

medicina democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

Nel momento in cui le condizioni di vita e di lavoro della classe operaia e delle masse popolari sono soggette ad uno degli attacchi più pesanti del dopoguerra da parte del capitale, dalla crisi politica ed istituzionale emerge l'esigenza di una definizione e di una gestione diversa, anticapitalistica e proletaria delle soluzioni a tanti problemi, tra cui quello della salute. L'attacco alla salute delle masse come momento per battere la classe operaia rientra nel più vasto disegno della borghesia, che è quello di distruggere politicamente il proletariato e i suoi livelli di organizzazione in fabbrica e nel territorio. Il capitale monopolistico ed il regime dc, che ne garantisce gli interessi, non sono solo la causa dello sfruttamento che genera immiserimento e malattie, ma sfruttano queste

SOMMARIO

Editoriale

- Movimento:** - La mozione di Castellanza - Milano 29/30 novembre '75
- Introduzione al Convegno di Napoli 22 febbraio '76
- Fabbriche:** Colleferro: si organizza la lotta contro la nocività.
- Droga:** Contributo di M.D. di Pavia
- Assistenza:** Emarginazione e scuole speciali
- Militari:** Per la difesa della salute in caserma
- Sindacato:** Salute e territorio
- Quartiere:** - Lotte per la salute a Secondigliano (Na)
- Controllo popolare sulla refezione scolastica della Bovisa (Mi)
- Handicappati:** Documento del Comitato Unitario Handicappati di Genova
- Donne:** Consultori delle donne e per le donne - Documento del CRAC di Roma

COMITATO DI REDAZIONE PROVVISORIO

c/o Istituto di Biometria
Via Venezian, 1
20133 MILANO

M. Cristina Bianchi - Sergio Bonelli - Roberto Coizet - Alberto Colombi - Giosi Defenu - Fernando di Jeso - Gruppo di Prevenzione ed Igiene ambientale del Cdf Montedison Castellanza (Va) - Dario Miedico - Enrico Petrella - Roberto Satolli - Paolo Setti - Marino Vulcano

Numero 0 in attesa di autorizzazione

stesse malattie per trarne profitto.

Ciò avviene attraverso le Mutue, assetto parassitario del capitale finanziario, attraverso il finanziamento pubblico delle strutture sanitarie private, attraverso la difesa di tutte le forme individuali di speculazione sulla salute (corporazioni mediche, baroni), il sostegno al capitale monopolistico farmaceutico e l'ingresso del capitale industriale (Fiat, Montedison), tra i principali sfruttatori della classe operaia, nei più moderni aspetti dello sfruttamento delle malattie (Centri Diagnostici, Check up, ecc.)

L'attacco all'occupazione e l'intensificazione dello sfruttamento si accompagna ad una violenta campagna sull'assenteismo e si avvale dell'uso selvaggio della mobilità interna ed esterna alla fabbrica.

Costruire e rafforzare il movimento di massa per la salute vuol dire sconfiggere questa politica, difendere la rigidità della forza-lavoro, sviluppare la lotta all'organizzazione capitalistica del lavoro, difendere ad ogni costo la lotta articolata di fabbrica e nel territorio, sviluppando tutte le forme di organizzazione delle masse, smascherare la mistificazione che con l'assenteismo nasconde la distruzione della salute dei lavoratori.

L'esigenza per la classe operaia di difendere a livello di massa ed in prima persona la propria salute è ulteriormente rafforzata dal crollo delle ultime illusioni sulla Riforma sanitaria, svuotata di ogni contenuto, ridotta a parola che ormai significa solo truffa e ristrutturazione in direzione antiproletaria dei livelli di potere sanitario del capitale e dal fallimento della politica dei confronti globali tra vertici sindacali e governo.

In particolare anche il progetto attualmente in discussione in Parlamento non fa che peggiorare ulteriormente questa linea di tendenza.

Occorre rifiutare coscientemente ogni illusione di gestione delegata della salute e costruire e rafforzare, invece, l'organizzazione diretta delle masse in difesa dei propri interessi.

In tal senso la presenza di rappresentanti sindacali nei Consigli di Amministrazione Nazionale, Provinciali e di sezione dell'INAM ed i rappresentanti della sinistra tradizionale nei consigli di Amministrazione degli ospedali non ha portato ad alcun collegamento con i lavoratori né ha sortito alcun effetto tangibile nel modificare le condizioni di assistenza e spesso non è nemmeno riuscita ad impedire la speculazione e la corruzione.

perchè medicina democratica

Da questa constatazione e dalle esperienze che il movimento di lotta ha costruito a partire dal '68 ad oggi, opponendo in fabbrica e nel territorio la lotta di classe, il punto di vista proletario sulla salute allo sfruttamento padronale, emerge la necessità di concretizzare in una proposta alternativa ed in un programma di lotta unificanti e generalizzabili i contenuti di queste lotte. Si è trattato di lotte importanti, disomogenee, spesso discontinue, a volte isolate, talora parziali, ma che mai sono state vissute e condotte come risposte meccaniche ad attacchi portati con strategica costanza. In esse era ed è presente la concezione della difesa della lotta per la salute come conquista di più alti livelli di qualità di vita.

Compito del convegno promotore di Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute, sarà la definizione delle linee politiche complessive su cui muoversi, verificandole costantemente nella pratica di lotta che il movimento esprime. La classe operaia e le masse popolari organizzate

su una linea politica proletaria affrontano criticamente la realtà, lottano per trasformarla; in tal modo costruiscono scienza alternativa alla «scienza» borghese.

Poichè ciò è uno degli obiettivi e dei compiti del movimento operaio con questo strumento di lavoro si vuole contribuire, in questa prospettiva, all'omogeneizzazione delle iniziative di lotta, alla socializzazione delle esperienze realizzate e all'individuazione di obiettivi che devono essere la concreta ossatura di questo programma alternativo per la salute.

scopo della rivista

Con questo periodico che è e deve rimanere strumento di lavoro e di coordinamento e non tribuna di opinioni vogliamo arrivare al pieno utilizzo, ed in alcune situazioni anche al recupero, di tutte quelle esperienze di lotta che si sviluppano sui numerosi fronti della salute, dalle fabbriche alla casa, dai quartieri agli ospedali, dalle caserme alle donne organizzate. Il movimento ha bisogno che questo spazio sia aperto a contributi di massa e collettivi, provenienti da situazioni di lotta e di scontro nel reale.

È necessario arrivare a riqualificare nelle lotte il lavoro di quanti finora hanno compiuto la scelta di lavorare per il movimento, aprendo a chi lo vorrà gli spazi per operare finalmente al suo interno.

Per questo abbiamo scelto di chiedere, a quanti fra i tecnici vorranno collaborare a questo progetto, di rinunciare innanzitutto a gestire contro o anche senza le masse proletarie qualsiasi conoscenza, influenza e potere che l'attuale organizzazione e divisione del lavoro e della società capitalistica conferisce e delega loro.

È necessario che al centro di questo lavoro e di questo progetto stia l'affermazione e la pratica conseguente degli obiettivi che il movimento operaio si è dato in questi anni di lotte per la salute: rifiuto della delega, centralità della soggettività operaia, rifiuto della monetizzazione, validazione consensuale, in sostanza autogestione e controllo diretto delle iniziative sulla salute. Partendo da questi presupposti è compito del movimento giungere ad aggregare la classe operaia, gli strati proletari sfruttati, le centinaia di migliaia di emarginati, le donne ed i soldati organizzati in un blocco di alleanze sociali che necessariamente si contrappongono frontalmente al regime democristiano e a qualsiasi ipotesi di compromesso con esso.

le tappe per la formazione del movimento

30 novembre '75 - Assemblea Nazionale dei medici democratici: i consigli di fabbrica che fanno capo al «Gruppo Permanente di Lavoro per la Tutela della Salute di Castellanza» presentano la mozione (riportata a pag. 2) di proposta di fondazione del movimento di lotta per la salute come superamento del «Comitato Medici Democratici»; viene immediatamente costituito un comitato promotore nazionale; si firma una prima mozione sull'aborto. Alla sede provvisoria, presso l'Istituto di Biometria di Milano in via Venezian 1, cominciano a pervenire le prime adesioni (a pag. 3 si riportano quelle del C.d.F., di organismi di massa e collettivi) fra le quali quelle di Magistratura Democratica e Psichiatria Democratica.

20 dicembre '75, 1° Preconvegno Nazionale di Medicina Democratica.

La relazione introduttiva è tenuta dal C.d.F. della Montedison di Castellanza (la relazione è stata riportata interamente dal Quotidiano dei Lavoratori del 22/12/75). Questo

preconvegno vede la partecipazione di centinaia di lavoratori, tecnici, studenti, operatori sanitari ecc. Da tutti gli interventi (alcuni riportati in questo numero della rivista) emerge la volontà unanime di arrivare al più presto alla formazione del Movimento. Si allarga il Comitato Promotore che, nella sua prima lettera diffusa a livello nazionale alle forze che lottano nel movimento per la salute, pone 4 punti discriminanti per l'adesione al movimento stesso:

- a) rifiuto di qualsiasi ruolo di repressione e controllo sociale da parte della medicina e dei suoi operatori (vedi mozione sull'aborto votata il 30.11.75);
- b) non delega della salute e affermazione del primato della soggettività operaia;
- c) controllo operaio e popolare sulle istituzioni sanitarie;
- d) adempimento del tempo pieno, immediatamente nell'esercizio del lavoro ospedaliero e prospettivamente nello svolgimento delle altre attività sanitarie, con il superamento della libera professione.

Da questo momento i Convegni regionali e interregionali, si susseguono ad un ritmo che lo stesso Comitato Promotore Nazionale non riesce a seguire.

Prima Bologna, Aosta, Genova, Padova quindi Napoli, poi Roma, Palermo, Catania, Pavia, Torino, Lecco. Ognuno di questi convegni è un momento di crescita per tutto il Movimento, è un momento di proposta, di esperienze e di verifica nella pratica delle stesse. In questi convegni ogni situazione di lotta: C.d.F., Comitati di Quartiere, Movimento Femminista o di studenti ha portato relazioni, metodologie d'interventi, proposte di generalizzazione di lotte parziali, obiettivi da percorrere. Il difficile compito della redazione di questo numero zero della rivista del Movimento è stato proprio quello di operare una selezione in mezzo al gran

numero di relazioni pervenute. I limiti di spazio (32 pagine) e di tempo (meno di un mese per preparare questo numero), le scontate difficoltà tipografiche, il costante «pessimismo della ragione» hanno condizionato in modo negativo, secondo noi, questo numero zero.

L'ottimismo della volontà emerge però in ogni intervento ed è proprio in questa fiducia del Movimento e nel Movimento, che si svilupperanno sempre meglio i numeri successivi. La selezione ha portato a dover eliminare, per ora, contributi importanti. La redazione definitiva, che sarà espressa dal Convegno Nazionale di fondazione del Movimento, dovrà farsi carico di diffonderli. L'obiettivo di questo numero era quello di fornire un quadro più possibile ampio di documenti «ufficiali» di Medicina Democratica a fianco di documenti del Movimento su alcuni dei temi più importanti su cui la lotta è già in corso. Questo abbiamo fatto, cercando di superare tutte le difficoltà che di volta in volta abbiamo incontrato.

Il limite maggiore forse di questo numero è la disomogeneità, ma non era compito nostro superarla; questo sarà il primo compito che il Movimento con questa rivista dovrà porsi, facendola diventare momento non solo di socializzazione, ma anche di omogeneizzazione delle lotte, perché queste traggano sempre maggiore incisività dalla verifica e dal confronto, per diventare uno strumento di lotta in più nelle mani del Movimento e quindi realizzare condizioni di salute sempre più adeguate alle esigenze della classe operaia e delle masse popolari, come momento intermedio per la realizzazione definitiva del proprio benessere attraverso l'eliminazione delle cause del malessere e della perdita di salute attuali.

LA MOZIONE DI CASTELLANZA

mozione del Consiglio di Fabbrica Montedison di Castellanza; del Gruppo permanente di lavoro per la tutela della salute; del Centro Medicina Preventiva del lavoro di Castellanza così composto:

- Gruppo di prevenzione ed igiene ambientale del Consiglio di Fabbrica Tintoria Candeggio Azimonti di Olgiate Olona;
- Operatori sanitari dei Servizi di Cardiologia Preventiva e Fisiopatologia Respiratoria del C.P.A. di Milano;
- Gruppo di prevenzione ed igiene ambientale del Consiglio di Fabbrica della Montedison di Castellanza;
- Operatori sanitari di Medicina I e del Pronto Soccorso e Terapia Intensiva dell'Ospedale di Legnano;
- Gruppo di prevenzione ed igiene ambientale del Consiglio di Fabbrica Officina Meccanica Brena di Castellanza;
- Tecnici sanitari dell'Istituto di Biometria dell'Università degli Studi di Milano;
- Gruppo di Prevenzione ed igiene ambientale del Consiglio di Fabbrica Enel di Castellanza;
- Tecnici della salute del Centro di Medicina preventiva del lavoro di Castellanza.

Il Movimento Operaio negli ultimi anni ha elaborato, praticato e socializzato lotte, esperienze e metodi politico-tecnici di intervento contro la nocività dentro e fuori la fabbrica e per la salute. Inoltre ha anche realizzato un corretto rapporto tra gruppo operaio e tecnici sulla base di:

- a. non delega della salute ai tecnici, ma gestione operaia in prima persona della stessa attraverso l'egemonia sui tecnici;
- b. preminenza della soggettività operaia;
- c. principio della validazione consensuale dei dati tecnici strumentali [ambientali e clinici] espressi dal gruppo operaio omogeneo di lavorazione;
- d. rifiuto della monetizzazione della nocività e del rischio confermata degli impianti nocivi per la loro bonifica, mantenendo integra la retribuzione e l'occupazione operaia;
- e. centralità e significatività politico-scientifica del gruppo operaio omogeneo come unità di base per lo studio, la ricerca e la lotta contro la nocività dentro e fuori la fabbrica.

A partire da queste premesse il movimento di lotta si è sviluppato ed ha fatto notevoli passi sulla strada della promozione e della prevenzione nonché dell'attacco all'organizzazione e la capacità di gestione autonoma da parte della classe operaia [costruzione del Consiglio di Fabbrica, di Zona, ecc.].

Contemporaneamente alle lotte in fabbrica e strettamente

legate a queste, si sono sviluppate lotte per la salute di ampie masse popolari nel territorio con la costituzione di **Comitati di Quartiere, Collettivi, Comitati di base del movimento** che partendo dai bisogni reali delle masse popolari hanno conseguito obiettivi che, pur con tutti i limiti, vanno nel senso di miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro che di fatto è antagonista al sistema esistente ed alle sue così dette «compatibilità».

Inoltre è sempre in questi anni che si è sviluppata una notevole lotta nelle istituzioni: scuola, ospedali, enti pubblici, università, ecc., che saldandosi alle lotte operaie hanno creato nuovi spazi politico scientifici anche per i tecnici democratici che sono «dentro il movimento» e non solo «per il movimento», per la costruzione di una nuova scienza sulla base dei bisogni della classe operaia e delle masse popolari.

Premesso questo, riteniamo indispensabile che si vada a breve termine alla costituzione di uno strumento di coordinamento della lotta e delle esperienze che il movimento dentro e fuori la fabbrica ha realizzato e sta realizzando al fine di permettere una sua ulteriore crescita ed unificazione su una linea politica che veda il controllo e la gestione del movimento sul problema della salute attraverso l'autogestione della stessa.

Questo strumento del movimento viene individuato nella costituzione di «**MEDICINA DEMOCRATICA MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE**».

La realizzazione di questo obiettivo che chiediamo che parta da questo convegno nazionale come espressione delle necessità attuali del movimento deve trovare la sua articolazione nei seguenti momenti:

1. stesura di un'ipotesi di proposta da confrontare all'interno del movimento [C. di F., C. di Z., Collettivi e Comitati di base, Comitati di Quartiere, Organizzazioni Sindacali, Forze politiche della Classe Operaia, tecnici e ricercatori] realizzandone la maggior socializzazione possibile;
2. definizione della data di convocazione entro la fine dell'anno, di una nuova riunione con la partecipazione di tutte le forze interessate;
3. realizzazione di un convegno nazionale costitutivo di Medicina Democratica sulla base della proposta politica che emerge dal confronto nel movimento;
4. realizzazione di uno strumento agile di informazione e formazione aperto alle realtà di fabbrica e del quartiere che viene individuato in una rivista mensile senza che ciò preclari, ma anzi favorisca la realizzazione di analoghi strumenti a livello territoriale;
5. individuazione di un comitato promotore che sia come punto di riferimento per le forze che si muovono sull'ipotesi esposta e con fini organizzativi nei confronti dei punti precedenti.

