della speculazione.

Non abbiamo invece capito la recente trovata di far intervenire l'ICIPU, istituto di credito per le imprese di pubblica utilità, per « risanare l'amministrazione » o « restaurare le finanze » della Liquichimica, pompare al-

tri soldi pubblici e... produrre proteine da organismi unicellulari, o bioproteine.

L'assemblea del 27 nov. a Reggio all'unanimità aveva dichiarato di rifiutare la produzione di bioproteine, sicuramente nocive, e aveva richiesto alle forze politiche e sociali antifasciste di impegnarsi attivamente per quanto riguarda lo stabilimento di Saline, allo scopo di:

- annullare immediatamente i provvedimenti di licenziamento nei confronti degli oltre 350 lavoratori degli appalti;
- completare l'impianto per la produzione degli acidi grassi e conseguente assunzione dei lavoratori per la messa in marcia ed esercizio degli impianti stessi;
- adeguare il ciclo produttivo del citrato sodico mediante, fra l'altro, la modifica o sostituzione delle apparecchiature inadeguate esistenti e relativa messa in marcia ed esercizio;
- messa in marcia immediata e relativo adeguamento degli organici per l'esercizio dell'impianto acido citrico, con l'utilizzo della parte necessaria (esistente nell'impianto biosintesi) allo smaltimento dei residui di lavorazione di detto impianto;
- messa in manutenzione ordinaria e conservativa di tutti gli impianti, al fine di rimettere in perfetto stato di funzionamento macchine, apparecchiature e impianti, impedendone l'irreversibile deterioramento;
- completare il secondo impianto per la distruzione e l'abbattimento di residui di lavorazione (biomasse) dall'impianto citrato e acido citrico;
- sviluppare e adeguare tutti i servizi atti al funzionamento idoneo della fabbrica; officina meccanica, elettrica strumentale, ufficio tecnologico, laboratori, servizi di sicurezza ecc.
- ritirare immediatamente il provvedimento di cassa integrazione per tutti i lavoratori della Liquichimica e delle altre fabbriche di Reggio Calabria e provincia.

*Bibliografia posteriore a quella riportata sul n. 7:* Adista 15-17 dic. '77; Corriere della Sera 7, 17, 21 febb. '78; Il Giornale di Calabria 29 nov. '77, 12 gen. '78; Il Giornale di Radio Popolare, anno 2, n. 1; Il Manifesto del 15 dic. '77, 17, 18, 19 febb. '78; Quotidiano dei Lavoratori 13-14, 15, 18, 24, 25 nov., 14 dic. '77, e sul riso, il 27 gen. (riso), 11-13 feb. p. 3 (soja) e p. 4, 18 febb., 3 mar. '78.

Gruppo di Lavoro di Medicina Democratica sulle bioproteine

**Comunicato stampa:  
all'Acna si muore  
ancora**

Il fatto che il cancro alla vescica sia una malattia professionale causata da alcuni composti chimici ( $\beta$ Naftilamina - benzidina) adoperati nell'industria dei coloranti (giallo, nero, arancione e blu) è cosa nota dalla seconda metà del secolo scorso. Meno nota è la constatazione che questo terribile rischio di lavoro non ha, finora, prodotto alcun reale intervento sugli ambienti di lavoro, e che gli operai, ancor oggi, continuano a morire di cancro come nel secolo scorso.

E' così che si spiega come siano possibili i fatti dell'IPCA di Ciriè (50 casi di cancro da  $\beta$  Naftilamina) e della Saronio di Melegnano (35 casi di cancro da Benzidina).

Anche all'ACNA di Cesano Maderno si lavorava Benzidina e infatti sono stati «contati» dalla Clinica del Lavoro di Milano più di 100 casi di cancro vescicale.