Psichiatria Democratica
Magistratura Democratica
Collettivo autonomo donne Apem romano Bettola Pozzo
Cdf Archifar Milano
Cdf A.R.I. Caronno Pertusella
Cdf Atos Cinisello Balsamo
Cdf Azzimonti Olgiate Olona
Cdf Bassani Varese
Cdf Brena Castellanza
Gruppo Prevenzione tutela salute di Castellanza
Cdf Cemu Cinisello Balsamo
Cdf Centaura Carpi
Cdf Cev Venegono
Cdf A. L. Colombi Milano
Cdf Comet Opera
Cdf Comet Trezzano sul Naviglio
Cdf Coming Roma
Cuz Varazze Savona
Cdd Credito Italiano Milano
Cdf Carlo Erba Milano
Gruppo lavoratori casa di riposo Famagosta Milano
Cdf Fantini & Cosmi Milano
Cdf Farmila Settimo Milanese
Federchimici Cisl Varese
Fidac Cgil Varese
Fabi (autonomo) Varese
Gruppo Pia Cdf Filiberti Caiello
Gruppo Pia Cdf Filiberti Cavaria
Flm Legnago
Flm Conegliano
Flm Treviso
Flm zona Varese
Cdf. Formenti Milano
Cdf Gelosia Gallarate
Cdf Itis Busto Arsizio
Cdf Lintas Milano
Cdf Montedison Castellanza
Cdd Gaetano Negri Milano
Cdf Sandoz Milano
Cdf Ibi Milano
Cdf Nuova Pignone Firenze

Gruppo Ricercatori M. Negri Milano
Cdf Olivetti Massa Carrara
Gruppo Prevenzione salute Ortomercato Milano
Gruppo Prevenzione e Igiene Pertusella
Cdf Pang Born Europa Caronno Pertusella
Cdf Philips sede Milano
Cdf acciaierie Piombino
Cdf Porto Venezia Venezia
Cdf Rauk Xeros Milano
Cdf Rutital Lonate Ceppino
Cdd Sacra Famiglia Cesano Boscone
Cdf Saint Cobaint Milano
Cdf Sarma S.R.A. Pogliano Mi
Cdf Scaini S.S. Giovanni
Cdf Sjac Cavarra
Cdf Sicpa Milano
Cdf Smi Fornaci di Barga
Cdf Snam Progetti Milano
Cdf Temi
Cdf Tre Elle Tradate
Cdf Vanguard Corsico Milano
Collettivo democratico operatori lavoratori ospedalieri Biella
Collettivo assistenza sanità Montechiari
Comitato iniziativa medica democratica Bologna
Collettivo operatori sanitari Bologna
Democrazia Proletaria Magnago
Vanzaghelli
Collettivo Medicina Forlì
Cdd. Gruppo lavoratori Policlinico Milano
Cdd Ospedale Civile Brescia
Cdd Niguarda Milano
Sessione sindacale Cgil Niguarda Milano
Sessione sindacale Uil Niguarda Milano
Collettivo Democrazia Proletaria Niguarda
Collettivo studenti Isef
Collettivo studenti in Medicina Milano
Comitato agitazione facoltà di Medicina Pisa
Collettivo medicina Roma
Collettivo M.L.S. Firenze

Collettivo medicina Firenze
Collettivo femminista di medicina di Firenze
Collettivo femminista 8 marzo di B. Arsizio
Commissione femminile Uil Milano
Commissione femminile comunista di Rifredi Firenze
Gruppo femminista per il salario al lavoro domestico Ferrara
Lega dei comunisti di Pisa
Collettivo Medicina democratica Legnano
Collettivo popolare di Rescaldina
Collettivo politico S. Anna B. Arsizio
Collettivo dei delegati ospedale di Legnano
Collettivo politico di Vicenza
Collettivo unitario di lotta per la salute Vicenza
Collettivo contro informazione scienza Firenze
Collettivo coordinamento operatori sociali Napoli
Centro Sanitario popolare Secondigliano
Collettivo operatori sanitari R. Emilia
Collettivo operatori sanitari Trieste
Servizio medicina democratica per la salute mentale Trieste
Collettivo donne Cà Granda Milano
Collettivo autonomo femminista Napoli
Collettivo di quartiere Mater (Dmini Catanzaro
Scuola popolare Bovisa Milano
Comitato di quartiere Greco Milano
Comitato di quartiere Ca' Granda Milano
Comitato di quartiere Dergano Bovisa Milano
Comitato di quartiere Bicocca Milano
Collettivo politico Base di Borsano.

A queste adesioni di Cdf e Cdd e Collettivi politici e femministi bisogna aggiungere altre 600 adesioni individuali.

MOVIMENTO E TECNICI DELLA SALUTE NEL MERIDIONE

Relazione introduttiva del Convegno meridionale di Medicina Democratica - Napoli 22-2-'76

La proposta di costruire Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute, nasce dalla necessità di aggregare tutta una serie di esperienze di lotta sul tema della salute e più in generale sulla qualità della vita che la classe operaia e le masse popolari hanno condotto in questi anni. Noi crediamo che questo sforzo di aggregazione non sarà semplice, perchè anche troppo radicata è una sorta di privatizzazione delle molteplici esperienze di lotta sul tema della salute che si sono svolte nel territorio. Ma quello che ci deve spingere in questo lavoro è la constatazione che la nostra crescita organizzata non è solo un'esigenza degli «addetti ai lavori», ma un'esigenza montante del movimento operaio verso il quale sempre più puntuali si fanno le nostre responsabilità di operatori sanitari.

Medicina Democratica trova il suo preciso spazio storico come strumento intelligente delle necessità che il movimento operaio e le sue organizzazioni rivoluzionarie esprimono sul terreno della salute.

Democrazia allora non come intesa contrattata tra «diverse opinioni» sul modo di produrre la medicina per chiunque, ma democrazia come subordinazione al movimento operaio considerato come soggetto storico, democrazia come rifiuto di considerarci anche noi nella veste di «compagni tecnici» come delegati storici a risolvere il problema della salute.

Il rifiuto della delega nasce dalla convinzione che lo sviluppo di una prestazione sanitaria soddisfacente per le masse popolari è garantito solo dal controllo permanente ed attivo in sede di politica sanitaria da parte del movimento operaio.

Noi consideriamo la professionalità non come delega irreversibile ma come un contratto sociale tra le masse popolari ed un settore dei servizi sociali la cui funzionalità tecnica è totalmente subordinata alla domanda sociale complessiva.

Medicina Democratica rifiuta il concetto di delega che la classe medica ritiene di aver per grazia divina, perchè ritiene la medicina un'operazione tecnica immediatamente politica. Il movimento operaio su questo terreno non deve concedere deleghe a nessuno, anzi sempre più deve contrapporre al controllo «per delega» della borghesia, il controllo politico diretto del suo movimento organizzato. Medicina Democratica privilegia la lotta per la salute: la borghesia ha una visione riduttiva e secondaria della salute che viene considerata operativamente lo stato di non malattia. Rimane invece basilare per la borghesia la malattia-merce come centro della prestazione-contrattazione sanitaria. Ma nello spazio ampio della non malattia si situano vari tipi di salute, ognuno dipendente unicamente dal potere di contrattazione sociale che le classi sanno produrre.

Non malati, quindi sani, sono per la borghesia le operaie paralizzate dai collanti quando dopo tre anni di cosiddetta terapia riescono a resistere per qualche tempo in posizione eretta, non malato è l'operaio della Grace Italiana, che sollevando carichi di 50 chili per volta, è stato «brillantemente» operato due volte di ernia del disco nel giro di un anno; non malato l'operaio della Sicet che da dieci anni soffre di male asmatico da allergia ai micofiti del legname per la semplice ragione che le malattie allergiche non sono inserite nell'elenco delle tecnopatie, non malati e quindi sani i lavoratori della Ghisa dell'Olivetti di Marciianise perchè per la «nostra» Legge la ghisa è un materiale inerte, non malati e quindi sani i compagni disoccupati, i sottoccupati, i lavoratori al minimo vitale di salario, perchè la fame non è considerata malattia; non malati i morti sul lavoro perchè loro almeno hanno avuto il buon senso di sparire.

Ma quanti in questa schiera di non malati, rifiutati dalla medi-

cina ufficiale, quanti di loro sono sani?

Partire dalla salute, lottare per la salute significa partire dall'indagine della qualità della vita, dal diritto alla vita, non più come semplice diritto alla sopravvivenza animale, significa più semplicemente dire che la salute è un prodotto materiale storicamente definito nella società in cui viviamo e come tale si contratta di un terreno politico più generale dello scontro di classe, dello scontro di classe.

Solo così possiamo capire perchè il padrone e i suoi servi fedeli sostengono che la salute dell'operaio è la sua piena capacità ad essere spremuto sul posto di lavoro nel pieno rispetto delle sacre necessità della produzione; così non ci stupiamo che la vita media degli operai degli zuccherifici del nord nel 1911 era di 35 anni così come si ritiene salute avere qualche dito in meno, qualche scheggia negli occhi, qualche aborto provocato dal tipo di lavoro (come nella manifattura dei tabacchi). Ma padroni e i loro servi gettando fumi di inchiostro per spiegare che la colpa di tutto questo assenteismo è una strana forma di disaffezione al lavoro.

Ma ben diverso è il concetto che essi nutrono della propria salute, sapendo di poter prendere ben altre prestazioni dall'istituzione sanitaria, a partire dal proprio potere sociale in quanto classe. Questa stessa borghesia dopo aver messo il cappio al collo della scienza e della medicina pretendono e sostengono che queste discipline siano sempre pure e neutrali quasi per naturale vocazione.

Ma per noi la medicina come ogni altra operazione calata nel sociale si identifica come prodotto materiale di una società divisa in classi dove non esiste una domanda omogenea di beni sociali ma una domanda differenziata, contrattata a partire dai rapporti di forza e di violenza che le classi parassitarie impongono con la violenza consolidata delle norme e delle istituzioni alle classi socialmente produttive.

Anche la medicina che noi esercitiamo e subiamo vive ben dentro questi rapporti di produzione e come tale è considerata oggetto di mercificazione sottoposto alle leggi della domanda e dell'offerta. In questa realtà sociale che esaurisce le sue leggi civili nelle leggi di mercato, la medicina ha un suo valore e la qualità dell'offerta (la prestazione sanitaria) è proporzionale alla qualità della domanda dove per qualità intendiamo la forza di una classe, il suo potere sociale fondato sullo sfruttamento e sull'oppressione.

Il controllo della borghesia sulla medicina così come quello sulla magistratura e più in generale sulle istituzioni «neutrali» avviene non attraverso un vincolo formale diretto ma attraverso il libero manifestarsi di non liberi rapporti di produzione nella società.

Per questa ragione la borghesia per difendere il suo interesse nei singoli settori istituzionali non trova necessario lottare per una medicina borghese; tale primato le è garantito dal primato generale della sua dittatura sul terreno economico-produttivo.

Così noi vediamo la borghesia attestarsi ideologicamente in difesa dell'autonomia e della neutralità della medicina. Ma che senso ha parlare di autonomia in questa società se non quello di una falsa visione della medicina come un'entità che si autogestisce al di fuori delle classi della storia?

In realtà tale vocazione di autonomia e di neutralità che la borghesia esprime nei confronti dei suoi prodotti storici nasce dalla necessità di disincagliare dalla conflittualità crescente della lotta di classe la medicina, per mantenere puntualmente il proprio primato.

Alla «neutralità» della medicina borghese, Medicina Democratica contrappone la subordinazione alla domanda di salute che nasce dalle lotte del movimento operaio nella fabbrica, nel territorio, che vanamente si cerca di confinare in una periferia politica che è la periferia del potere e della spoliazione dei diritti.

Questa domanda prorompente, sempre più a fatica compressa dalle istituzioni sanitarie, a causa della sua frammentaria episodicità, riesce con estrema difficoltà a trovare forme e canali di espressione nelle stesse organizzazioni di classe che spesso manifestano timidezza di risoluzioni, per non parlare della rabbiosa cecità e sordità della classe medica arroccata dietro i propri privilegi e barricata dietro il suo Ordine Corporativo.

Questa è la domanda degli operai del reparto verniciatura e schiumatura dell'Alfa Sud che per difendere la loro salute dal

tanfo e dai solventi tossici si rifiutano di lavorare. «Scioperi selvaggi» dice il padrone e anche qualche sindacalista prudente.

Questa è la domanda dei quartieri popolari che sono scesi in lotta durante il colera portando la loro rabbia per le strade di Napoli chiedendo migliori condizioni igieniche.

Questa è la domanda del comitato delle famiglie delle ragazze colpite dai collanti che solo con la lotta hanno ottenuto che l'Inail riconoscesse la polinevrite come malattia professionale. Questa è ancora la domanda che le donne, in lotta per ricomporre la loro presenza come soggetto nella storia, esprimono per garantirsi il diritto alla generazione volontaria attraverso i consultori autogestiti e l'aborto libero e gratuito.

Questa è ancora la domanda di Medicina Democratica che nasce nelle caserme, nelle carceri, nei corridoi affollati delle varie Mutue, nelle estreme periferie dei diritti civili.

Rispetto a questa domanda emergente, che si identifica nelle prime forme organizzate di base, che fino ad ora ha trovato indifferenza e timidezza di risposta dalla sinistra ufficiale fino a giungere a penose mediazioni a livello di accordi di vertice come sulla proposta di legge sull'aborto; rispetto a questa domanda noi vogliamo esistere come organizzazione di tutti coloro che operano nel settore sanitario e riconoscono nel problema della salute un momento permanente di impegno politico.

Rispetto a questa domanda non siamo neutrali, ma profondamente subordinati, tesi a sviluppare una forma nuova di intelligenza dei bisogni reali delle masse sul terreno della salute, a compatteggiarsi con esse per una lotta a fondo contro tutte le istituzioni consolidate della medicina repressiva della borghesia, chiedendo lo scioglimento dell'Ordine dei medici che da sempre porta avanti una disgustosa politica di difesa degli interessi economici della categoria sulle spalle dell'utenza popolare mentre, con celere solerzia, attacca ed emargina quei pochi medici che si ribellano come dimostrano recentissimi episodi contro i compagni Basaglia e Carrino sui quali il movimento darà una risposta di lotta.

Ma sul come intendere questo processo di subordinazione, deve essere fatta estrema chiarezza traendo insegnamento dalle esperienze passate.

In primo luogo rifiutiamo la subordinazione intesa in una dimensione puramente tecnico-sanitaria: siamo cioè contrari ad ogni forma di istituzionalizzazione più o meno sofisticata di ambulatori rossi gestiti da compagni medici per le masse popolari per i seguenti motivi.

1) il tecnico viene vissuto dalle masse non come politico ma come medico fondamentalmente, creando l'illusione che la qualità della prestazione sanitaria non dipende dall'ordine sociale costituito, ma dalla singola volontà del soggetto in un mondo che comunque si divide in buoni e cattivi;

2) questa linea alla lunga castra le lotte popolari perché elimina l'obiettivo di fondo che è il controllo politico sulla medicina e non una medicina autonomamente politica.

3) in questo modo contentando qualche minimo settore della domanda popolare, quietando qualche coscienza rivoluzionaria, si agisce da calmiera delle lotte politiche e si tolgono le castagne dal fuoco alla borghesia.

Fatto salvo questo discorso generale noi pensiamo che esistano però, sul terreno contingente tattico, delle occasioni per costruire una prestazione sanitaria autogestita dal movimento come momento dirompente rispetto alla medicina borghese, come testimonianza di una possibile gestione politica alternativa della medicina per compatteggiare sul terreno della lotta vaste masse popolari.

È in questa prospettiva che vediamo l'esperienza dei consultori autogestiti ed i vari centri per l'aborto libero e gratuito che il movimento femminista è riuscito ad organizzare in diverse situazioni di lotta.

A queste esperienze di lotta, di testimonianza alternativa episodica, deve però far seguito attraverso il dilagare di una lotta generalizzata un livello superiore di controllo politico che è quello della graduale subordinazione delle strutture esistenti e di quelle a venire (unità sanitarie locali, ospedali, consultori) al controllo istituzionalizzato permanente delle fasce di utenza popolari finora escluse da ogni forma di controllo e decisione.

Non cerchiamo quindi una subordinazione tecnica ma una subordinazione politica a partire dal problema specifico della salute, il cui soggetto noi riconosciamo nella classe operaia e nel suo movimento organizzato ma anche non schematicamente in tutta una serie di lotte emergenti che esprimono sul terreno della salute ceti

e strati sociali sempre più compressi dai rapporti di produzione di una società capitalista sempre meno capace di calvare le proprie contraddizioni.

Noi riteniamo che tale subordinazione politica non può essere vista come pura passività rispetto a quello che è il dettato ufficiale sia dei partiti che delle organizzazioni sindacali. Questo perché spesso su questo terreno la voce della sinistra ufficiale è alla coda del malcontento e delle lotte, tesa, in una logica che mette al primo posto le mediazioni di vertice e la cogestione nelle istituzioni sanitarie esistenti, a mantenere forme di più equo equilibrio con le strutture di potere sanitario.

Ricordiamo infatti l'esperienza fallimentare di Nuova Medicina che cercava di aggregare con una logica di vertice medici benpensanti per gestire con un'etichetta di sinistra la riforma sanitaria.

Così ricordiamo il penoso patteggiamento sull'articolo 5 della proposta di legge sull'aborto.

Così dobbiamo ricordare l'azione sindacale che ha snaturato completamente l'articolo 9 dello Statuto dei Lavoratori. Tale articolo infatti garantisce la possibilità da parte dei lavoratori di controllare direttamente la propria salute nell'ambiente di lavoro mediante loro esperti; ebbene tutti i contratti di categoria stipulati successivamente prevedono controlli paritetici tra direzione aziendale e lavoratori sottraendo alla classe operaia un diritto conquistato.

Noi consideriamo questa linea della delega e del compromesso di vertice perdente sia sul terreno tattico che strategico, come dimostrano questi sei anni di applicazione parziale e concordata dell'articolo 9, mentre vogliamo privilegiare la forma di gestione politica diretta da parte dei lavoratori e delle loro organizzazioni di base sul tema della salute.

La nostra subordinazione non è quindi una forma di rapporto passivo di chi aspetta dal cielo i sacri comandamenti, ma una **subordinazione attiva** che è la capacità critica autonoma di valutare la domanda e la sua reale affinità con gli interessi della classe e delle masse popolari, che consiste nel sollecitare una presa di coscienza da parte delle masse delle forme di oppressione che passano attraverso i canali della medicina ufficiale, di fornire strumenti e dati perché il movimento operaio conduca con il massimo livello di conoscenza la sua lotta nei modi e nei tempi che si saprà scegliere.

Rivendichiamo quindi come movimento un nostro spazio politico autonomo all'interno del più generale scontro politico di classe, uno spazio non neutrale ma di subordinazione attiva e critica nei confronti dei movimenti di base e delle forze politiche che ne sono espressione sul terreno della lotta per la salute.

In questo spazio non esistono per noi i soggetti e gli oggetti, i gestori ed i fruitori della prestazione sanitaria, ma più complessivamente come movimento politico per la salute uno spazio che è quello aperto dalla militanza politica sul tema della salute da parte non solo degli operatori sanitari (medici, infermieri, portanti, ricercatori ecc.) ma anche dei rappresentanti delle fasce di utenza che lottano per una medicina al servizio delle masse.

Per i nostri militanti riteniamo vincolante l'adesione ai punti espressi nella mozione-documento del gruppo della Montedison-Castellanza:

- a. non delega della salute ai tecnici
- b. preminenza della soggettività operaia
- c. principio della validazione consensuale dei dati tecnici espressa dal gruppo omogeneo
- d. rifiuto della monetizzazione della nocività e del rischio
- e. centralità e significato politico-scientifico del gruppo operaio omogeneo come unità di base per lo studio, la ricerca, la lotta contro la nocività in fabbrica
- f. accettazione integrale dell'attività a tempo pieno.

Vogliamo però chiarire che la tendenza ad unificare il militante di Medicina Democratica a partire da ruoli differenti codificati dalla divisione del lavoro della nostra realtà sociale, non intende liquidare in un sol colpo con un salto ideologico le reali differenze di classe che esistono in questi ruoli nel cui arco passa, per lo meno oggettivamente, la linea di demarcamento tra sfruttati e sfruttatori. Ciò perché non crediamo assolutamente in una idilliaca operazione di intercettamento alla buona, o peggio in una tendenza generale alla proletarianizzazione di ceti della borghesia all'interno dell'ordine borghese.

COLLEFERRO: SI ORGANIZZA LA LOTTA CONTRO LA NOCIVITA'

Esperienze di un avvio di lotta per la salute a Colleferro condotta da un gruppo di lavoro (costituito da quadri operai e da tecnici della salute) confluyente in Medicina Democratica per la costituzione del movimento a Roma. Testimonianza stesa da Marino Vulcano e Carlo Bracci.

Colleferro è un comune di 19176 abitanti nella quasi totalità famiglie operaie. È posto all'estremità meridionale della provincia di Roma e ne costituisce la zona di più antica e intensa industrializzazione. Gli occupati nelle fabbriche dell'area cittadina sono: circa 3200 alla Snia; 470 all'Italcementi, 150 all'Aerochimie. I lavoratori delle 2 fabbriche più importanti (l'Aerochimie è una promanazione della Snia e vi si fabbricano missili) provengono: 50% dal comune e 50% dai paesi limitrofi per la Snia, mentre per l'Italcementi solo il 35% abita a Colleferro.

Questa distribuzione è dovuta in parte alla carenza degli alloggi, il cui costo è quasi pari a quello di Roma, in parte al reclutamento clientelare della manodopera in alcuni paesi vicini.

La differenza tra le due percentuali è legata al fatto che la vecchia proprietà dell'Italcementi (Cementi Segni), possedendo una cava nel comune di Segni, aveva stipulato con il comune stesso una convenzione per la quale era obbligato ad una percentuale standard di assunzioni fra gli abitanti del comune. A ciò si aggiunge che l'area (e Segni in particolare) è un feudo del sottogoverno di Andreotti con tutto quanto di negativo il clientelismo appunto comporta.

Indiscutibilmente un Comune operaio; lavoratori delle fabbriche sorte con i contributi della Cassa del Mezzogiorno nell'area di Frosinone.

Indiscutibilmente un comune operaio, eppure la Giunta (attualmente è in crisi a causa di un procedimento giudiziario per lottizzazione abusiva e per l'uscita di 2 consiglieri) è retta da Dc e Psdi.

L'insediamento industriale e la situazione politica sono causa di gravi danni per la salute dei lavoratori all'interno delle fabbriche e di inquinamento del territorio circostante.

Da rilevarsi che le fabbriche sorgono proprio nell'agglomerato urbano. Le iniziative di lotta in difesa della salute sono state ostacolate sino ad oggi dal potere dei padroni, sostenuto da forme di sindacalismo giallo, che macrosco-

picamente si estende al di fuori della fabbrica: la Snia possiede, per esempio, un patrimonio immobiliare gestito utilizzando l'assegnazione degli alloggi anche allo scopo di dividere i lavoratori; per l'assunzione dei quali, alla Snia, era, sino a poco tempo fa, indispensabile la presenza del parroco alle sedute di selezione.

Quanto è stato fatto in passato, partendo da lotte spontanee o da iniziative dei sindacati provinciali, non si è poi strutturato in una organizzazione capace di dare continuità alla azione operaia. In questo contesto ci si è trovati a dover stabilire una precisa metodologia di intervento che, quindi, si articolasse dall'analisi dei fattori di nocività alla sensibilizzazione dei lavoratori e viceversa. I primi contatti tra i componenti dell'attuale gruppo di lavoro si sono avuti quando alcuni compagni, che ne fanno parte, si sono incontrati nel contesto del Comitato Promotore Romano di Medicina Democratica. A questi incontri hanno fatto seguito incontri promossi e agevolati dal sindacato provinciale con i delegati Cgil dei consigli di fabbrica per una prima valutazione obiettiva delle specifiche realtà. I processi produttivi, per quel che attiene alla Snia, sono complessi ed in alcuni reparti coperti da segreto militare, quindi la direzione aziendale ha un eclatante pretesto per non fornire ai lavoratori le notizie che Legge e Contratto di categoria prevedono circa la elencazione delle sostanze usate e la loro eventuale nocività. Si pone così anche il problema del contrasto tra le norme che regolano il segreto militare e l'art. 9 dello Statuto dei lavoratori, evidenziando un nodo che è indispensabile sciogliere al più presto onde norme obsolete non abbiano a vanificare la totale possibilità operativa di una conquista operaia.

La ricostruzione del processo produttivo da noi applicata si muove attraverso le seguenti fasi:

- individuazione delle sostanze usate,

alcune delle quali conoscibili dagli operai solo con la denominazione commerciale;

- individuazione dei metodi particolari di preparazione, facendo riferimento ai procedimenti generali della chimica industriale, ben tenendo presente, però che questo è il momento in cui si specifica la reale natura della fabbrica in ordine ai problemi della nocività, e che tale realtà può, rispetto al medesimo processo, articolarsi in forme diverse a secondo dei reparti.

Ad esempio sempre alla Snia, la produzione di resine poliesteri avviene sia a ciclo chiuso che con miscelazione a mano dei vari componenti. Nel primo caso il problema è quindi quello della validità e della manutenzione degli impianti in relazione a possibile dispersione; nel secondo, invece, al di fuori di ogni altra possibile considerazione, si impone la modificazione del processo produttivo perché è intollerabile che i lavoratori siano direttamente esposti a sostanze altamente tossiche.

Su questa base il lavoro va sviluppandosi secondo il metodo usuale delle assemblee di gruppo operaio omogeneo per l'individuazione dei fattori di rischio e l'elaborazione di piattaforme rivendicative.

Allo stato sono in atto: l'analisi generica della nocività delle sostanze allo scopo di fornire al consiglio di fabbrica schede tossicologiche aggiornate ed una serie di incontri con i delegati dei consigli stessi onde preparare assemblee, corsi di formazione sindacale e giungere alla dotazione dei delegati stessi di strumenti per i rilievi ambientali più importanti. A tale proposito è allo studio un corso di addestramento. Viene utilizzata anche la possibilità di un rapporto diretto con i lavoratori interessati all'indennizzo, onde collegare questo settore a quello più vasto della prevenzione.

Per grandi linee la Snia si struttura nei seguenti reparti: 1) Esplosivi con 500 addetti. 2) Chimico, con 200 addetti 3) Galvanico, con 30 addetti. 4) Metalmeccanico, con 300 addetti. 5) Munizionamento, con 400 addetti. 6) Caricamento, con 200 addetti. 7) Amministrazione e tecnici, 600 addetti. 8) Stampaggio resine, 40 addetti. 9) Centro Studi, 200 addetti.

L'area della fabbrica si estende per circa 8 Km² di cui 2/3 occupati dal reparto esplosivi e caricamento.

Ad una prima rilevazione clinica si fanno carico:

alla sezione Esplosivi: riduzione dell'attività sessuale (curata dal medico di fabbrica con una misteriosa pillola gialla, che a detta degli interessati «non serve a nulla... e al dunque è meglio non pensarci più»), emorragie nasali, ustioni, abbassamento della pressione arteriosa e cefalea cronica direttamente riconducibili all'assorbi-

mento continuo di nitroglicerina presente nel reparto. Si è rilevato inoltre che ai lavoratori è vietato bere anche modiche quantità di vino ai pasti nei giorni in cui lavorano.

Al reparto Chimico si fa carico di produrre reumatismi, artrosi cervicale, ulcere, intossicazioni epatiche, bronchiti croniche, asma, ipotensione arteriosa (nella quasi totalità degli addetti), anemia. Si specifica che il reparto chimico comprende la produzione di resine poliesteri, di detersivi, di derivati delle resine suddette (quali la lana di vetro), di insetticidi (esteri fosforici), di anidridi ftalica e maleica (gli addetti a questa lavorazione lamentano tutti «indebolimento» della schiena e delle articolazioni). Si segnala anche la presenza di rumorosità superiore ai 100 decibel.

Al reparto galvanico i lavoratori sono esposti ad acidi forti, cianuri, acido cromico, soda caustica. Il procedimento avviene in vasche aperte ed i lavoratori hanno evidenziato atrofia del setto nasale sino alla perforazione, cefalee, bronchiti, insufficienza epatica.

Al reparto metalmeccanico si fa carico di casi di silicosi, di dermatiti, di artrosi, di reumatismi.

I 400 addetti alla **Manutenzione** sono esposti ovviamente a tutti i rischi della fabbrica.

Al Munizionamento si riscontrano diminuita attività sessuale e sterilità (probabile causa l'alta temperatura ai forni e ai raggi infrarossi), dermatiti allergiche e malattie epatiche. Costantemente presente il rischio da radiazioni ionizzanti.

Frequenti in tutta la fabbrica sono malattie dell'apparato respiratorio, bronchiti ed asma in particolare, malattie dell'apparato gastrointestinale, gastriti e coliti: diffusissime le nevrosi.

Il servizio medico di infermeria e pronto soccorso è organizzato in modo tale che in caso di infortunio la vittima viene accompagnata all'ospedale dai pompieri di servizio, per di più addetto alla guida dell'automezzo. Il servizio sanitario è rappresentato da un solo medico presente per due ore al mattino (quello attuale che sarà tra breve sostituito per raggiunti limiti di età, è ed è stato per anni spesso messo in condizioni di non svolgere la mansione).

Ugualmente preoccupante è la situazione dell'Italcementi da cui pochi lavoratori riescono ad uscire per godere la pensione. I 470 addetti sono nella totalità turnisti esposti a elevatissima polverosità con presenza di silice, e a rumori assordanti; il lavoro si svolge inoltre all'esterno con esposizione alle

intemperie. Le materie prime sono pietra calcarea, gesso, sabbia, pozzolana, grafite, che vengono macinate in mulini i cui mezzi di protezione acustica lasciano molto a desiderare e non vengono rinnovati dall'azienda.

Dai mulini il materiale viene avviato ai forni dove, alla temperatura di oltre 1000° almeno parte della silice assume forme cristalline più pericolose per la salute. Il materiale cotto viene avviato ad altri mulini dove si produce il cemento, in cui, sia pure in basse concentrazioni è ancora presente silice. I mulini sono dotati di filtri la cui manutenzione è inadeguata.

La quasi totalità dei lavoratori accusa sordità da rumori, bronchite cronica, mentre frequenti sono i casi di silicosi riconosciuti dall'Inail.

Al di fuori della fabbrica la situazione non è migliore. Colleferro si approvvigiona di acqua da tre pozzi situati a valle di un quartiere abitato; l'inquinamento di questo pozzo ha provocato recentemente la proibizione di usarne l'acqua per alcuni giorni.

Inefficienti i servizi di medicina preventiva: non si sa di quali malattie soffrano gli abitanti e quali siano le cause di morte prevalenti. In ordine a ciò si segnala che sta per iniziare una ricerca epidemiologica del «Centro di ricerca sperimentale e informazione per la salute» recentemente costituitosi a Roma per iniziativa di quadri operai, ricercatori e operatori nel campo delle salute che prende l'avvio da una segnalata incidenza, superiore alla

media nazionale, di tumori all'intestino e ai polmoni nella zona di Colleferro e dintorni per un raggio di 15 Km circa. La medicina scolastica è svolta da medici consulenti. La medicina del lavoro è affidata ai medici di fabbrica alle dirette dipendenze delle aziende. Le visite periodiche sono spesso insufficienti a evidenziare le malattie, come nel caso in cui si fa praticare la schermografia per ricercare la silicosi. A quanto di specifico denunciato si aggiungono le usuali carenze della medicina curativa, ambulatoriale ed ospedaliera.

In un quadro politico generale caratterizzato dall'attacco padronale all'occupazione e ai livelli di vita, da ristrutturazioni selvagge all'interno della fabbrica (recentemente la Snia ha speso 10 milioni nel settore di impiego di esteri fosforici, ma resta da verificare se tale investimento garantisce l'eliminazione dei rischi), dal ricorso eccessivo agli appalti, appare indispensabile il collegamento orizzontale tra le diverse situazioni operaie; significativo, quindi l'intervento, maturato dopo prolungate discussioni che hanno occupato un'intera giornata, di membri del Consiglio di fabbrica della Snia all'assemblea romana di Medicina Democratica il 29 febbraio e l'impegno dichiarato pubblicamente di proseguire l'azione intrapresa: così il 22 marzo, alla Camera del Lavoro di Colleferro si andrà alla prima riunione preparatoria di assemblee di gruppo omogeneo.

**Il Convegno costitutivo
di Medicina Democratica
si terrà il
15-16 maggio 1976
a BOLOGNA
nel Palazzo del Podestà**

UN CONTRIBUTO SULLA QUESTIONE DELLA DROGA

Documento elaborato da Medicina Democratica di Pavia su relazione della Commissione Psichiatria - marzo '76

Fino agli anni '60 il problema delle tossicomanie era di scarsa rilevanza sociale. Più che altro in Italia si avevano sporadici casi personali di soggetti (per lo più appartenenti a categorie sociali elevate) dediti alla tossicomania, tipico esempio i medici morfinomani.

Il fenomeno diviene di massa a partire dagli anni '60, soprattutto negli Usa. Vedere come ivi si è sviluppato il problema è emblematico per comprendere i meccanismi di diffusione nel mondo di questo fenomeno.

Il movimento di massa nato nelle Università, nei ghetti delle minoranze etniche, e in generale dagli strati emarginati dal benessere della «American Way of life» produsse una cultura che si contrapponeva ai valori dominanti (individualismo, competitività, supremazia della razza bianca, imperialismo). E' in questo periodo che si hanno le prime marce contro la guerra in Vietnam, la contestazione del «Movement» nelle Università, le ribellioni e i tentativi di ritrovare una individualità etnica da parte dei negri e delle altre minoranze.

All'interno di questo fenomeno rientra la diffusione dei derivati della canapa indiana e degli allucinogeni, prima naturali (peyote, psilocibina) e poi sintetici (Lsd). Da una parte ciò esprime il recupero di culture come la afroasiatica e la latino-americana e dall'altra il tentativo di ricreare valori antagonisti a quelli dominanti (non aggressività, comunicazione più profonda, non competitività, comunitarismo).

Contemporaneamente avviene da parte del potere un rilancio dell'eroina che negli Usa, dalla prima guerra mondiale in poi, aveva attecchito fra i reduci della guerra di Corea e nei ghetti negri più emarginati (Cfr. «Autobiografia di Malcom X»).

Gli Usa, attraverso il controllo politico-militare dei paesi orientali coltivatori di oppio, rilanciarono la diffusione delle droghe pesanti, prima fra gli stessi combattenti in Vietnam, per annullare le contraddizioni esplosive che costoro vivevano, coscienti dell'assurdità della guerra imperialista. Le decine di migliaia di reduci furono le prime vittime, insieme ai negri, e i primi diffusori di un fenomeno che lo Stato cercò di far penetrare anche fra gli strati che internamente erano fattore di tensione sociale e politica. Il modo collaudato, che verrà riapplicato anche nel nostro paese, è giocare: 1°) sulle leggi di mercato (lancio a prezzi stracciati e poi via via crescenti dell'«Ero», repressione del mercato autonomo delle droghe leggere), 2°) sulla repressione poliziesca (pene eccessive per consumatori di cannabis e simili, protezione e incentivazione degli spacciatori di eroina).

Il fenomeno in Italia si sviluppa attorno alla fine degli anni

'60 limitatamente ai derivati della cannabis (Marijuana e hashish). Il mercato si sviluppa lentamente e in maniera disorganizzata attraverso coloro che tornano dai paesi produttori portando modici quantitativi e con una distribuzione molto dispersa. Gli echi della cultura «underground» americana e spunti culturali nati da alcuni contenuti innovatori del '68 sono il substrato che permette un attecchimento di questo fenomeno.

L'eroina è completamente estranea a questa situazione e non esiste una domanda. La campagna scandalistica impostata dai mezzi di comunicazione, orchestrata dall'apparato di potere, la caccia al drogato che si identifica con la caccia al giovane, al capellone, all'extraparlamentare, oltre a provocare una psicosi di massa su questo tema, prepara la diffusione dell'eroina e delle droghe pesanti, da un lato creando confusione totale, anche scientifica, dall'altro creando il mito del paradiso artificiale e proibito. Gli unici consumatori di eroina in questo periodo sono i giovani fascisti più legati alle varie mistiche nietschiane ed evoliane, i giovani di S. Babila e dei Parioli che diventeranno i futuri spacciatori e divulgatori della droga.

Due fattori hanno concorso a mutare il quadro della situazione negli ultimi due anni. Il primo elemento che permette un attecchimento delle droghe pesanti è dovuto all'accentuarsi della crisi economica, che implica aumento della disoccupazione e della sottoccupazione, sempre emarginazione degli strati non produttivi.

Con la crisi economica si accentua la crisi dei valori borghesi; contemporaneamente viene a cadere l'illusione conseguente al '68 di un rinnovamento radicale delle condizioni di vita: un'intera generazione viene investita dalle conseguenze sia sul piano economico che su quello della sicurezza esistenziale.

In secondo luogo la presa a carico direttamente dai gruppi mafiosi e legati ai centri di potere politico del mercato dell'eroina. Questo avviene in quanto l'eroina permette profitti immensamente maggiori: il mercato nasce centralmente, senza concorrenza, inoltre la droga provocando assuefazione diviene indispensabile al tossicomane che è spinto ad allargare il mercato, diventando frequentemente piccolo spacciatore per procurarsi le ingenti somme necessarie (circa 10.000 lire una dose media). Per favorire questo mercato è stata orchestrata una campagna pubblicitaria tipo «offerta speciale», circa un anno fa, in cui l'eroina veniva offerta a prezzi irrisori (1.500-2.000 lire la dose); nel frattempo si accentuava la già pesante repressione dell'uso, spaccio e importazione dei derivati della canapa indiana.