Ma la Montedison, che possiede l'ACNA e ha assorbito la Saronio, ha il coraggio di affermare che la cosa non la riguarda: i cancri sarebbero tutti da Benzidina, sostanza che ora all'ACNA non si lavora più; infatti viene adoperata al suo posto la Diclorobenzidina (DCB)! Come se quest'ultima non fosse cancerogena!

Ma la scienza «ufficiale» dice che ciò non è dimostrato. La DCB è entrata infatti da poco nell'uso industriale e di operai-cavia col cancro ancora non ne ha prodotti (pare). Sta di fatto che gli unici tre operai che all'ACNA hanno lavorato solo con la DCB hanno: due, un tumore vescicale uno, una cistite atrofica.

Sono questi gli antefatti che

## sperimentazione clinica

## Scienza e crimini del capitale

*La conoscenza non può essere raggiunta senza crimini*  
G.B. Shaw

Partendo da questo presupposto il dr. Saul Krugman professore di Pediatria alla New York University School somministra materiale infetto ad un gruppo di bambini per indurre un'epatite virale. Lo studio sponsorizzato dall'A.F.E.B. (Armed Forces Epidemiological Board) un organismo ufficiale ed approvato dal Comitato di controllo sulla sperimentazione sull'uomo della facoltà di medicina viene anche approvato dal Dipartimento per la salute mentale dello stato di New York. Tutto in regola dunque. L'esperimento si rivela entusiasmante per Krugman, i suoi lavori vengono pubblicati sul *Journal of American Medical Association*, sul *New England Medical Journal*, sul *Journal of Infectious diseases*. I bambini non sono bambini normali sono piccoli minorati mentali e Willowbrook, dove si svolge l'esperimento, è una scuola che dovrebbe seguirli e tutelarli.

L'esperimento è solo un esempio di quello che la scienza ufficiale definisce sperimentazione clinica che viene spesso eseguita a dispetto di regole apparentemente giuste in modo da assicurare il massimo profitto alle case farmaceutiche o in ogni caso ad industrie che controllano il settore della salute.

La sperimentazione clinica si svolge fondamentalmente in alcune fasi che sono simili per ogni tipo di prodotto sia esso un farmaco o uno strumento terapeutico o diagnostico. La prima fase (tossicità acuta, cronica, effetti sulla riproduzione, mutagenicità, cancerogenesirischio di dipendenza) viene effettuata su modelli animali. La seconda fase consiste nello studio di effetti farmacologici su individui sani, in genere «volontari» che a pagamento, presso una clinica universitaria o un ospedale, vengono sottoposti a dosi crescenti del farmaco.

Quindi viene iniziata la sperimentazione su campioni ridotti di malati, ed infine il prodotto viene provato su larga scala prima di essere messo in commercio definitivamente.

Se Krugman fosse riuscito a produrre un vaccino per la epatite valido commercialmente non avrebbe avuto probabilmente tutte le critiche che ha avuto.

Infatti il ruolo principale di tutta la branca medica che si occupa della sperimentazione clinica è quella di produrre prodotti o tecniche validi commercialmente.

Nel caso in questione (epatite virale) sarebbe stato più logico indirizzare la ricerca verso nuove tecniche preventive anche se la più ovvia prevenzione è il miglioramento delle condizioni sociali. L'incidenza dell'epatite virale è infatti inversamente proporzionale alle condizioni socio-economiche della popolazione. Tutto questo non sembra intaccare minimamente gli industriali che tuttora continuano a sfornare decine di tipi diversi di «epatoprotettori» da usare in fretta come scrive Goldman «prima che si scopra la loro inefficacia».

In ogni caso la ricerca va svolta sul malato qualunque, su quello che non ha altra protezione che quella aleatoria della etica professionale. Il territorio di caccia del ricercatore è la corsia brulicante di mutuati-cavie che in genere non sono consapevoli delle terapie che vengono loro praticate.

Quando questi raggiungono la consapevolezza o siano informati della sperimentazione in genere vengono sottoposti ad un vero e proprio ricatto psicologico nel senso che la terapia viene prospettata come nuova, migliore di tutte le precedenti, definitiva.

Spesso al povero mutuato-cavia non resta che appigliarsi a questo farmaco come un naufrago agli scogli. Per il malato importante, al contrario, solo terapie sicure già sperimentate, niente va tentato o provato su di lui.

Del resto il malato importante non popola le corsie, paga in moneta le attenzioni del medico se in clinica o con favori se in ospedale.

Sull'etica della sperimentazione fiumi di inchiostro scorrono ogni anno sulle riviste più importanti, a cura delle fondazioni finanziate dalle case farmaceutiche.

I mutuati però non ci sono ai congressi dell'etica della sperimentazione.

C'è il professore universitario, c'è il ricercatore della casa farmaceutica che scarica così il suo sentimento di colpa (o forse getta fumo negli occhi). Non è un caso che chi parla più di etica sia quello che la viola costantemente.

Dice Fromm che il cattolico venerando ed idolatrando Cristo evita la necessità di essere povero ed onesto come lui. Ha già fatto del bene lui, se noi lo approviamo è come averlo fatto anche noi. Così il ricercatore, dette le sue preghiere di etica all'abituale congresso, è a posto con la coscienza. Poi la striscia di Vapona nella culla del neonato, il cateterismo cardiaco per misurare la pressione polmonare dell'infartuato, il viaggio in Nigeria per farsi la mano sullo stomaco dei negri, sono scienza.

Il talidomide è stato un errore ma c'è una colpa precisa da parte delle donne che erano incinte. Non sono state rispettate scrupolosamente le istruzioni.

La classe più indifesa quella esposta alle più pericolose cause di nocività sia sull'ambiente di lavoro che nella vita in quartieri dove le condizioni igieniche sono peggiori è quella che più spesso viene ad essere ammessa nelle corsie dove subisce un'ulteriore insulto: la sperimentazione.

« I dati di prova ricavabili dalle nostre interviste a 350 ricercatori indicano che i pazienti più poveri degli ospedali sono veramente in posizione di svantaggio come oggetti di ricerca. Per ciascuno dei 424 a proposito dei quali i nostri corrispondenti ci hanno riferito essi hanno indicato se, sul totale dei soggetti di ricerca, i pazienti di corsia o di clinica (cioè non pazienti di camere private o sotto cura al loro medico privato) rappresentassero una frazione inferiore al 50%, compresa tra il 50 e il 75%, o superiore al 75%. Abbiamo trovato prima di tutto che un paziente di corsia o di clinica aveva più probabilità di diventare un soggetto da esperimento. Inoltre quando abbiamo preso in esame i casi che avevamo previamente identificato come « poco vantaggiosi » o « assai poco vantaggiosi » dal punto di vista del rapporto rischi-benefici, abbiamo trovato che ambedue queste categorie avevano una probabilità quasi doppia di coinvolgere soggetti che per più di tre quarti fossero pazienti di corsia e di clinica.

I pazienti di corsia e di clinica sono ovviamente esposti a

hanno indotto un gruppo di lavoratori dell'ACNA, assieme a medici, sindacalisti ed alcuni chimici ed ingegneri democratici, a creare un gruppo di lavoro sulle Amine Aromatiche.

Le Amine Aromatiche son infatti quella classe di composti (di cui fanno parte i tre citati) che è adoperata per la sintesi della maggior parte dei coloranti. Alcune Amine sono cancerogene, tutte sono tossiche. Ad es. molte riducono la capacità dei globuli rossi del sangue di legare ossigeno ( $O_2$ ) e provocano quindi anossia (carenza di  $O_2$ ).