Perché l'eroina? L'eroina trasforma le contraddizioni sociali in drammi individuali, smorza la carica di ribellione trasformandola in passività e apatia, diventa pertanto uno strumento perfetto di controllo sociale. Un altro meccanismo che si innesta in questo processo è la criminalizzazione di questi bisogni, che è un altro alibi per alimentare una campagna il cui significato repressivo valica i limiti di una «lotta alla droga».

Fino all'introduzione della recente legge non esistevano strumenti legislativi riguardo le tossicomanie, ma veniva usato il codice Rocco, che contemplando articoli specifici lasciava largo campo ad ogni abuso in base ad un'applica-

zione esclusivamente repressiva. Ancora più repressivo avrebbe voluto essere il progetto di legge Gonella del 1974 del «fermo di droga»; la sua funzione era inserire degli articoli specifici che si mantenevano nella linea logica del codice fascista.

Il passaggio da questa fase ad un atteggiamento diverso degli organi di stato, cioè non più puramente repressivi, ma più ambiguo, postulato dalla nuova situazione politica conseguente al 15 giugno è motivato dalla necessità di aprire la gestione del problema alle forze politiche, non solo governative, che trovano la loro espressione nel mosaico ampiamente rappresentativo degli Enti Locali, là dove queste forze per i precedenti rapporti politici non avevano avuto voce in capitolo nei tempi in cui il problema anziché combattuto veniva generato.

alcune considerazioni sull'uso e sugli effetti dell'eroina e della canapa indiana

EROINA. A proposito dell'eroina, e più in generale del «buco» (somministrazione endovena di droga pesante), praticato anche con altri prodotti, è per lo meno possibile azzardare una sintesi sugli effetti sperimentati soggettivamente da chi ne fa uso voluttuario: un senso di benessere immediato, statico, autosufficiente, con eliminazione di angoscia, tensioni, ansia, frustrazioni, problemi, pur con ampie e importanti variazioni individuali. Dal minimo di esperienza che abbiamo, possiamo dire che in genere chi ne fa uso, almeno nell'ambiente studentesco, si rende lucidamente conto che bucando in realtà non affronta i suoi problemi, ma ha già deciso più o meno l'impossibilità di risolverli in altri termini.

Se, però, è vero che l'offerta preme e supera la domanda, conquistandosi strati anche relativamente ampi di giovani, possiamo avanzare l'ipotesi che queste persone, genericamente insoddisfatte, non inizino affatto ad usare eroina in piena coscienza, ma la consumino appunto indotti dalla forte pressione del mercato, anche a causa della disinformazione, venendo poi coinvolti in un uso stabile che comporta il costituirsi di un circolo vizioso verso l'emarginazione. Questo è importante per approfondire il problema della terapia: a) quasi impossibile a livello dell'eroinomane tradizionale; b) da ridiscutere di fronte a questo nuovo tipo di consumatore.

Tutti ammettono per l'eroina una tolleranza alta, l'instaurarsi di una dipendenza fisica precoce con gravi sindromi d'astinenza; idem per la dipendenza psicologica; cosicché il rischio di tossicomania (definito come il rischio di un coinvolgimento globale del consumatore rispetto all'uso della sostanza) è alto. L'uso cronico porta in tempo variabile al deterioramento delle condizioni fisiche generali; frequente l'insorgenza di epatite virale per l'uso di siringhe infette; il superdosaggio o l'aggiunta di sostanze tossiche come la stricnina (usata per aumentare la quantità del prodotto, e quindi il profitto) sono spesso causa di morte.

CANAPA INDIANA Gli effetti rilevabili per chi fa uso di canapa indiana (generalmente si fuma) sono talmente modesti, labili e controversi che nel giudizio su di essa è fondamentale l'atteggiamento di partenza in cui ci si pone, contrariamente a quanto succede nel caso di altre sostanze, in particolare dell'ero. Parlare degli effetti soggettivi della canapa indiana, alle dosi usuali, significa più che altro raccogliere una serie di esperienze individuali diverse, che inoltre sono influenzate dalla dinamica psicologica del gruppo nel momento in cui si fuma; niente affatto rara la sensazione soggettiva di non percepire assolutamente nulla di particolare. La canapa non aggiunge niente di più di quello

che ha in se stessa, mentre in genere evidenzia e amplifica il tempo che si sta vivendo in quel momento e le sensazioni percepite. L'effetto è di breve durata. Se si usano dosi molto forti, si possono sperimentare allucinazioni, stati di panico e di paura della morte.

Tossicità: la dose letale è enorme, data anche la via di somministrazione e la bassa concentrazione del principio attivo (The) che si ritrova anche nelle preparazioni migliori; è possibile teoricamente, in realtà quasi impraticabile, l'uso a scopo suicida.

Tolleranza: secondo alcuni, sarebbe di tipo diverso, rispetto all'effetto euforizzante, cioè i consumatori abituali sarebbero più sensibili degli altri; esiste tolleranza rispetto all'abilità ad eseguire determinati compiti standard, dato che l'abilità è lievemente diminuita rispetto alla norma dei neofumatori, uguale alla norma dei consumatori abituali. C'è chi riferisce al contrario l'insorgere di tolleranza diretta rispetto agli effetti principali; c'è chi la nega rispetto a tutti gli effetti.

Dipendenza fisica: è esclusa da tutti gli autori. **Dipendenza psicologica:** paragonabile a quella delle sigarette di tabacco. **Rischi di tossicomania:** rarissima l'insorgenza di tossicomania da cannabis. È importante notare che l'uso cronico della cannabis, contrariamente a quello che si verifica per gli alcoolici, non dà lesioni epatiche, cerebrali, cardiocircolatorie, né causa deperimento organico, in quanto, contrariamente al vino, stimola l'appetito anche se nei paesi dove è in uso a livello di massa, esistono casi di ricovero in ospedale psichiatrico per uso massiccio e prolungato (da notare che sembra accertato che un metabolita dell'alcool, legandosi ad un mediatore chimico, la serotonina, agisce a livello degli stessi recettori della morfina).

L'uso di canapa indiana aumenta il rischio di diventare consumatori di eroina? Tutte le statistiche che sembrano avvalorare questa tesi si fondano sul riscontro che in un campione di eroinomani, molti di questi hanno fatto uso di canapa prima di passare all'ero. Nell'interpretare questi dati teniamo presente che nel passato di un eroinomane si riscontrano diverse esperienze, alcune estremamente drammatiche e scegliere tra queste e quella del fumo e considerarla come causa determinante è arbitrario e mistificante. Una ricerca corretta dovrebbe scegliere un campione adeguato di fumatori di canapa e verificare in che percentuale diventano eroinomani.

È vero che oggi dato che il consumo di canapa che di ero sono soggetti ad uno stesso mercato clandestino, chi fuma canapa è etichettato come «drogato» e ghetizzato esattamente come chi usa ero; inoltre è costretto a frequentare e a inserirsi nell'ambiente dello spaccio che propone continuamente l'eroina, dati i maggiori profitti. È quindi presumibile che le occasioni di aggancio aumentino, però per ragioni che con gli effetti della canapa in sé hanno poco a che fare. Nell'ambito di questo discorso, importanti sono le condizioni psicologiche e socio-economiche di partenza: chi fa parte di un ambiente socialmente disgregato ed economicamente svantaggiato è sottoposto a questo rischio (contraddizioni più drammatiche = aspettative maggiori nei confronti della canapa = clamorose delusioni = ricorso all'eroina) anche perché spesso diventa piccolo spacciatore.

Sintomatico il dato recente di una maggior frequenza di aggancio all'ero senza aver mai consumato in precedenza altre sostanze stupefacenti, rilevato nell'interland milanese.

la legge

La legge 22 dicembre 1975 della disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope al suo titolo 1°, articolo 1° pre-

vede tra l'altro che «La prevenzione cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope sono sottoposte alle direttive, indirizzo e coordinamento del Ministero della Sanità». L'art. 7 del medesimo titolo stabilisce però che «il Ministro per l'Interno costituisce con suo decreto un ufficio di direzione e coordinamento dell'attività di polizia volta alla prevenzione ed alla repressione del traffico illecito delle sostanze stupefacenti o psicotrope».

Questa frattura tra prevenzione e cura dall'uso e prevenzione e repressione del commercio è criterio costante e fondamentale di questa legge, ma, in larghissima misura, non corrisponde alla realtà di fatto per cui il tossicomane per il fatto stesso di aver dimestichezza con gli ambienti dello spaccio e per evidenti ragioni economiche è esso stesso generalmente un piccolo spacciatore.

Il titolo secondo sarebbe dedicato alle autorizzazioni, ma è stato già aggirato con un decreto ministeriale firmato giusto prima della mezzanotte del giorno in cui veniva pubblicata la nuova legge sugli stupefacenti: il ministro Gullotti ha sottratto al rigoroso controllo previsto dalla legge le case farmaceutiche italiane per un totale di 5 tonnellate di droga pesante: morfina e derivati (vedi «La Repubblica del 18 gennaio 76, pag. 4).

Il terzo titolo contiene disposizioni relative alla coltivazione, ecc. Sorprende al titolo quarto (disposizioni relative alla distribuzione) il quarto comma dell'art. 38 che vieta la fornitura a medici veterinari di campioni delle sostanze stupefacenti o psicotrope maggiori ma permette quella di «sostanze di corrente impiego terapeutico per le quali sono stati accertati concreti pericoli di induzione di dipendenza fisica o psichica di intensità e gravità minori» di quelle suddette come pure di «prodotti ad azione ansiolitica, antidepressiva o psicostimolante che possono dar luogo al pericolo di abuso e alla possibilità di farmacodipendenza». Non solo, ma, per quanto concerne molti di questi ultimi, le farmacie non sono neppure tenute ad iscriverli nell'apposito registro di entrata e di uscita per loro previsto dall'art. 62 del 6° titolo (della documentazione e custodia).

Viene così permessa una loro circolazione incontrollata di cui la tossicologia ha già messo in luce i pericoli per quanto riguarda le tossicodipendenze vere e proprie (miscugli di benzodiazepine, aspirina e alcolici per es.) e che comunque lascia nell'ombra quell'enorme mercato di farmaci ansiolitici antidepressivi che è per se stesso fenomeno di tossicodipendenza di massa, legale, favorito potentemente dall'indirizzo non preventivo e spesso nemmeno terapeutico, ma sintomatico della medicina in Italia e su cui comunque l'industria farmaceutica ha già dato recentemente prova di saper speculare (vedi caso Amilit).

In appendice alla legge sono, inoltre, state compilate delle tabelle elencanti per vario grado di tossicità le sostanze e le specialità farmaceutiche: non sono noti i criteri con cui ogni specialità è stata assegnata ad un gruppo; secondo alcuni clinici queste tabelle sono «un tentativo scandaloso di rendere inefficiente il dispositivo di legge», come nel caso della pentazocina ed altre anfetamine a cui è stato concesso di non rientrare nella tabella 1, cioè quella degli stupefacenti più pericolosi. In effetti la suddivisione tra tabelle (specialmente tra la 3 e la 5) sembra fatta più in base alla provenienza industriale che alla reale tossicità del prodotto.

È però il titolo ottavo (della repressione delle attività illecite) che più ci interessa. L'art. 71 prescrive che «chiunque senza autorizzazione produce, fabbrica, estrae, offre, pone in vendita, distribuisce, acquista, cede o riceve a qualsiasi titolo, procura ad altri, trasporta, importa, esporta, passa

in transito o illecitamente detiene fuori dall'ipotesi previste dagli artt. 72-80 sostanze stupefacenti e psicotrope di cui alle tabelle 1a (grossolanamente: oppio, morfina e succ., cocaina, anfetamine, allucinogeni vari, tetraidrocannabinoli) e 3a (barbiturici) previsti dall'art. 12 è punito con la reclusione da 4 a 15 anni e con la multa da 3 a 100 milioni di lire (omissis) se taluno dei fatti previsti dai precedenti commi riguarda sostanze classificate nelle tabelle 2ª (cannabis indica e succ.) e 4ª di cui all'art. 12 si applicano la reclusione da 2 a 6 anni e la multa da 2 a 50 milioni.

Si impongono qui due considerazioni.

La prima è che le droghe leggere, comunque le si considerino, non presentano per se stesse pericoli maggiori dell'alcool etilico.

La seconda, corollario della prima, è che se il loro traffico viene punito cioè viene giustificato o con un falso in campo tossicologico (che cioè le droghe leggere siano pericolose quanto le pesanti) o con la considerazione che gli spacciatori di eroina e consimili se ne servono per creare un mercato sul quale fare poi attecchire i secondi e ben più redditizi prodotti, dopo aver fatto sparire dalla circolazione l'erba e i suoi succedanei.

Questa ultima considerazione è quella più condivisa e per certa parte vera: ma il problema non si risolve con il proibizionismo di un prodotto che di fatto non è più pericoloso di altri non solo liberamente commerciati ma addirittura reclamizzati dai grandi mass media, né coinvolgendo nella stessa condanna il proselitismo a due tempi degli spacciatori di droghe pesanti ed il commercio «autogestito» da alcuni gruppi di giovani in base ad una «ideologia dell'erba» senz'altro discutibile, ma non nei termini di repressione borbonica previsti dalla legge.

L'art. 72 precisa: «chiunque fuori dell'ipotesi dell'art. 80 senza autorizzazione o comunque illecitamente detiene (omissis) o cede a qualsiasi titolo anche gratuito modiche quantità di sostanze classificate nelle tabelle 1a e 3a previste dall'art. 12 per uso personale e non terapeutico di terzi» rischia due-sei anni di reclusione e 100.000 - 2 milioni di multa, uno-quattro anni e 100.000-6 milioni se le sostanze appartengono alle tabelle 2a e 4a.

Il problema se sia da punirsi il tossicomane che nel contempo eserciti pure il piccolo spaccio viene risolto dichiarando che è meno punibile lo spacciatore di modiche quantità di tossico. Questo è uno degli articoli che più contribuiscono a vanificare il millantato contenuto liberalizzatore nei confronti del tossicomane e della sua necessità d'essere considerato in tutta altra luce.

L'art. 73 punisce chiunque consente che un locale pubblico, un circolo privato ovvero «un immobile, un ambiente o un veicolo a ciò idoneo» e di cui abbia la disponibilità venga adibito a luogo di convegno di persone che vi si dedicano alla droga. Anche qui si colpiscono allo stesso modo coloro che, per lucro o altro, agevolano uso di stupefacenti o psicotropi come per esempio un gruppo di tossicomani che si ritrovano in un dato ambiente di cui abbiano loro stessi disponibilità.

Tra l'altro è assiomatico che certi rituali collettivi che implicano un certo grado di socializzazione, quindi una buona maturità personale, e sono perciò più caratteristici del mondo culturale delle droghe leggere, vengano consumati, a differenza delle droghe pesanti, in luoghi di incontro comune come su descritti. Sia ben chiaro che nessuno è chiamato ad approvarli ma è grottesco che per questa loro consuetudine i giovani tossicomani perdono il diritto di essere considerati come tali per divenire invece comune delinquenti.

Incalza l'art. 75 «quando tre o più persone si associno allo scopo di commettere più delitti tra quelli previsti dagli artt. 71, 72, 73 coloro che promuovono, costituiscono, organizzano o finanziano l'associazione sono puniti per ciò solo, con la reclusione non inferiore a quindici anni e con la multa

da lire 50-100 milioni.

Per il solo fatto di partecipare all'associazione la pena è la reclusione da tre-quindici anni e la multa da 10-50 milioni. Caduta ogni differenziazione il grande corriere internazionale della droga non corre, ammesso che li abbia mai corsi, più pericoli del giovane fumatore di marijuana che si consorzia con amici, fumatori anch'essi ben inteso, per procurarsi con più costanza e minor costo l'erba. «La pena è aumentata se il numero degli associati è di 10 o più persone o se tra i partecipanti vi sono persone dedite all'uso di stupefacenti o psicotropi».

Se si voleva punire il ricatto con cui i trafficanti coinvolgono nel traffico i tossicomani perchè non farlo in maniera più esplicita? Questo comma dell'art. permette di infierire di più proprio su quelle organizzazioni «autogestite» che in genere trattano droghe più leggere e comunque poco hanno a che fare col grande traffico internazionale delle droghe pesanti che dovrebbe essere principale obiettivo della legge.

Si vede come la sospensione di giudizio per «chi illecitamente acquista o comunque detiene sostanze stupefacenti o psicotrope allo scopo di farne uso personale terapeutico» e comunque «purchè la quantità delle sostanze non ecceda in modo apprezzabile la necessità della cura in relazione alle particolari condizioni del soggetto» e la medesima sospensione per «chi illecitamente acquista o comunque detiene modiche quantità delle sostanze innanzi indicate per farne uso personale non terapeutico» (art. 80) sono ridotte al caso, più teorico che reale, di uno che si droga, senza aver mai fatto nulla per entrare attivamente nel «giro» che fornisce il prodotto, senza coinvolgere amici o luoghi di sua proprietà.

Tra l'altro «per i delitti previsti dagli articoli 71, 73, 75 e 76 2° e 3° comma è obbligatorio il mandato di cattura» (art. 83) in compenso «chiunque si trovi in stato di custodia preventiva o di espiazione di pena e sia ritenuto dall'autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria a scopo di riabilitazione. A tal fine il Ministro per la Grazia e Giustizia organizza con suo decreto, su basi territoriali, reparti carcerari opportunamente attrezzati» (art. 84).

È presumibile in base alla legge che quest'ultimi vengano a rivestire un ruolo di primo piano nella «moderna» assistenza italiana al problema delle tossicomanie. Per le regioni che amino perseverare nella creazione di ghetti in cui confinare la «devianza» segnalò l'ultimo comma dello stesso art. 90: «l'istituzione del comitato regionale e dei centri può essere inquadrata in organi di prevenzione e di **INTERVENTO CURATIVO**, riabilitativo e di assistenza sociale aventi finalità più ampie e ricomprendenti la prevenzione e la cura dell'alcolismo, l'educazione sanitaria e sociale contro altre intossicazioni voluttuarie e gli strumenti per prevenire le forme di devianza che richiedono analoghi modi di intervento».