Scopo di questo gruppo è di ricostruire il ciclo lavorativo completo delle Amine Aromatiche: dalle ragioni economiche che ne giustificano il mercato, alla sintesi, all'utilizzo nelle vernici e pitture, agli aspetti riguardanti l'inquinamento (si pensi solo che la sintesi della dicloroanilina comporta la formazione di almeno due composti ad attività identica alla Diossina: il tetracloroazobenzene e il tetracloroazoossibenzene), e infine agli effetti tossici sui consumatori, infatti non è stata data risposta, secondo noi, a questo interrogativo: chi adopera le pitture o i cartelloni gialli assorbe sostanze cancerogene?

Questo impegno ci deriva dalla convinzione che quasi sempre le battaglie sull'ambiente di lavoro sono perdenti per mancanza di conoscenze specifiche e di diffusione reale delle stesse, che permetta una partecipazione attiva delle persone interessate.

Noi vogliamo colmare queste lacune e senza delegare nessuna struttura « ufficiale » (come la Clinica del Lavoro) che troppo spesso vedono le cose da un'ottica per lo meno parziale; non capiamo infatti come ricercatori a livello universitario possano con tranquillità di coscienza affermare che la DCB non è cancerogena per l'uomo (ma solo per gli animali), ben sapendo che su questa afferma-

**segue/comunicato stampa**

zione la Montedison tappa la bocca anche al CdF dell'Acna, che chiede il ciclo chiuso per questa lavorazione.

Infine siamo contrari al ciclo chiuso per le sostanze cancerogene, se non come soluzione temporanea; per esse riteniamo infatti che l'unica soluzione definitiva sia la sostituzione del prodotto con altri alternativi.

Infine dobbiamo indagare anche gli altri effetti tossici delle amine Aromatiche e per essi ritrovare le soluzioni adatte. Far ciò significa servirsi di competenze diverse e questo giustifica la presenza di medici, chimici e ingegneri. Far ciò significa però, soprattutto compiere un'operazione politica: il centro dell'iniziativa resterà dunque sempre il nucleo operaio che si pone come scopo finale quello di coinvolgere tutti gli operai dell'ACNA (Cesano M., Piacenza, Cengio). Ma dobbiamo andare più in là: l'imposizione di un reale processo produttivo alternativo, infatti, presuppone il coinvolgimento di tutte le fabbriche di Amine Aromatiche d'Italia; è questo il secondo scopo del gruppo.

All'ACNA di Cesano si è già fatto un passo avanti: l'ultima vertenza aziendale, solo sull'ambiente, ha visto una notevole partecipazione agli scioperi articolati, di due ore al giorno.

Da questo dato di partenza bisogna andare avanti: è necessario quindi che i lavoratori ed ogni persona interessata all'argomento si mettano in contatto con noi, ci inviino notizie o si colleghino in qualsiasi altro modo.

Il nostro recapito temporaneo è: SMAL di Cesano Maderno - Tel - 0362 502201 - Via Conciliazione, 3/A.

Gruppo di lavoro  
Amine aromatiche

# sperimentazione clinica

tale tipo di discriminazione. Essi possono essere più prontamente incanalati in un gruppo sperimentale dai medici di guardia o dagli impiegati senza che un medico personale interferisca. Essi hanno in genere scarse conoscenze circa gli ospedali tendono ad essere più facilmente intimoriti ed hanno minore probabilità di comprendere ciò che viene loro detto circa un progetto di esperimento e quindi minore capacità di negare il proprio consenso o di dare un genuino consenso informato.

Insomma, le probabilità che essi siano in grado di difendere se stessi è estremamente modesta (1).

Molti codici di etica pubblicati negli ultimi 50 anni dovrebbero essere di aiuto per il medico che conduce la sperimentazione clinica. Tra i più conosciuti sono la *Dichiarazione di Helsinki* (adottata nel 1964 dalla World Medical Assembly) e lo *Statement del Medical Research Council (M.R.C.) in Britain on Responsibility in Investigation on human Subjects* del 1962-63 pubblicato sul *British Medical Journal* nel 1964 (2-177) (2).

Entrambe queste dichiarazioni esplicitano una chiara distinzione tra due tipi di sperimentazione medica: a) procedure che hanno l'intento di dare beneficio al singolo paziente; b) ricerca clinica non terapeutica. Viene stabilito che la sperimentazione deve conformarsi a principi morali e scientifici che giustificano la ricerca medica, debbono essere supervisionati da medici e applicati da personale altamente qualificato.

L'obiettivo dovrebbe bilanciare il rischio ed entrambi dovrebbero essere accuratamente valutati. Speciali precauzioni dovrebbero essere prese se può essere presente un effetto che alteri la personalità.

*Procedure che hanno effetto terapeutico sul singolo paziente*

Un medico dovrebbe essere libero di usare un nuovo trattamento ammesso che abbia una ragionevole dose di informazioni sulla sua affidabilità. Il problema nasce quando sia necessario il consenso informato del malato. La dichiarazione di Helsinki enfatizza la necessità di una completa chiarezza nei confronti del malato *se possibile*. L'MRC è meno dogmatico. E' meglio ottenere il consenso del malato prima di usare la nuova terapia ma questo non è necessariamente essenziale, inoltre è meglio ottenere l'approvazione dei colleghi per lo studio.

Problemi possono presentarsi in corso di trials controllati in cui sia necessario includere un gruppo placebo, dato che tali pazienti non avrebbero alcun beneficio dalla terapia.

In tal caso è necessario il consenso informato secondo l'MRC (3).

In caso di pazienti con malattie fatali è impossibile spesso informare completamente tali malati ed è opportuno ricorrere ad una commissione (non solo tecnica ovviamente).

*Ricerca clinica non terapeutica*

I trials di questo tipo sono più rari.

Studi sul metabolismo dei farmaci per esempio non danno un concreto aiuto al paziente. In ogni caso il consenso reale è necessario e deve essere libero e non forzato; il paziente dovrebbe essere in grado di capire la natura e le possibili conseguenze dell'esperimento. Il consenso dev'essere scritto ed ottenuto in presenza di una persona che si assicuri che il paziente capisca. Il problema è più difficile in caso di minori o di pazienti con disordini mentali.

Anche in questo caso dovrebbe essere ammesso un giudizio da parte di una commissione tecnico politica.

La convenzione di Helsinki stabilisce inoltre che la ricerca va fermata se si evidenziano possibili conseguenze dannose per il malato durante il corso dell'esperimento.

## Conclusioni

In ogni caso i problemi etici che si accompagnano alla sperimentazione su esseri umani coinvolgono una notevole massa di interessi. Per lo più gli studi non aggiungono niente di nuovo ma solo squallide rappresentazioni che consentono di immettere sul mercato farmaci (o prodotti spacciati come tali) inutili se non dannosi e privi di un qualsiasi effetto terapeutico preciso. Molto spesso nella somministrazione del farmaco quello che conta è l'atto della somministrazione (effetto placebo) e non la sostanza di per se stessa. L'entità dell'effetto placebo per alcune affezioni è indicata in tabella.

## Tabella

Asma	1/3 degli attacchi risolti con iniezioni di fisiologica
Febbre da fieno	Spesso migliorata
Tosse	Spesso l'effetto del placebo è equivalente a quello della codeina
Ansia	Elevata risposta ai placebo
Mai di testa	50% di risposta ai placebo
Dolore postoperatorio	14% di miglioramento
Coryza	Placebo efficace come gli anti istaminici
<b>Effetti oggettivi dei placebo</b>	
Pressione sanguigna	Diminuita in pazienti psicotici
Tolleranza alla fatica	Migliorata
Funzione gastrica	Studi endoscopici della mucosa gastrica mostrano un miglioramento con placebo
Diabete	Il 62% è controllabile con placebo
Cambiamenti nel sangue	Aumento dei neutrofili e diminuzione di linfociti ed eosinofili
Enuresi	Placebo efficaci quanto la perfenazina

Dati ricavati dalla **Sinopsi** del corso sulla sperimentazione clinica curato dal Clinical Research Services ed avutosi a Coventry nel Maggio '77 a cura di C. Maxwell, L. Goldmann ed. E. Glaser.