Più direttamente ai medici interessano i titoli X (per centri medici e assistenza iniziale) e XI (interventi preventivi curativi e riabilitativi).

L'art. 90 istituisce insieme un comitato regionale per la prevenzione delle tossico dipendenze, che coadiuva e controlla gli altri enti regionali, provinciali e comunali, nonché raccoglie i dati statistici, e uno o più centri medici e di assistenza sociale con funzioni di consulenza specialistica, di intervento e controllo sui presidi sanitari, di attuazione di «ogni opportuna iniziativa idonea al recupero sociale degli assistiti».

Ma soprattutto (art. 95) i centri sono depositari delle schede sanitarie che obbligatoriamente il medico che ha in terapia un tossicomane deve ad esso inoltrare.

È vero che «coloro che hanno chiesto l'anonimato hanno diritto a che la loro scheda sanitaria non contenga le generalità ed ogni dato che valga alla loro identificazione» (art.

95 ultimo comma) ma è inevitabile che anche qui l'istanza di controllo sociale, come vedremo a scopo repressivo, che fa da contrappunto ad ogni momento «liberale», o preteso tale dalla legge, emerga; ed infatti l'art. 96 sancisce che «ove la persona non si sottoponga a cura volontaria o l'interrompa, l'esercente la professione medica ha l'obbligo di farne immediata segnalazione al più vicino dei centri previsti dall'art. 90 allegando la scheda sanitaria di cui al precedente art. «Il centro accerta che la persona si sottopone o meno al trattamento e di nuovo» in caso di rifiuto «il centro deve segnalare il fatto al pretore ai soli fini degli artt. 99 e 100» (che presto esamineremo).

Uguale segnalazione deve essere effettuata quando l'interessato interrompe volontariamente le cure mediche o il trattamento sociale di cui ha ancora bisogno qualora l'interruzione pregiudichi le cure in corso» (art. 97).

Il medico si fa dunque poliziotto.

Una legge così attenta a non sbilanciarsi mai fra le due figure emblematiche del problema, il medico e il poliziotto non può costringere il primo ad invadere il campo del questurino senza che questi gli renda il favore così, e significativamente, lo stesso art. 96 al suo quarto comma stabilisce che «gli ufficiali e gli agenti di polizia giudiziaria hanno...l'obbligo di accompagnare al presidio sanitario più vicino chiunque sia colto in stato di **intossicazione acuta derivante dal presumibile uso di sostanze stupefacenti o psicotrope**». Ciò si accompagna, non è il caso di dirlo all'immediata «segnalazione al più vicino dei centri di cui all'art. 90 e al pretore». Costui accertata con l'ausilio di un perito (un medico legale) la sussistenza di una delle cause di non punibilità, da una parte dichiara di non doversi procedere (art. 98 comma terzo) dall'altra «sentito l'interessato e assunte, se necessario, le opportune informazioni, qualora ne accerti la necessità e l'urgenza adotta con decreto motivato, i provvedimenti indicati nell'art. 100 e in ogni caso trasmette immediatamente gli atti al tribunale competente» (art. 99).

L'art. 100 ci informa al suo terzo comma che «l'autorità giudiziaria premessi gli opportuni accertamenti e sentito in ogni caso l'interessato e il competente centro medico e di assistenza sociale qualora ravvisi la necessità del trattamento medico ed assistenziale dispone con suo decreto il ricovero ospedaliero, con esclusione degli ospedali psichiatrici, se assolutamente necessario o le opportune cure ambulatoriali o domiciliari».

Il momento della massima solennità è anche quello della massima confusione: anche se in modo eccessivamente ristretto la legge si prefigge di rinunciare a perseguire il tossicomane in quanto tale, rinuncia a comminargli pene ma non sa rinunciare a comminargli qualcosa che sancisca che il drogato è pur sempre «speciale» dal punto di vista legale e gli prescrive perciò, per legge, la salute.

Se a ciò il tossicomane non si assoggetta ambulatoriamente, egli verrà segregato non più in un istituto di pena bensì in un istituto di salute». Disposto il trattamento medico ambulatoriale se l'interessato interrompe le cure e rifiuta di riprenderle, l'autorità giudiziaria, può disporre il ricovero in un idoneo istituto ospedaliero, con esclusione degli ospedali psichiatrici» (art. 100, quinto comma). Se i decreti divengono oggetto di reclamo (nel giro di 30 giorni) la esecuzione può essere sospesa dal giudice competente al quale viene però concesso (art. 101) di prendere non meglio precisati e perciò tanto più minacciosi «provvedimenti temporanei che si rendano necessari».

Smascherare l'ipocrisia della legge, denunciare il ruolo poliziesco a cui medici e strutture ad essi affidate vengono costretti, far luce sulle matrici politiche tanto del fenomeno droga quanto di una tale inadeguata e spesso mistificante risposta legislativa è dovere che investe tutti gli operatori democratici nel campo della salute.

ASSISTENZA: LA LOTTA CONTRO L'EMARGINAZIONE PASSA ATTRAVERSO L'UNITA' DEI LAVORATORI DEI SERVIZI E DEGLI ASSISTITI

**intervento del Consiglio dei Delegati della
Scuola Speciale G. Negri del Comune di
Milano - 20 dicembre '75**

Il consiglio dei delegati della scuola speciale per bambini spastici G. Negri del Comune di Milano ritiene, con questo intervento, di portare il proprio contributo di esperienze alle lotte sulla salute che la classe operaia e le masse popolari stanno conducendo in questa fase di duro scontro con il governo e i padroni. La scuola Negri è la scuola speciale del Comune di Milano per bambini motulesi (spastici, miodistrofici, ecc.); di fatto, grazie alle scelte dei lavoratori, da alcuni anni ospita bambini con handicaps multipli e gravissimi finalizzando il suo impegno soprattutto all'inserimento dei bambini nelle scuole normali per poi seguirli in quelle strutture fino alla totale integrazione. Oggi i bambini inseriti, esterni, e seguiti dalla scuola sono una cinquantina mentre quelli che ancora la frequentano sono oltre 150.

Le conseguenze dell'attacco padronale e governativo ai livelli di vita della classe operaia si vedono anche all'interno di una struttura emarginante - ma anche emarginata - come la scuola speciale dove noi lavoriamo e che è una delle tante istituzioni assistenziali. Queste conseguenze sono di due tipi:

1) per i lavoratori aumento dei carichi di lavoro giustificati dal fatto che «manca il personale», mentre chiunque oggi sa come il padronato faccia di tutto perchè i disoccupati siano sempre di più.

2) sui bambini handicappati assistiti che non solo vivono condizioni di emarginazione gravissime nonostante l'impegno dei lavoratori ma che, sempre di più, per l'insoddisfazione dei bisogni più elementari delle loro famiglie (un lavoro sicuro, una casa, un'assistenza e dei servizi adeguati) tendono ad essere emarginati in situazioni ancora peggiori della scuola Negri, quali i manicomi e gli istituti assistenziali, per lo più religiosi, di cui quello della Pagliuca è un esempio e non certo il peggiore.

Il discorso sul significato dei manicomi e degli istituti pubblici e privati potrà essere approfondito, speriamo, dai lavoratori che vi operano. Noi, per conto nostro, possiamo affermare che, tutte le volte che abbiamo potuto avere incontri con questi lavoratori, abbiamo riscontrato livelli di sfruttamento bestiali sia sui lavoratori che sui bambini, mentre l'esistenza degli istituti è finalizzata esclusivamente al mantenimento delle clientele della Dc e di grossissimi interessi economici del Vaticano.

In questo senso condividiamo le proposte di leggi popolari per l'abolizione degli istituti assistenziali e riteniamo che debba comprendere istituti privati e religiosi nel nome di una pubblicizzazione che parta da un progressivo coinvolgimento, sul problema, della classe operaia e quindi sia basata sul suo controllo diretto, nonchè sul coinvolgimento dei lavoratori degli istituti stessi e degli utenti.

Per quanto riguarda la scuola Negri siamo partiti due anni

fa con dure lotte finalizzate ad un miglioramento delle condizioni di lavoro come mezzo indispensabile per un miglioramento delle condizioni del servizio per i bambini. Questo ha portato alla costituzione di una struttura sindacale di base, il CdD, che vedeva rappresentati tutti i lavoratori dipendenti comunali (circa 150 fra bidelli, fisioterapisti, tecnici, sanitari, ecc.) mentre vedeva l'autoesclusione delle insegnanti statali della scuola (40 circa) arroccate in difesa di vecchi privilegi (doppi stipendi, orari «elastici», modesti carichi di lavoro).

Le lotte furono attuate con l'unità, molto importante, con i genitori dei bambini e portarono ad una progressiva presa di coscienza da parte di tutti (lavoratori, genitori ed anche alcune insegnanti) della situazione di emarginazione vissuta dai bambini della scuola e della conseguente necessità di finalizzare l'intervento educativo, didattico, riabilitativo ad un rapido inserimento dei bambini nelle strutture normali. A questo punto il limite più grosso delle lotte fu l'isolamento in cui i sindacati e l'Amministrazione Comunale riuscirono a mantenerle fino al 15 giugno.

Il 15 giugno ha rappresentato nella scuola un momento molto importante: si pensò che fosse venuta finalmente l'ora di trasformare questa struttura da emarginante in un reale servizio sociale per i lavoratori, per le masse popolari del quartiere e per l'inserimento dei bambini con handicap anche gravissimi nelle strutture normali.

È presto per esprimere giudizi definitivi sulla nuova situazione, ma ancora una volta i lavoratori hanno verificato che delegare, anche se all'amministrazione rossa, la soluzione dei loro problemi e di quelli dei bambini era stato un errore: infatti, mentre da una parte l'Ente Locale, nel nome di problemi molto più gravi in altri settori, continuava e continua a trascurare le proposte dei lavoratori della scuola, dall'altra quei lavoratori (la minoranza dei lavoratori di base, ma la maggioranza delle insegnanti), che dall'esistenza di una scuola così come è traggono piccoli e grandi privilegi, hanno intrapreso una lotta ad oltranza per impedire ogni sostanziale cambiamento della scuola. Inoltre una serie di tecnici sanitari e didattici, che pure erano stati con i lavoratori di base della scuola nelle lotte, in questa fase tendono a privilegiare un falso efficientismo che, a fianco di nessun miglioramento delle condizioni di emarginazione dei bambini, comporta un ulteriore aumento dei carichi di lavoro.

Obiettivamente si sono realizzate conquiste a livello di crescita di coscienza sul problema dell'emarginazione nella società capitalistica, del lavoro nel settore dei servizi, della qualificazione del lavoro nella scuola e fuori, mentre quello che è mancato e manca tutt'ora è il passaggio ad una fase in cui si eserciti realmente il controllo dei lavoratori sul servizio.

Su questo punto non mancano le responsabilità anche della classe operaia, nonchè la scarsa sensibilità dei Consigli Unitari di Zona e della stessa nuova Amministrazione Comunale, che tende a privilegiare i rapporti con i tecnici sanitari e didattici, ormai universalmente individuati dai lavoratori come reazionari e noti crumiri diventati di «sinistra» all'ultima ora, anzichè rivolgersi a quelle strutture di base

dei lavoratori, di cui il CdD della scuola Negri è solo un esempio.

La lettura della mozione per la costituzione di «Medicina Democratica-Movimento di Lotta per la Salute» è stata in questo senso estremamente importante, in quanto non solo sentivamo l'esigenza di un movimento di questo genere, ma anche perché tutta una serie di contenuti che la mozione esprime ci sembrano validissimi e riportabili anche in strutture assistenziali come la nostra.

Soprattutto il discorso della non delega è molto importante

non solo per i lavoratori, ma anche per i genitori dei bambini, che dopotutto sono sempre altri lavoratori, ma che, per il fatto di avere la sventura di avere un bambino handicappato, in questa società sono costretti a delegare costantemente, a supplicare per ottenere, a vendersi ideologicamente a preti e padroni pur di ottenere almeno una speranza, a fare milioni di debiti per pagare medici ciarlatani che promettono guarigioni impossibili e per i quali al più presto sarà indispensabile realizzare la sacrosanta giustizia operaia, con le modalità e nelle forme che la classe operaia nelle sue lotte storicamente si è data.

PER LA DIFESA DELLA SALUTE DEI MILITARI DI LEVA

intervento di un compagno in divisa al Convegno di Medicina Democratica di Roma - 28 febbraio '76

La salute non è «l'assenza di malattie diagnosticabili» ma è il «mantenimento del benessere psico-fisico dell'individuo». Questa affermazione apparentemente scontata è la conquista di anni di lotta di massa del movimento operaio e dei lavoratori, contro la forza politica dei padroni e la loro egemonia culturale.

Infatti, benchè oggi la malattia abbia spesso origine proprio dalle condizioni sociali di vita e di lavoro, la medicina borghese tenta soltanto di curare invece di prevenire, si limita per lo più a far tacere alcuni sintomi con l'uso spregiudicato di farmaci, e quando non vi riesce reprime, condanna, emargina, rinchioda.

Le condizioni di lavoro si fanno più pesanti: la crisi per gli operai significa più sfruttamento, situazioni di maggiore nocività, più incidenti sul lavoro. I quartieri e le borgate sono focolai di epidemie, con alloggi umidi e malsani, mentre la città, soffocata dal cemento, è priva dei servizi sociali fondamentali. Le donne, condannate al doppio lavoro esterno e di casalinghe, sia per la mancanza dei servizi sociali, sia per la violenza ideologica della medicina borghese e patriarcale nei loro confronti, sono costrette ad abortire clandestinamente, e spesso per questo anche a morire. I vecchi, gli handicappati, i malati di mente, gli invalidi, sono ridotti alla segregazione perché non «produttivi».

Gli ospedali sono sempre più insufficienti: pochi, dislocati male, peggio gestiti, centri di potere e di clientela: prolifera la speculazione privata sulla salute.

chi ha gestito l'assistenza sanitaria ed il paese fino ad oggi porta la responsabilità di tutto ciò

Partendo dalle generali lotte operaie si è sviluppato oggi nel paese un grande movimento di massa che si batte per affermare

il principio che la difesa della salute non può essere delegata a tecnici o burocrati, ma va assunta dalla popolazione mediante il controllo operaio e popolare sulle strutture sanitarie e rifiutando qualsiasi ruolo di controllo e repressione da parte degli operatori sanitari.

Come nella società anche nell'esercito si sono sviluppate in questi anni lotte per la difesa della salute, dapprima spontanee, isolate, poi sempre più coscienti ed organizzate. Tali lotte si inseriscono oggi nella battaglia contro la ristrutturazione e più in generale nel movimento che i soldati democratici conducono per la difesa dei propri diritti, contro lo sfruttamento in caserma e in tutta la società divisa in classi.

Nell'ottobre del 1975, a Casale Monferrato, muore per come diabetico una giovane recluta di ventanni, Clelio Ramadori. È inutile dire che Clelio poteva salvarsi con un semplice esame delle urine, l'hanno ammazzato lasciandolo morire come un cane. Lo ricordiamo e lo prendiamo come simbolo della nostra lotta contro l'ignobile apparato della sanità militare.

Suicidi, «incidenti» mortali, malattie uccidono ogni anno circa 180 soldati di leva, migliaia si ammalano seriamente, subiscono ferite, traumi di gravità rilevante e danni fisici e psichici che spesso lasceranno un segno per tutta la vita.

la condizione di vita del militare di leva

Le condizioni igienico ambientali, la struttura oppressiva delle Forze Armate, le «cosiddette» attività militari e la ristrutturazione sono le cause delle malattie dei soldati.

È facile dimostrare che tutto, durante il servizio militare, è un attentato continuo alla salute e spesso alla vita dei soldati.

Tutto, dal rancio ai servizi igienici, all'acqua potabile può diventare e diventa fonte di nocività.

Perfino quelli che dovrebbero essere dei servizi per i bisogni elementari e fisiologici dei militari, diventano a loro volta fattori morbigeni: latrine maleodoranti e infette, cassoni dell'acqua diventati vere culture biologiche di germi, magazzini alimentari infestati da topi e parassiti di ogni genere, docce spesso prive di acqua calda in cui oltre a non uscire puliti si può anche uscire infetti da micosi, ricambio di tutta la biancheria inefficiente, cucine e refettori dove uno strato di grasso e di lerciume ricopre ogni cosa. Sono solo alcuni esempi già noti e confermati di recente anche da lettere a giornali, testimonianze di soldati, infermieri e persino di ufficiali medici.

Naturalmente da queste condizioni ambientali derivano tutta una serie di affezioni: **malattie infettive, malattie della pelle, malattie gastro-enteriche e malattie da raffreddamento.** È purtroppo noto che i soldati non si ammalano soltanto di raffreddori e bronchiti: in questi ultimi anni si è avuto infatti uno sviluppo superiore alla norma della tubercolosi polmonare tra i soldati di leva, e frequenti sono attualmente anche i casi di pleurite ed epatite virale.

Accanto a questa patologia vi è quella derivante direttamente dalla struttura oppressiva dell'esercito che si caratterizza come **patologia da disadattamento.**

L'atteggiamento esplicito delle gerarchie è quello di opprimere i soldati per poterli piegare alla propria volontà. È questo l'unico modo che conoscono di fare il proprio lavoro, e se ne vantano.

L'esercito della borghesia, cane da guardia dei padroni, non ha bisogno di uomini come esseri pensanti, ma di strumenti, di automi che debbono poter essere utilizzati docilmente.

L'attacco all'equilibrio psico-fisico del militare si attua sin dal primo giorno, dal momento della partenza, quando viene sradicato dalla propria vita sociale per essere sbatutto in un ambiente diverso ed inospitale, la caserma; all'esterno della quale troverà una difficoltà enorme ad instaurare un rapporto che non sia commerciale con la popolazione civile.

All'arrivo viene numerato, catalogato, immatricolato, incasellato. Da allora la sua attività di essere pensante non è più richiesta, anzi è osteggiata, la sua giornata è già

programmata nei minimi dettagli, deve soltanto ubbidire, eseguire, mai domandare il perché. L'inutilità evidente di tutto ciò che deve fare diventa subito un peso. Durante i cosiddetti periodi di addestramento e di lavoro il militare deve stringere i denti, per cimentarsi con esercitazioni dure, servizi e guardie interminabili. In altri periodi invece prevale la noia. La giornata viene riempita di diversivi: adunate, file interminabili, ecc. Si è progressivamente spersonalizzato, senza rendersene conto, correndo qua e là inutilmente, con la paura di sbagliare, la tensione continua, l'umiliazione, i ricatti.