(Dati confermati da osservazioni personali).

Altro fattore ben conosciuto è che lo stesso colore di una pillola può influenzare l'effetto del farmaco cosa ben sfruttata dalle case farmaceutiche. Ma concludendo si può ben dire che gran parte delle sperimentazioni sono inutili come gran parte (probabilmente il 93%) dei farmaci.

Un effettivo controllo dovrebbe essere perciò praticato in quest'area della ricerca tenendo conto che se da un lato è necessaria l'acquisizione di nuove cognizioni d'altro canto il farmaco svolge la sua azione sull'individuo malato e che sarebbe molto più utile sperimentare nel campo della prevenzione a livello sociale della malattia.

Il potere professionale del medico va perciò ridimensionato in un ambito più politico e sociale e dato che ha grandi conseguenze pubbliche, deve essere sottoposto a controllo pubblico.

Gianni Belcaro - Daria Prosperini

(1) Da «L'etica della ricerca sperimentale su esseri umani» di Bernard Barber. L'articolo è stato pubblicato su «Le scienze», N. 94 Giugno 76.

(2) Nel 1977 al Congresso mondiale di Psichiatria ad Honolulu è stato approvato un documento riguardante l'etica della sperimentazione in pazienti psichiatrici (carta di Honolulu).

(3) L'uso di prescrivere ad un paziente un prodotto inefficace è fondamentalmente un inganno. Ricordo il caso clamoroso del 1971 quando un gruppo di donne americane messicane si rivolse ad un consultorio familiare per ricevere contraccettivi. Ad alcune di esse vennero somministrati contraccettivi per uso orale ed ad altre placebo (le pillole erano del tutto simili di aspetto). Le donne furono sottoposte all'esperimento senza essere informate ed ovviamente in molte si verificò un prevedibile effetto collaterale: rimasero incinte.

Nessuno però si accollò la responsabilità della gravidanza non voluta e nessuno si preoccupò per aver svolto lo studio senza chiedere il consenso. (Le scienze n. 78, Febbraio 1975. Sissela Bok, *L'etica della somministrazione di placebo*).

Il giorno 3-11-77 ci sono state a Fano perquisizioni dei Carabinieri a casa di quattro compagni. Uno dei quattro colpiti da mandato di perquisizione è il responsabile zonale del movimento di lotta per la salute (Medicina democratica). La motivazione ufficiale della perquisizione era un ipotetico piano di evasione che i compagni avrebbero preparato dato che erano stati sorpresi a scattare foto del carcere di Fossombrone.

Il motivo reale per cui i compagni avevano fotografato il carcere era l'allestimento di una mostra fotografica di controinformazione sul carcere-lager di Fossombrone. Dietro la presunta motivazione di organizzazione di evasione si è voluto trovare un pretesto per agire pesantemente contro chi già da tempo stava svolgendo una opera di controinformazione sulle carceri speciali ed affermare il principio che gli strumenti della repressione non debbono essere messi in discussione.

Dall'estate scorsa il nostro gruppo stava facendo infatti un intervento sulle modalità della ristrutturazione del carcere, soprattutto per gli effetti negativi che aveva prodotto sull'ambiente e sulla popolazione. L'installazione di questo carcere alle strette dipendenze del Ministero della Difesa, ha infatti calpestatosi diversi diritti sacrosanti della popolazione. A causa della supervisione è stato abolito il verde tutt'intorno (da notare che il carcere è situato proprio al centro della città) e sono stati abbattuti gli alberi di un parco molto frequentato. La gente che frequenta quella zona è continuamente fermata e perquisita; a tutto questo si aggiunge il clima terrorizzato creato nella città dalla massiccia presenza dei poliziotti in borghese e dai fermi continui. Il piano regolatore è stato completamente annullato, case popolari già

## informazioni editoriali del Centro Doc. di Pistoia

### **Ambiente, inquinamento ambientale, lotte sociali per la salute**

**ASPETTI BIOCHIMICI DELL'INQUINAMENTO AMBIENTALE DA ACIDO FLUORIDRICO - UN CASO IN PROVINCIA DI PAVIA**, Lire 300 - Cooperativa Libreria Universitaria, C.so Garibaldi, 13 - Pavia  
Questo documento è stato elaborato dal gruppo di studio di Chimica Biologica sul Territorio della Facoltà di Medicina dell'Università di Pavia e dalla commissione Fabbrica e Territorio di Medicina Democratica. Il caso analizzato nei suoi aspetti tecnici e politici è quello della Chemipad, un'industria chimica della provincia di Pavia, trasferitasi dalla zona di Porta Marghera. La produzione della Chemipad consiste nella diluizione di acido fluoridrico. Essa ha provocato il deterioramento del granturco dei campi vicini alla fabbrica, la defoliazione dei vigneti ed altri danni all'agricoltura.

**MEDICINA AL SERVIZIO DELLE MASSE POPOLARI**, n. 23 ottobre 1976, Lire 300

Sul caso di Manfredonia: un'inchiesta a Manfredonia, la malattia da arsenico, l'analisi del ciclo produttivo dell'ANIC di Manfredonia, i legami con altri disastri nazionali (Belice, Friuli, Seveso, Manfredonia).

**MEDICINA AL SERVIZIO DELLE MASSE POPOLARI**, n. 24 novembre-dicembre 1976, Lire 500

La lotta in Sicilia contro l'installazione di un nuovo stabilimento Montedison per la produzione di anilina nella zona di Priolo. La provincia di Siracusa è una delle più inquinate d'Italia. Nascita di un polo industriale e distruzione di una città.

**COME DIFENDERCI DAL PIDOCCHIO E DAGLI ALTRI PARASSITI**, a cura del Centro Sanitario Popolare ISES Secondigliano Napoli, Lire 300 - CSP, rione ISES Secondigliano is. II via Monterosa, Napoli  
Il Centro sanitario popolare, assieme al comitato di quartiere e al comitato delle donne, ha deciso di cominciare una lotta per l'igiene contro i parassiti che riempiono il rione (pidocchi, scarafaggi, cimici, ecc.) ma anche contro quei parassiti politici che hanno tenuto il rione di Secondigliano e tutti i rioni popolari nelle peggiori condizioni di sfruttamento. Per impegnare la popolazione su questi temi, il Centro sanitario ha realizzato un opuscolo sui parassiti, su come difendersi da essi, su come curarsi, ecc.

**MEDICINA AL SERVIZIO DELLE MASSE POPOLARI** n. 1 1977 L. 400  
Lotte sociali: Il pidocchio questo sconosciuto. Occorre affrontare politicamente e scientificamente il problema dei parassiti « dalla parte delle masse ».

**IL CUORE BATTE A SINISTRA** n. 1, L. 350 c/o C.L.U. vico I Montesanto 22, Napoli

Le lotte per la salute nei quartieri popolari: analisi dell'esperienza dal '68 ad oggi, la situazione sanitaria attuale, le prospettive di lotta. Un'esperienza di medicina preventiva nel territorio: il centro di medicina sociale di Giugliano.

**LOTTE PER LA SALUTE IN CAMPANIA**, L. 350 c/o C.L.U. vico I Montesanto 22, Napoli  
Malnutrizione e salute nel quartiere di Secondigliano. Un'inchiesta del Centro Sanitario Popolare.