L'ideologia corporativa viene propagandata senza veli: l'individualismo, l'egoismo, la prepotenza, furbi contro fessi, nonni contro spine, il Nord contro il Sud, il miglior plotone, la compagnia più brava, l'Italiano, il Maschio.

Per imporre la disabitudine al lavoro intellettuale non sono previsti spazi per poter scrivere, leggere, riflettere: la sala scrittura e lettura, ad esempio, è aperta, quando lo è, trenta minuti ogni 2-3 giorni. In questo modo le uniche letture dei soldati sono Jacula, Maghella, i porno-giornalotti, le uniche discussioni animate sono quelle sul campionato di calcio e sugli organi sessuali femminili. Il culto del maschio viene coltivato per bilanciare la repressione sessuale.

In sostanza: regressione dell'età mentale come regressione culturale, politica, sociale, sentimentale, sessuale.

È facile comprendere, dunque, perché si sviluppino le malattie psico-somatiche, l'ansia, l'iperexcitabilità, perché proliferino l'alcoolismo e altre tossicomanie ed infine perché non infrequentemente si arrivi a vere e proprie alterazioni dell'equilibrio psichico di preoccupante gravità. Tristemente noti sono i casi di suicidio.

Sul giornale di Medicina Militare redatto dal Ministero della Difesa, in un articolo sul «Rapporto tra la selezione psichiatrica e la profilassi criminologica nelle Forze Armate», si legge che «...partendo dall'importanza fondamentale che per le Forze Armate riveste il problema dell'adattamento del contingente di leva all'attuale ambiente militare... è evidente che la nostra attenzione debba essere portata su alcuni gruppi sociali, che divengono sempre più numerosi per l'abnormità del loro comportamento e della loro condotta, e che inevitabilmente danno luogo ai tipici reati militari».

Vi è infine da considerare la nocività derivante direttamente dalle cosiddette attività militari e dipendente oggi dalla ristrutturazione delle Forze Armate che impone un aumento dei ritmi, dei tempi, dei carichi di lavoro e quindi dei rischi. È una patologia caratterizzata da **ferite semplici e contuse, distorsioni, fratture, ferite da arma da fuoco, ecc.** In questo ultimo periodo si è notato ovunque un aumento degli addestramenti e delle esercitazioni pericolose con evidente aumento dei rischi per la vita dei soldati ed un generale peggioramento delle condizioni di vita, con riduzione dei riposi, licenze, ecc. Questo stato di cose inoltre si ripercuote sulla salute dei militari per il defedamento generale che produce, fisico e psichico, l'abbassamento di tutte le difese organiche e quindi la predisposizione a tutte le patologie già descritte.

la struttura della sanità militare e il personale

Vediamo schematicamente quale è la situazione.

Gli ambulatori e le infermerie spesso inesistenti, sono noti per essere privi persino delle strutture di base, per non parlare poi delle attrezzature mediche e di pronto soccorso. La farmacopea militare è lodevole per la sua semplicità: le pillole bianche per i dolori, quelle grigie per la bronchite, la cascara come leggero lassativo, la penicillina a litri in barba agli studi sulle resistenze batteriche.

Per capire che cosa sia veramente un **Ospedale Militare**, al di là delle battute denigratorie che i sovversivi fanno circolare sulla sua inefficienza, bisogna sapere che il medico di guardia ha un compito preciso: capire se si tratta di un'urgenza vera o no e, nel primo caso, far ricoverare immediatamente il soldato in un ospedale civile. Dopo l'una del pomeriggio è inutile sperare di trovare chirurghi, anestesisti, laboratoristi, ecc.

L'ospedale militare, anche volendo, non potrebbe offrire che uno scarso servizio, mancando completamente gli operatori sanitari non medici: tecnici, portantini, infermieri. Queste mansioni vengono svolte da quelli che si chiamano, a seconda dei casi, collaboratori o imboscati: sono i soldati che si fanno ricoverare per evitare la vita di caserma. Sono loro che raccolgono le anamnesi, distribuiscono le medicine, «assistono» i malati.

L'unica terapia possibile è la cosiddetta Licenza di convalida, durante la quale il soldato si fa curare a proprie spese. È ovvio che l'ospedale militare è un luogo dove la divisione di classe raggiunge livelli addirittura razzisti: vi sono infatti i padiglioni per la truppa dove vengono ammassati i soldati, e quelli per gli ufficiali fatti di piccole stanze con tutti i comforts del caso. Al Celio si arriva perfino alla vergogna della chirurgia per soldati e la chirurgia per gli ufficiali.

Il personale sanitario è formato da pochi assistenti di sanità, che fanno un pseudo corso di poche settimane, assolutamente non qualificato, e si trovano poi ad avere delle gravi responsabilità. Si tratta di giovani presi a caso, avvocati, elettricisti, diplomati, operai...

I sottotenenti medici di complemento, neolaureati inesperti, provenienti da facoltà che non insegnano nulla, fanno un corso ideologico di medicina legale di due mesi a Firenze. Sono loro quelli che, bene o male, portano avanti tutta la struttura sanitaria. Infatti, su 1800 posti necessari, solo 1050 sono realmente occupati; di questi 280 sono di carriera, i rimanenti sono giovani di complemento.

Gli ufficiali di carriera hanno solo l'esperienza che gli deriva dalla sanità militare e la loro unica preoccupazione è quella della organizzazione interna e della (reddiziosa) attività esterna.

che cos'è la medicina militare

In questa situazione quale medicina viene praticata? Non solo non viene nemmeno considerata la medicina preventiva, ma viene perfino ignorata quella curativa terapeutica. La medicina militare è essenzialmente medico-legale, fiscale, repressiva.

Tutto lo prova. Alla visita medica si risponde sempre con un provvedimento medico-legale: **riposo-servizio-servizio interno-servizio punibile**. Cioè il medico deve soprattutto capire se il soldato sta male o se è un «lavativo», e tutti i chiedenti visita sono sospettati di essere lavativi. Inoltre il riposo comporta sempre la perdita della libera uscita.

Per evitare complicazioni «burocratiche» la nomenclatura nosologica viene regolarmente alterata e modificata. La scabbia diventa un generico eczema, e l'epatite virale un'innocuo ittero; non bisognerà in questo modo fare denunce alle autorità competenti. Vi è persino un uso repressivo del farmaco: al soldato che «rompe» perché ha i dolori reumatici si prescrivono tranquillamente dieci fiale di B 12, notoriamente dolorose, «così la smette».

Sia in infermeria che in ospedale la diagnosi non viene comunicata all'interessato, ma gli si riferisce soltanto se è idoneo o no, se ha avuto una licenza di convalida o no.

Sull'articolo 28 dell'Elenco delle imperfezioni e malattie causa di esonero dal servizio militare, riguardante le malattie nervose ci sarebbe da fare un lungo discorso. Basterà qui ricordare che è un'arma in mano alle gerarchie usata con sollecitudine per togliere di mezzo i più «insopportabili», anche se questi rimarranno bollati per tutta la vita.

Sempre nell'articolo prima citato del giornale di Medicina Militare si legge che: «i soggetti disadattati all'ambiente militare differiscono dalla popolazione comune e si avvicinano ai nevropatici ed agli psicopatici: in secondo luogo i soggetti che si adattano male alla istituzione militare sono in definitiva quelli che hanno dato scarsa prova di adattamento alle istituzioni familiari, scolari, professionali, psico-sessuali, religiose e morali».

come intendiamo muoverci

La drammaticità della situazione denunciata non ci esime dal sottoporre a critica il lavoro svolto finora. Sono nate lotte spontanee, divise tra loro, isolate dal tessuto sociale esterno, ma soprattutto lotte di sola denuncia, rimaste tali senza nemmeno riuscire a scuotere l'opinione pubblica. Adesso questa fase è finita.

Non vogliamo più fare denunce o chiedere solidarietà. Vogliamo organizzare delle lotte. Lotte nelle caserme, che per prima cosa mobilitino la massa dei soldati, riorganizzino il movimento all'interno e parallelamente si colleghino all'esterno alle strutture del movimento di classe.

È con questa consapevolezza che abbiamo partecipato al convegno romano di Medicina Democratica, perché vogliamo essere partecipi della lotta generale per la difesa della salute che cambi tutta questa società malata.

Per questo intendiamo muoverci promuovendo a breve termine due inchieste «attive» cioè che considerino i soldati soggetti e non oggetti dell'indagine. La prima, che deve interessare ogni soldato, riguarda le condizioni soggettive di ciascuno: disagi, malattie, disturbi...; la seconda si deve rivolgere più specificatamente ai nuclei, ai compagni aiutanti di sanità, ai sottotenenti medici democratici e deve dare delle indicazioni più precise, «tecniche» sulla situazione.

L'ipotesi politica su cui crediamo di poter lavorare, e che vorremmo discutere con tutti i compagni, è che la struttura della sanità militare così come oggi si configura, come strumento nocivo di repressione e normalizzazione, non va razionalizzata, non può essere corretta o migliorata, finché assolve questo compito. Va invece sconvolta integralmente tale struttura, imponendo con la lotta di massa l'applicazione integrale dell'articolo 52 della Costituzione, in ottemperanza al quale va garantito l'esercizio dei diritti politici costituzio-

nali ai cittadini chiamati alle armi e quindi anche del diritto di manifestare il proprio pensiero, di organizzazione democratica, di riunione, il diritto all'informazione, alla libertà personale ecc.

Una lotta di massa che imponga il diritto alla salute puntando, ed è questo il punto essenziale, a rompere la cappa di piombo che copre caserme e ospedali militari, a portarvi dentro (per sconvolgerli) le strutture della società civile e democratica, che i lavoratori hanno strappato con la lotta e quindi anche l'ente locale, la regione, le strutture sanitarie comunali. Vogliamo sapere cosa ne pensa il medico provinciale dei casi di epatite virale nelle caserme del territorio, se gli sono stati denunciati e che provvedimenti ha preso.

Vogliamo lanciare una campagna di massa contro la tubercolosi e le malattie infettive fra i militari di leva.

Vogliamo soprattutto cominciare ad imporre la medicina preventiva utilizzando anche le strutture civili. Per cominciare potremmo utilizzare, dopo discussione con i consigli dei delegati degli ospedali, durante le ore di libera uscita, le strutture ambulatoriali ospedaliere e di quartiere, per visite ed analisi di laboratorio, così da avere, con la conoscenza della diagnosi, almeno una prima arma di difesa contro le

gerarchie. Ricordiamo che i soldati, a differenza degli ufficiali, non hanno alcuna mutua.

Dobbiamo strappare subito la possibilità di chiamare a consulto medici ed operatori sanitari democratici all'interno dell'ospedale militare, su richiesta del soldato.

Dobbiamo imporre visite igienico-sanitarie periodiche, pubbliche, nelle caserme, alle cucine, alle camerate e alle infermerie, e nello stesso ospedale militare, con la prospettiva strategica che la Sanità Militare non esista più come corpo separato dalle strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La base di tutto questo è naturalmente non soltanto la mobilitazione esterna del movimento, ma soprattutto la lotta dei soldati dentro le caserme, con propri strumenti di analisi e momenti specifici di mobilitazione che riescano a piegare le gerarchie sui punti qualificanti della medicina preventiva e dell'igiene.

Lotta dunque per la difesa della nostra salute come soldati, ma anche come operai, studenti, e lavoratori che indossano la divisa, insieme a tutti i lavoratori, gli operai, gli studenti, le donne che lottano all'esterno per la salute, per una medicina della vita, per una società progressiva e non repressiva, per la società socialista.

CONTROLLO OPERAIO E POPOLARE SULLA SALUTE DALLA FABBRICA AL TERRITORIO

**intervento di F. Aurora del Cuz zona 18/19 di Milano,
al Convegno del 20/12/'76**

Come è anche contenuto nella relazione iniziale, occorre sottolineare che Medicina Democratica non nasce come organizzazione formata da soli medici o tecnici della salute, ma al seguito dell'esperienza di lotta di tutto il movimento operaio negli ultimi anni.

È giusto quindi che negli organi direttivi della costituenda «Medicina Democratica Movimento di lotta per la salute» facciano parte lavoratori rappresentativi del movimento con particolari esperienze nel campo della lotta per la salute.

Oltre ai lavoratori e alle lavoratrici delle fabbriche si deve pensare a dare il giusto risalto a quei gruppi (specie di donne) che sul territorio operano per la difesa della salute; che si inseriscano quindi anche nelle casalinghe negli organismi direttivi.

Anche con queste premesse si potrà evitare

il pericolo, giustamente espresso nell'introduzione, di fare di Medicina Democratica «un momento burocratico di coordinamento dei vertici delle varie realtà politiche...»

occupazione e salute

Ancora, come è già stato notato, va respinta con forza l'idea che la lotta per la salute in fabbrica e nel territorio vada portata avanti in momenti «più favorevoli».

Le masse popolari oggi stanno pagando gli effetti di una crisi che non hanno né voluto né provocato. E non è solo un problema di sottrazione (in parte o del tutto) di salario: l'aumento dello sfruttamento in fabbrica e la mancata attuazione di riforme sociali fanno pagare oggi più di ieri alle masse in termini di salute.

La tenuta del movimento operaio si deve esprimere anche attraverso un approfondi-

mento dei temi della salute e delle strutture che la gestiscono per modificarle, per cambiarle. E la costruzione oggi di questo movimento di lotta per la salute è uno dei segni di questa tenuta.

dalla fabbrica al territorio

I lavoratori che sono riusciti in qualche modo ad ottenere dei cambiamenti all'interno del loro luogo di lavoro, lo hanno fatto **non delegando** i loro interessi a nessuno.

È necessario però che la lotta per la salute venga generalizzata in tutte le fabbriche, che vengano respinti i tentativi di monetizzazione che oggi di nuovo affiorano.

Ma è altresì necessario che la non delega esca dalla fabbrica: investa il territorio, il quartiere. Ed è ancora delegare, il metodo molto spesso usato di affidare a «sociologi» o «esperti» l'indagine su qualche tema della salute o altro eseguita attraverso la compilazione di massa di questionari che affidano a delle crocette la risposta ad esigenze fondamentali della gente.

Al contrario si debbono ricercare, anche con difficoltà, dei «gruppi omogenei» di quartiere, di casggiato, di cortile, ecc. dove si possano avere delle risposte esaurien-

ti, politiche, a quelle che sono le reali necessità del gruppo e dove l'analisi deve avvenire nel rispetto della crescita politica delle persone, onde evitare facili strumentalizzazioni.

Il CUZ della zona 18-19 sta portando avanti delle esperienze in questo senso, in particolare riguardo a due problemi:

A) L'apertura dell'Ospedale al territorio

Da alcune fabbriche è uscita l'esigenza di avere delle visite mediche «mirate» e.d. di 2° livello. La disponibilità di un reparto dell'Ospedale S. Carlo (il reparto di Fisiopatologia Cardiorespiratoria) ha permesso l'effettuazione di queste visite. Questo anche in base ad esigenze espresse dallo Smal (servizio di medicina preventiva per gli ambienti di lavoro), ci ha portato a richiedere l'agibilità di altri ambulatori e servizi ospedalieri.

Il discorso e il rapporto con i lavoratori dell'ospedale si è ulteriormente ampliato e precisato.

Si è iniziato a parlare del «Dipartimento d'urgenza e accettazione» punto acquisito e non attuato del contratto degli ospedalieri; la commissione salute del CUZ, in stretto collegamento con il C.d.D. dell'Ospedale, ha prodotto un documento di base per richieste precise nei confronti dell'Amministrazione Ospedaliera e della Regione.

Va inoltre aggiunto che tale rapporto fra lavoratori delle fabbriche e lavoratori dell'Ospedale sta creando una discussione sul problema generale delle strutture sanitarie che si vogliono radicalmente modificate e gestibili dal basso.

B) I Consultori per la medicina della donna

La discussione è nata in una fabbrica della zona, la Recordati, a prevalente mano d'opera femminile, dove l'intervento dello SMAI ha portato, approfondendo la realtà di lavoro della donna in fabbrica, a sviscerare il problema femminile nella sua complessità.

Con il Comitato Sanitario della zona 19 si è iniziato a parlare di consultorio e si è formata una commissione femminile del CUZ con lo scopo di approfondire l'argomento per chiedere l'apertura di uno o più consultori in quartiere.

Sono nati collegamenti fra gruppi di donne già esistenti in quartieri diversi con lo stesso scopo.

Si vuole infatti arrivare all'apertura di un consultorio che nasca direttamente dalle esigenze delle donne che, attraverso le loro esperienze negative e la loro visione positiva, possano formulare e richiedere un tipo di Consultorio adeguato alle loro esigenze. Oltre che creare nuovi gruppi omogenei sul territorio e nelle fabbriche il CUZ si preoccupa dei problemi di gestione che porrà l'apertura di uno o più consultori in zona.

Il discorso della gestione (che può anche essere ricondotto al problema del Dipartimento) viene affrontato da noi in questi termini: in primo luogo si richiede un'equipe di persone che lavorino in maggioranza a tempo pieno; si richiede inoltre che non vengano concessi finanziamenti a chi intende (privati) aprire consultori; che la gestione politica venga affidata ad organismi pubblici (CSZ, Consigli di Zona, amministrazioni ospedaliere);

che il CUZ e i comitati di quartiere rappresentativi di una realtà di massa esercitino il controllo sulla gestione e sull'andamento dei consultori o del dipartimento.

Per una nuova scienza medica

Un compagno operaio, mi sembra del CUZ della zona 7, ricordava com'è difficile per gli operai comunicare.

Ognuno sa quali sono le cose che non vanno, è in grado di dire da solo come devono cambiare, ma gli resta la difficoltà della socializzazione.

D'altro canto la medicina oggi sta apparendo sempre di più per quello che è: uno strumento al servizio del profitto, lontano dalle esigenze delle masse.

I compagni medici che possiedono la scienza borghese sono tuttavia capaci di

socializzare la loro scienza e i difetti che in essa appaiono.

È compito della costituenda Medicina Democratica fare la sintesi di queste due realtà per ottenere una nuova scienza che sarà, spero, radicalmente diversa da quella attuale.

È necessario darsi un metodo di ricerca. Medicina Democratica deve essere un centro di raccolta di tutte le esperienze di lotta sulla salute e deve preoccuparsi di avviare delle pubblicazioni critiche.

Inoltre Medicina Democratica può mettersi al servizio delle masse attraverso un'opera di allargamento della coscienza sul tema della salute: i momenti di lotta contrattuale o le 150 ore possono servire, se richiesti dal sindacato e dal C.D.F. per questa opera di apertura e di allargamento della coscienza sul problema della salute.

LE LOTTE PER LA SALUTE NEI QUARTIERI POPOLARI DI NAPOLI

Documento del Centro Sanitario Popolare di Secondigliano febbraio 1976

Gli anni dal '68 al '71 hanno senza dubbio segnato una tappa importante per le lotte del proletariato a Napoli. Il movimento partito dalle fabbriche e dalle scuole ebbe un potente impatto anche in quella fascia di proletariato e sottoproletariato tradizionalmente disgregato, presente nei quartieri popolari della città.

In quegli anni infatti iniziarono le grandi lotte per la casa, fino ad allora affiorate come timide manifestazioni spontanee, e si formò un vasto movimento popolare che per la prima volta mobilità su un fronte unico il proletariato e il sottoproletariato delle grandi città. Pur scontando i ritardi e le carenze politico-organizzative delle forze democratiche sul tema casa, il proletariato seppe sviluppare autonomamente una serie di lotte che a Napoli culminarono nella massiccia occupazione di circa 1000 appartamenti nel settembre 1969.

Questo ampio movimento di occupanti seppe darsi i primi strumenti di autoorganizzazione politica nel cuore dei quartieri occupati, per la necessità di rispondere alle minacce della polizia e della magistratura. Nacquero così i primi comitati di quartiere e soprattutto si sviluppò un collegamento tra quartieri, cui attivamente parteciparono gruppi della sinistra non parlamentare per lo più di matrice cattolica, ai quali si aggiunsero più tardi forze ufficiali della si-

nistra e dei movimenti extraparlamentari. L'occupazione massiccia di case, in gran parte incomplete, prive di luce, acqua, servizi igienici, pose drammaticamente al movimento, tra gli altri, il problema del diritto alla salute.

In particolare lo svilupparsi di focolai epidemici di malattie infettive dette l'avvio ad una precisa richiesta che, pur non concretizzandosi in una vera organizzazione di lotta per la salute, sottolineò in modo chiaro per la prima volta l'importanza dei fattori socio-ambientali nella patologia di classe, dando un grosso scossone alla tradizionale visione di una medicina «individuale».

Attraverso la dura esperienza diretta il popolo degli occupanti comprese che la malattia è strumento di oppressione di classe. Come già stava avvenendo nelle fabbriche, ben presto fu chiaro che tale oppressione colpiva la collettività nel suo insieme e non solo l'individuo singolo e che le cause delle malattie erano: mancanza di fognie, di acqua, di servizi igienici, di alimentazione adeguata ecc...

A questa precisa presa di coscienza popolare non fu data da parte delle sinistre una risposta valida: non era ancora nato un movimento organizzato e articolato delle sinistre sulla salute e molti discorsi rima-

nevano confinati nell'orizzonte delle fabbriche.

Parziale fu anche la risposta dei gruppi che partecipavano alla lotta per la casa: nacquero gli «ambulatori rossi». Si trattava di strutture assistenziali che erogavano un vero e proprio pronto soccorso medico agli occupanti, utilizzando i pochi tecnici democratici disponibili che peraltro partecipavano anche alla fase di lotta per la casa.

Non si tratta ancora di esperienze di lotta per la salute, ma di iniziative contingenti che ebbero tuttavia il vantaggio di prospettare al proletariato la possibilità concreta di strutture sanitarie popolari ed ai tecnici della salute spunti per un'analisi critica del loro lavoro.

Uno di questi gruppi, il Centro Sanitario Popolare, Ises, Secondigliano, continuò ad occuparsi di salute anche dopo lo spegnersi graduale del movimento per l'occupazione delle case, avvenuto tra il '70 e il '71. Tale gruppo, formatosi durante le lotte per la casa, era composto da studenti, medici, infermieri abitanti nel rione. Si trattava di un'iniziativa caratterizzata da un costante e capillare contatto con la popolazione, attraverso il quale passava la crescita di coscienza sul tema salute da parte del quartiere.

Prese l'avvio un lavoro sulla salute, tuttora in corso, nel tentativo di sviluppare con il proletariato una nuova forma di gestione della salute, che, partendo dal punto di vista del proletariato stesso, potesse incidere significativamente sulla patogenesi del malessere sociale e sulla sua etiologia individuata nella classe dominante.

Come espressione pratica di questo «punto di vista del proletario» si usarono vari strumenti tra i quali fondamentale si rivelò l'inchiesta sanitaria di massa che, quale specchio del malessere comune, servì ad indicare con chiarezza le cause «strutturali» di malattia: malnutrizione, assetto edilizio del rione, insufficienza di fogne, superaffollamento, assenza di servizi, ambienti malsani, disoccupazione, consumismo farmaceutico imposto, carenze dell'assistenza. Altrettanto naturale fu l'aggancio ad un intervento attivo di medicina preventiva, che andò realizzandosi su due terreni: uno di lotta aperta contro le cause patologiche strutturali: lotta per le fogne, per la ristrutturazione del quartiere, i servizi ecc.; ed un altro di partecipazione diretta all'atto sanitario di prevenzione: gli screenings di massa sui bambini, le assemblee di scala sui temi sanitari, la lotta alla malnutrizione, il controllo delle nascite ecc. Tali momenti sono stati gestiti (e lo sono tuttora dal comitato sanitario di quartiere insieme al Centro Sanitario Popolare) attraverso una verifica continua e dal basso dei temi di lotta nelle assemblee di scala, rivelatesi indispensabile strumento di comunicazione del vicinato.

È in tal modo che si è stabilita una efficace comunicazione tra il C.S.P. e la popolazione rompendo il tradizionale individualismo del quartiere. Infatti settimanalmente in ogni scala a turno viene tenuta un'assemblea organizzata dalla rappresentante del comitato sanitario di quella scala, e ci si incontra in una casa, insieme ai membri del Centro Sanitario Popolare. Le riunioni vertono su un tema precedentemente stabilito, in genere legato ad iniziative in atto

nel quartiere, ma anche su problemi particolari quali piccoli focolai epidemici ecc.

Così le mamme discutono tra loro e comunicano senza timore le loro esperienze; in tal modo esse possono direttamente intervenire in modo collettivo sul momento diagnostico e terapeutico, discutendo i fattori patogeni comuni agli abitanti della scala e del quartiere. Questo nuovo tipo di approccio configura in modo diverso il ruolo dell'operatore sanitario, non più unico addetto ma partecipe ad una iniziativa di gestione collettiva della salute.

Fino allo scoppio dell'epidemia di colera, numerosi furono i tentativi del C.S.P. di far uscire il movimento dai limiti del quartiere coinvolgendo nella lotta le altre forze democratiche locali; ma a parte le campagne di denuncia sulla stampa cittadina, non si riuscì a oltrepassare significativamente i limiti di un tipico lavoro spontaneo di quartiere.

D'altra parte, mentre nelle fabbriche il tema salute in quegli anni era in pieno sviluppo (Lepetit, Olivetti Marciandise, Italsider), non altrettanto accadeva sul territorio: c'era così un grosso vuoto politico lasciato dalle organizzazioni democratiche, mentre mancava anche il supporto di un'iniziativa politica sul tema.

In netto contrasto con queste iniziative sulla salute si configurava la posizione tradizionale dei medici della mutua nei quartieri. Infatti i quartieri popolari non rappresentano affatto un mercato proficuo neanche per una tradizionale medicina privata: le condizioni socio-economiche della popolazione permettono un conveniente sfruttamento soltanto come masse.

Il risultato immediato è che al medico della mutua interessa soltanto scrivere il maggior numero di ricette e nel più breve tempo possibile: in tal senso non esiste quasi la «visita domiciliare» (e la popolazione ne è a conoscenza, difatti nella maggioranza dei casi le mamme mandano i figli allo studio a «farsi scrivere le medicine»), non c'è alcun interesse verso la medicina preventiva e qualsiasi ipotesi di analisi della malattia in relazione alle condizioni socio-ambientali è considerata pericolosa.

Pertanto fu inevitabile che, nonostante ripetuti contatti per coinvolgere i medici sul lavoro sanitario, non ci sia stata mai alcuna risposta attiva, ma a volte anche aperto contrasto. (La popolazione, pur continuando ad utilizzare il medico della mutua come fonte di medicinali, nella maggioranza dei casi fa da sé o si rivolge direttamente in ospedale, ben cosciente della nullità dell'assistenza).

Nello stesso tempo andava facendosi più acuto il malcontento nei rioni popolari per le condizioni strutturali degli stessi; fino ad esplodere in rabbiose e violente manifestazioni di piazza quando arrivò un ulteriore grave attacco alle masse con l'aumento del prezzo del pane nell'estate '73. Tali episodi, ancora una volta privi del supporto organizzativo delle formazioni della sinistra, non furono che l'anticipo di una rabbia popolare che doveva esplodere con l'immediatamente seguente epidemia di colera. Durante il colera il vuoto politico dei quartieri napoletani si fece ancora più acuto: le organizzazioni della sinistra storica ed

extra parlamentare si trovarono improvvisamente di fronte il problema delle malattie di classe sul territorio, su cui erano notevolmente impreparate. Poterono così scoppiare ed essere troppo facilmente represses dagli stessi responsabili dell'epidemia piccole manifestazioni popolari.

Mentre il tema salute era shandierato da tutte le parti e in tutti i modi, all'interno dei quartieri popolari, là dove si pativa realmente l'epidemia (il 98 per cento degli ammalati di colera erano proletari) l'indicazione terapeutica offerta dalle masse (un radicale cambiamento del modo di gestione della salute) incominciava ad essere lentamente recepita dalle forze democratiche.

In tal senso ci fu una mobilitazione, sia pure disorganica in campagne sanitarie per la vaccinazione di massa, che, pur non avendo alcun valido presupposto scientifico né alcuna reale utilità medica, furono solo un momento di verifica e di contatto con la popolazione da parte delle forze democratiche in una città che versava in un pauroso vuoto di potere nello sfacelo delle istituzioni comunali.

Cominciavano così a sorgere all'interno dei quartieri gruppi di lavoro per il diritto alla salute, di matrice spontanea, nella maggioranza dei casi collegati ai comitati di quartiere ove esistevano, ed alle forze democratiche locali.

Nell'ottobre '73, appena finita l'epidemia, si trovarono in un coordinamento comune 18 di tali gruppi, facenti parte del Collettivo Centri Sanitari Popolari. Si trattava di 150 attivisti provenienti da 18 quartieri popolari in cui abitavano e dove erano ben radicati attraverso attività quali lotte per la casa, scuole popolari ecc.

Molti degli attivisti non erano tecnici della salute e minima era la composizione medica del collettivo, mentre notevole la presenza di quadri operai. Tale estrazione di origine permise una rapida coesione su una linea unitaria che sottolineava la lotta per la salute come un tema fondamentale del momento e ne precisava le modalità nella partecipazione di massa alla gestione della salute.

Con il coordinamento tecnico del Centro Sanitario Popolare di Secondigliano, di più antica esperienza, cominciò un lavoro sanitario che andava dai quartieri storici della città (S. Lorenzo - Montecalvario - Vomero - Petraio) alla immediata periferia (Secondigliano - Fuorigrotta - Colli Aminei) fino alla provincia (Torre del Greco - Cardito - Portici - Acerra - Ercolano - Calvizzano); tale lavoro comune si esprime in una grande inchiesta sanitaria di massa, che fu condotta in 15 rioni per un totale di 9000 schede sanitarie, secondo uno schema di lavoro sperimentato già dal C.S.P. di Secondigliano, basato sul contatto costante dei gruppi con i proletari. Prese l'avvio una serie di iniziative di lotta sulla salute di differenti quartieri popolari per: la casa, le fogne, i servizi, le scuole, e anche per motivi più immediati come le disinfezioni, le vaccinazioni ecc...). Contemporaneamente andava sviluppandosi nel collettivo un modo nuovo di vedere la salute: nascevano nuovi modi di medicina preventiva, demistificando il ruolo del tecnico e il monopolio medico sulla salute: i bollettini sanitari di quartiere proponevano alla popolazione

metodi e tecniche di difesa dall'aggressione al diritto alla salute (5).

I limiti di questa grossa iniziativa si evidenziarono nel tentativo non riuscito di collegare tra loro le lotte e di uscire dai quartieri per una saldatura con il movimento popolare nelle fabbriche e nelle scuole, anche al di là del momento «caldo» di mobilitazione comune sull'inchiesta.

Così un'analisi critica all'interno del collettivo, tendente a superare i limiti propri di un lavoro «spontaneo» di quartiere, portò allo scioglimento dopo un anno di vita del collettivo stesso, ponendo a disposizione dei gruppi il grosso bagaglio di esperienze politiche e tecniche raccolte (6).

Per numerosi militanti l'impegno sul tema era stato un momento caldo di mobilitazione di massa nel quadro di un lavoro politico più generale, venuti a mancare i presupposti per una mobilitazione organica permanente di più quartieri popolari, essi non ravvisarono più nel tema salute un punto caldo e preferirono tornare alle loro attività politiche precedenti al colera; in altri gruppi invece, pur rimanendo il tema salute fondamentale argomento di lavoro politico, la scarsità di personale tecnico, la mancata coesione con le forze democratiche locali, crearono l'impossibilità di un lavoro che superasse la fase di indagine e mobilitazione già svolta. Così soltanto quattro gruppi rimasero al lavoro sanitario di quartiere, sviluppando secondo un più ampio respiro l'attività sanitaria e dando una maggiore coesione alle strutture di quartiere.

In tutto questo pericolo le autorità sanitarie continuarono imperturbate la loro sistematica aggressione alla salute delle classi popolari, poco o nulla colpite dai movimenti popolari contro il colera e le successive lotte, dimostrando che se queste lotte erano state fondamentali per la crescita di coscienza popolare sulla gestione salute, poco avevano realmente inciso per modificare quelle condizioni che causano il moltiplicarsi di classe.

A tutt'oggi nulla è cambiato rispetto ai tempi del colera: i fondi stanziati si sono aragnati, così come i processi contro i responsabili della epidemia non sono stati mai celebrati. Il triste episodio delle salmonellosi ci ha ricordato che tutto è come prima: il sistema continua ad uccidere nei modi più feroci, non soltanto calpestando il diritto alla salute, ma negando il diritto alla vita delle masse popolari (mortalità neonatale; omicidi bianchi).

Al di fuori di episodi clamorosi e ricorrenti di assassinio di massa, il sistema continua a decimare in silenzio il proletariato con le malattie infettive, la mortalità infantile, la malnutrizione ecc.

È in quest'ottica che un fatto terapeutico di classe fondamentale è stato compiuto il 15 giugno in particolare a Napoli, in una situazione incancrenita da 30 anni di malgoverno, si sono aperti spazi nuovi e nuovi interlocutori si sono presentati al confronto con le masse. L'aggancio concreto a prospettive istituzionali locali gestite dalla popolazione può rappresentare oggi un obiettivo dell'attività dei Centri Sanitari Popolari di Napoli e provincia.

La prospettiva di un'utilizzazione popolare

e democratica di strumenti e strutture istituzionali, pur essendo ora soltanto a livello di programmazione, rappresenta lo sbocco naturale di un'attività sanitaria di quartiere non soltanto per potere gestire il diritto alla salute in modo diretto, ma anche per ovviare ai limiti propri di un lavoro di quartiere di tipo volontaristico, ponendo invece i presupposti per un organico collegamento tra le forze popolari attive delle fabbriche, dei quartieri, degli enti locali.

Il movimento può essere oggi in grado di acquistare forza sufficiente per strappare alla classe dominante la gestione della salute e per porre le basi per una reale medicina preventiva al servizio delle masse. È

evidente che tale prospettiva non è al momento di facile attuazione: gli spazi vanno conquistati con la lotta e la diretta partecipazione della popolazione alla programmazione sanitaria, evitando di ricorrere ad elaborazioni teoriche a tavolino, sia pure da parte di tecnici democratici, che troppo spesso, si trovano ben lontani dai reali bisogni della popolazione stessa.

Per questo il lavoro del centro sanitario popolare continua, nella convinzione che fondamentale è essere calati nelle realtà e nei bisogni delle masse popolari, discutendo e ascoltando per sviluppare insieme una reale medicina alternativa.

CONTROLLO POPOLARE SULLA REFEZIONE SCOLASTICA

esperienza a livello del territorio
Zona 7 di Milano (Dergano
Bovisa) - 20/12/'76

Le iniziative che sono partite nella zona 7 e vengono tutt'ora portate avanti sulla linea dell'autogestione e della non delega riguardano i vari aspetti della prevenzione nell'età scolare e la lotta alla emarginazione nella scuola e nel quartiere, cominciando dall'inserimento degli handicappati nelle classi normali. Oltre ai genitori in prima persona, sono state e sono coinvolte altre forze della zona: le commissioni scuola del comitato di quartiere e del collettivo scuola popolare di Democrazia Proletaria; il coordinamento dei genitori democratici (formato da quadri del Pci), commissioni varie degli organi collegiali delle scuole.

Le iniziative sono state fatte passare attraverso gli organi istituzionali (Comitato Sanitario di Zona e Consiglio di Zona, Organi Collegiali), Altre organizzazioni cittadine sono state poi coinvolte in alcuni momenti di lotta, quali il Coordinamento cittadino genitori e insegnanti, il Comitato medici democratici, la rivista «Medicina al servizio delle masse popolari» del Movimento Studentesco.