**RIPRENDIAMOCI LA NATURA** n. 0, L. via S. 400 Giovanni 16/r Firenze

Nel Bolletino a cura del Centro informazione salute e ambiente, la mappa degli inquinamenti in Toscana, i 10 coloranti fuorilegge, il caso della Cavtat.

assegnate a dei cittadini sono state requisite come abitazioni per gli agenti di custodia, case vicino al carcere sono state fatte evacuare. Tutto ciò ha provocato un rincaro della popolazione. Tutto questo sotto gli occhi indifferenti della giunta socialcomunista che governa da diversi anni la città.

Ma il clima terroristico ed intimidatorio creato nel carcere speciale a Fossombrone non è che un singolo esempio di un clima generale che si verrebbe a creare nel paese: si vuole deviare l'interesse della gente dalla crisi economica politica ed istituzionale ed indirizzarlo unicamente verso il terrorismo politico, rosso o nero che sia, come unica valvola di sfogo. Si nascondono così le responsabilità del governo, mentre si cerca di costringere i lavoratori ai sacrifici inevitabili.

L'azione del governo, coperta dal silenzio della sinistra storica, si impegna in tutta una serie di repressioni: nella scuola con una recrudescenza della selezione, che tocca punte del 5% persino nelle elementari; all'università con l'isolamento e la emarginazione degli studenti e la loro conseguente criminalizzazione, nelle fabbriche attraverso i licenziamenti, la disoccupazione, la ristrutturazione selvaggia.

Emerge quindi una cosa, che disoccupazione è repressione, e repressione è anche carcere, carcere è isolamento, ed attraverso l'isolamento, la disoccupazione, la repressione, il carcere, passa il tentativo di confondere le masse nell'identificare nello stato forte la risoluzione dei problemi, perdendo di vista le vere responsabilità.

I compagni  
di Medicina Democratica  
di Fano

## 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: Seghezze, 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, Culc  
CESENA: Bettini  
CORSICO: Il punto  
CINISELLO B.: Bussola  
CREMA: Albero del Riccio  
CREMONA: Del Convegno  
CUNEO: La Moderna  
EMPOLI: Unità  
FERRARA: Centro Controinforma-  
zione, 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,  
Multhipla, 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, Cueb, 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,  
Nuovaterza  
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: Cueur, 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° 9 - SOMMARIO

LA NON-RIFORMA SANITARIA	<i>Contributi della segreteria nazionale di Medicina Democratica e Psichiatria Democratica</i>
CARCERI/REPRESSIONE	<i>Contributi della commissione carceri Le carceri speciali: dal modello architettonico all'annientamento del dissenso, di M. Pavarini Testimonianza del direttore del carcere di Novara</i>
MANICOMI CRIMINALI	<i>A proposito della morte di Antonio Martinelli, a cura del Comitato d'inchiesta sulla morte di A. Martinelli</i>
UNIVERSITA'	<i>Lavoro precario e lotte nell'università, del coordinamento nazionale lavoratori precari</i>
SPECIALE	<i>La violenza delle istituzioni sanitarie: bambini in ospedale, a cura del Comitato di lotta per la difesa del bambino ospedalizzato La carta dei diritti dei bambini in ospedale</i>
TERRITORIO/INCENERITORI	<i>La diossina a S. Donnino (Firenze)</i>
INSERTO SPECIALE IN BRAILLE	
NON VEDENTI	<i>Spazio autogestito dai compagni non vedenti Contro l'emarginazione, di Luigi Mangia</i>
BIOPROTEINE	<i>Ancora sulle bioproteine, a cura del Gruppo di lavoro di Medicina Democratica sulle bioproteine</i>
SPERIMENTAZIONE CLINICA	<i>Scienza e crimine del capitale, di Gianni Belcaro e Daria Prosperi</i>
COMUNICATI STAMPA	
INFORMAZIONI EDITORIALI	
DEL CENTRO DOC. DI PISTOIA	