Descriviamo ora gli interventi più significativi fatti:

- Alcuni genitori della scuola materna di via Catone avevano notato la ricorrenza frequente, nei bambini della scuola, di disturbi intestinali e di infezioni alla gola e delle prime vie respiratorie. Nel contempo avevano valutato soggettivamente la troppo scarsa umidificazione dell'aria nei locali della scuola. Per tale ragione hanno inviato richiesta al Comitato Sanitario di Zona - e per conoscenza alla Ripartizione Educazione e all'Ufficiale Sanitario del Comune - di iniziare un intervento teso ad accertare la reale frequenza dei disturbi (attraverso un questionario e visite-medico-periodiche)

di eseguire un'indagine batteriologica o virologica sulle feci dei bambini e di realizzare uno studio del microclima nella scuola (temperatura, umidità, ventilazione). I genitori chiedevano che tutti questi interventi fossero preventivamente discussi e concordati con loro. Invece l'Ufficio di Igiene si presentava alla scuola a loro insaputa, effettuando una raccolta di feci su un campione iniziale di trenta bambini (poi ampliato) e piazzando una «capannina Salmoiraghi» per il microclima.

Ne risultava (contrariamente alle previsioni dei tecnici) una larga diffusione di enterovirus (coxsackide di tipo A nel 60% dei campioni, e virus poliomeelitici, poi tipizzati come vaccinali e dovuti alla recente ammissione a scuola di un bambino appena vaccinato). Non venivano trovati batteri (ed in particolare salmonelle) né parassiti.

In seguito a questi primi risultati, veniva ampliato il campione di osservazione a tutti i bambini della scuola, con prelievo di sangue per la ricerca degli anticorpi specifici e visita pediatrica. Si poté osservare, in tal modo, lo spegnersi dell'epidemia e capire il reale significato dei disturbi lamentati dai bambini. Era la prima volta che l'Ufficio d'Igiene e l'Istituto di Virologia compivano osservazioni di questo tipo a detta degli stessi tecnici (che se estese potrebbero contribuire a comprendere l'epidemiologia delle virosi, interpretare correttamente certi fenomeni morbosi nei bambini, risparmiare lo spreco di farmaci e di antibiotici del tutto inutili in questi casi, ecc.), sulla base dei rilievi soggettivi dei genitori. I risultati venivano comunicati complessivamente ai genitori riuniti in assemblea, indi inviati (ma solo parzialmente) alla Commissione scuola. Non sono mai

pervenute le risposte individuali ripetutamente richieste così come del tutto insoddisfacente è stata l'indagine sui microclima. Tuttavia, nonostante la parzialità dei risultati, l'iniziativa sta per essere realizzata con le opportune modifiche volute dalle specifiche situazioni.

L'anno scorso l'Assessorato all'Economato (servizio di refezione scolastica) introduceva di nascosto, senza il consenso dei genitori, e senza avvisare i medici scolastici, nella dieta dei bambini un integratore proteico derivato dalla soia con procedimento chimico-fisico di polimerizzazione, chiamato «Temptein» ed usato, in realtà, come sostitutivo carne (30% nei polpettoni e polpette, il 100% nel ragù della pastasciutta). I genitori della zona hanno visto in questo fatto un ulteriore attacco alla salute dei bambini, che si fonda anche su una alimentazione sana, completa e soprattutto genuina. Va detto che la sostanza è prodotta da una ditta statunitense (gli Usa producono la quasi totalità della soia esistente), e che in America è stato da tempo rifiutato dai consumatori. Lo stesso «dépliant» illustrativo dichiarava che la ditta distributrice non si assumeva nessuna responsabilità nei confronti di una errata preparazione del prodotto al momento dell'uso, o di un errato mescolamento con gli altri alimenti (la carne trita), che doveva essere attuato con appositi apparecchi (mescolatori) di cui nessuna cucina scolastica era dotata.

I genitori hanno rifiutato decisamente questa scelta fatta sulle loro teste e sulla salute dei bambini, e, appoggiati dalle forze presenti nella zona (il Comitato di quartiere prima di tutto, e poi le altre compreso il Comitato Sanitario di Zona), hanno dato luogo ad un ampio movimento che ha trovato un primo momento importante in un'assemblea di zona (presente l'Assessore all'Economato). Il risultato - come poi si è espresso in un'assemblea cittadina, promossa in collaborazione con il Comitato medici democratici e con la rivista «Medicina al Servizio delle masse popolari» - è stato l'abolizione, prima parziale e poi (dopo il 15 giugno) completa della sostanza dalla refezione scolastica. Questo nonostante un'ampia campagna di stampa, con dichiarazioni di autorevoli «tecnici» a favore del prodotto in questione.

La lotta ha però fatto emergere la necessità di ampliare gli obiettivi verso tutto l'importante discorso dell'alimentazione nella scuola; il problema è stato dibattuto a livello di un'assemblea popolare sulle cui indicazioni si sono formate:

a) commissioni di genitori che sono entrate nelle mense scolastiche e ne hanno evidenziato e denunciato le carenze principali.

b) una commissione, promossa dall'Assessore all'Economato, sig. Mottini, per lo studio delle nuove tabelle dietetiche: tale commissione è composta da «esperti» in alimentazione (cattedratici universitari), amministratori, rappresentanti delle forze sindacali e da due rappresentanti per ogni consiglio di zona. La commissione è stata successivamente suddivisa in tre sottocommissioni, una formata solo dagli «esperti» per la formulazione delle tabelle dietetiche, un'altra per lo studio dei problemi organizzativi (carenze delle strutture di refezio-

ne scolastica), la terza per l'introduzione dell'educazione alimentare nelle scuole.

Nella zona 7 i genitori che hanno lavorato nelle commissioni al controllo mensa hanno rilevato i principali problemi delle refezioni scolastiche (sui quali è stata data ampia relazione alla commissione assessoriale ed all'assessore in persona, sia attraverso documenti che attraverso i rappresentanti di zona).

Va risottolineato che tutto questo lavoro è stato condotto sulla base delle indicazioni fornite da un'assemblea popolare dei genitori della zona.

La commissione assessoriale si è finora rivelata non un punto di raccolta e dibattito delle istanze provenienti dalle zone, in quanto l'assessore non ha mai accolto, anzi ha duramente respinto, le proposte formulate dai genitori e contenute nei documenti a lui pervenuti, ma bensì un mezzo di controllo dei genitori stessi, al fine di far passare in modo indolore le scelte già fatte dall'amministrazione comunale.

Tali scelte sono così riassumibili:

- centralizzazione delle mense in grossi «complessi cucina» zonali;
- disponibilità all'appalto a società private di alcune mense scolastiche;
- utilizzazione degli interventi di educazione alimentare (portata avanti dall'alto, unicamente sulla base delle pensate di sedicenti tecnici) come mezzo per far passare un certo tipo di alimentazione, sempre meno genuina e sempre più improntata a favorire le iniziative di grosse industrie private.

Dai genitori della zona 7, che si sono espressi in diversi incontri sia a livello di zona (assemblea popolare) che nelle singole scuole, sono emerse le seguenti indicazioni e richieste:

1) per quanto riguarda le tabelle dietetiche, criterio generale deve essere quello di dare ai frequentanti la refezione scolastica cibi genuini e freschi. In particolare, si sono venuti precisando i seguenti punti:

- rifiuto degli alimenti pre-confezionati e pre-cotti, in quanto necessariamente implicano procedure di preparazione sofisticate e complesse, che ne alterano più o meno profondamente le qualità naturali. Tali cibi, inoltre, comportano spesso l'uso di conservanti che possono essere nocivi (anche se a lungo termine) e che vanno comunque evitati soprattutto nell'alimentazione infantile.

Un discorso analogo vale per gli integratori e sostituti (vedi «Temptein»).

- rifiuto degli oli di semi di colza, ravizzone e cambrà (contenenti acido erucico): uso di altri oli di semi (arachidi o mais) crudi, o comunque in grammatura sufficiente a garantire che non siano fritti a lungo, o rifritti.

- rifiuto di dolci o altri alimenti o bevande contenenti coloranti, conservanti o aromatizzanti.

- partecipazione dei genitori e dei lavoratori delle cucine alla formulazione ed alla verifica delle tabelle dietetiche.

- formazione e mantenimento di commissioni di controllo di genitori (come avvenuto, p.es., in zona 7) delle mense scolastiche per verificare il tipo, la quantità e la qualità degli alimenti usati.

2) Rifiuto di grosse mense centralizzate zonali, in quanto sono premesse alla generalizzazione dei cibi pre-confezionati e precotti e alla vanificazione dei controlli da parte dei genitori. Inoltre questo comporta l'allontanamento dei bambini da chi prepara i loro alimenti e dal momento di preparazione.

3) Rifiuto netto ed assoluto di appalto a società private delle mense scolastiche di qualunque tipo ed ordine. Questo toglierebbe ogni possibilità di controllo da parte della struttura pubblica, dei genitori o degli stessi utenti delle mense (studenti scuole serali e medie), comporterebbe un sicuro scadimento della qualità ed aprirebbe la strada all'uso indiscriminato di alimenti artefatti, non genuini e contenenti sostanze nocive.

4) Educazione alimentare attuata attraverso l'uso di tabelle con i cibi consigliati, complementari al pasto di refezione, da dare alla sera, o attraverso altri strumenti (incontri, dibattiti, assemblee) a livello di zona (comitato sanitario di zona, organi collegiali, etc.).

Si propone che tale informativa costituisca momento di dibattito nelle varie situazioni (assemblee di scuola, riunioni di comitato sanitario di zona o di consiglio di zona, consigli di fabbrica etc.) e serva da base per la formulazione di mozioni da inviare agli assessorati preposti alla questione.

- I genitori si sono resi consapevoli del fatto che i bambini del quartiere, così come esso è fatto e si è sviluppato, non hanno alcuna possibilità di movimento: tale possibilità è ancor meno reale nella scuola. Infatti sia i programmi didattici, del tutto chiusi a garantire un minimo di attività fisica al bambino, che la assoluta mancanza di spazi impediscono il movimento, diventando fattori di nocività (sciolosi, e altri paramorfismi, oltre al danno psichico derivante dalla mancanza di moto e di libertà).

Quasi ciò non bastasse, i consigli di circolo di due delle tre scuole elementari della zona, hanno concesso in affitto, durante le ore del pomeriggio e della sera, le palestre scolastiche a società sportive private, oppure propongono corsi di «ginnastica correttiva» per i numerosi scoliotici (prodotti proprio dalle cause sopradette, essendo privati i bambini del giusto e necessario movimento del corpo), gestiti da privati ed a pagamento. I genitori hanno sollecitato il Comitato Sanitario di Zona a prendere posizione su questi problemi. Ne è risultato:

a) un documento stilato da una commissione formata da genitori, membri del comitato di quartiere, del collettivo scuola popolare, del coordinamento genitori democratici e fatto proprio dal Comitato Sanitario di Zona.

b) una serie di assemblee nelle scuole, promosse dal Comitato Sanitario di Zona, le cui relazioni introduttive sull'argomento dei danni provocati dalla mancanza di mo-

to ed attività fisica sono state preparate dai genitori insieme ad un medico concordato con il Comitato Sanitario di Zona, e da uno specialista ortopedico dell'ospedale di Niguarda, anche esso concordato.

- La commissione assistenza handicappati del collettivo scuola popolare della Bovisa unitamente ai genitori, sta lavorando per l'inserimento degli handicappati nel quartiere, a cominciare dalle scuole.

Occorre innanzitutto superare la grave emarginazione subita da queste persone, recluse nei ghetti degli istituti o escluse da tutte le manifestazioni della vita normale, spesso tenute addirittura nascoste in casa come rifiuto opposto da una società che porta a giudicare «vergognoso» chi non risponde ai suoi schemi di normalità, orientati unicamente in funzione della produzione e del profitto. Il problema pertanto non è di tipo medico ma consiste nel fornire giuste informazioni ai cittadini del quartiere, cominciando dai genitori delle scuole, per un'educazione all'accettazione degli handicappati, il loro inserimento nelle strutture formative e produttive insieme a tutti gli altri.

È giusto, pertanto, che questo lavoro sia condotto e gestito direttamente in prima persona dai cittadini del quartiere, e non dai tecnici; uno scorretto intervento potrebbe ulteriormente approfondire l'emarginazione (classificando e bollando sotto le varie diagnosi di malattia gli handicappati, così i «caratteriali», ecc.).

HANDICAPPATI NON SOLO SI NASCE MA SI DIVENTA

Documento del Comitato Unitario Handicappati di Genova 28-2-'76

«In pratica, fino a diciotto anni non avevo mai visto, e forse appena sentito parlare, di un distrofico. Ora penso che, se solo si vedessero più spesso, non ci sarebbero molte difficoltà ad accettarli come persone normali».

Così ha risposto un lavoratore di una fabbrica della Val Bisagno ad una delle tante interviste che abbiamo fatto per preparare questo documento. In effetti, non è tutto qui e nemmeno così semplice. Questo può essere solo un primo passo ed è quello che ci proponiamo: farci vedere, conoscere e fare anche capire perché siamo costretti a nasconderci.

Finché un uomo o una donna segnati da una diversità nel fisico o nel carattere saranno segregati in scuole diverse, chiusi in casa o ricoveri, tenuti fuori dal mondo del lavoro, privati di mezzi sanitari educativi, economici, non solo saranno fuori vista, ma si sentiranno esseri diversi e inferiori.

Non può essere che così in una società fondata sul dominio di pochi che detengono il potere sui mezzi per soddisfare i bisogni e i desideri di tutti gli uomini. Il potere viene esercitato su mezzi sempre più sociali, collettivi, interdipendenti tra loro, e impone le sue leggi assurde allo sviluppo sociale e individuale. Le conseguenze evidenti sono: concorrenza generale per il potere o semplicemente per vivere, egoismo, ignoranza, guerre e violenza, crisi economiche e sociali, sottosviluppo, inebetimento generale delle coscienze, sfruttamento dei lavoratori e dei popoli meno progrediti, discriminazione degli individui inabili ad essere ammessi in questo ciclo produttivo.

chi sono dunque gli handicappati?

Molti indicano nella componente fisica o psichica della minorazione l'elemento essenziale:

«Per handicappato intendo quelle persone che hanno difficoltà mentali o psichiche che impediscono loro un naturale inserimento nella società» e si fanno distinzioni tra handicappati fisici e mentali, lievi e gravi, minorati e disadattati.

Queste sono risposte che pur partendo da una realtà innegabile, portano a pericolose conseguenze, cioè a mettere in ombra il fatto *fondamentale* che solo in una società come

la nostra ad una minorazione o ad altre forme di diversità disapprovate, si accompagna la segregazione e la impossibilità ad avere l'aiuto necessario, tecnico, economico, sociale per soperarle. Che questa sorte, *la compressione dello sviluppo individuale e sociale*, è condivisa, in forme più o meno accentuate, dalla stragrande maggioranza della popolazione mondiale, cioè da tutti coloro che pagano, con l'espropriazione del loro lavoro e delle loro risorse, gli agi ed i lussuosi problemi di poche decine di milioni di individui, «uomini» per eccellenza, dei paesi cosiddetti progrediti; che, infine, l'handicap del povero è un doppio handicap.

Chi sono allora gli handicappati, gli esclusi, gli emarginati, i devianti?

Dice il sociologo americano Goffman:

La società stabilisce gli strumenti per categorizzare le persone e tutto quell'insieme di attributi ritenuti ordinari e naturali per definire gli appartenenti a ciascuna delle categorie. Quando quell'estraneo è davanti a noi, può darsi ci siano le prove che egli possiede un attributo che lo rende diverso dagli altri, dai membri della categoria di cui dovrebbe far parte, un attributo meno desiderabile. Si può arrivare a giudicarlo come una persona cattiva, o pericolosa, o debole. Nella nostra mente, viene così declassato da persona completa e a cui siamo comunemente abituati, a persona segnata, screditata. Tale attributo è uno stigma, specialmente quando ha la capacità di esercitare un profondo effetto di discredito. Talvolta viene anche chiamato una mancanza, un handicap, una limitazione. Per esempio in America, si può dire che ci sia un solo tipo di uomo che non deve mai arrossire: è il giovane, sposato, bianco, abitante nei centri urbani, proveniente dagli stati del nord, eterosessuale, protestante, padre, con istruzione universitaria, un buon impiego, una bella carnagione, giusto peso e altezza, e dedito ai vari sport. Tutti gli uomini americani hanno la tendenza a guardare il mondo da questa prospettiva, perchè essa costituisce la misura in cui si può parlare di un sistema comune di valori in America. Coloro che non si qualificano in nessuno di questi modi, è preferibile che si considerino, almeno in certi momenti, indegni, incompleti, inferiori.

quanti sono questi handicappati?

Dati precisi ed aggiornati non ce ne sono, anche per le difficoltà di cui abbiamo parlato: isolamento, sovrapposizione del fenomeno del ricovero a quello della minorazione, divisione in compartimenti stagni delle categorie e associazioni di handicappati, tendenza delle autorità a tenere in ombra la questione, ecc.

Ma le stime che sono state fatte permettono di individuare la dimensione: i subnormali intellettivi sarebbero più di un milione e mezzo in Italia, più di centomila gli effetti da paralisi cerebrale infantile (spastici); mezzo milione di poliomielitici; decine di migliaia sicuramente gli ammalati di sclerosi a placche; circa 80000 i ciechi; 16000 gli ambliopici (grave disturbo della vista); oltre 70000 i minorati dell'udito; ai quali bisogna aggiungere gli invalidi del lavoro, di guerra, di incidenti «civili»... milioni in Italia. Almeno un italiano ogni trenta, forse di più, è allora handicappato.

Tanti, eppure quasi non si vedono e questa è una prova

dell'efficacia delle barbarie che li circondano. Uomini che nel nostro mondo non rientrano nella normalità, che vivono ai limiti della sopravvivenza, confinati in una minorazione di fatto quasi insuperabile, avviliti dal disprezzo o dall'incuria delle autorità, di chi non condivide direttamente (ma per quanto?) la loro sorte consci che ci sono le tecniche e le ricchezze per combattere seriamente il loro handicap; ma vengono sprecate o inutilizzate! A tutto questo si aggiunge il «doppio handicap» della povertà e dell'ignoranza: la maggior parte dei cerebrosplastici, ad esempio, provengono da genitori a basso livello di vita (in Sicilia, il 76% sarebbero figli di sottoccupati, braccianti, agricoltori); dei ciechi presenti in Istituti, il 93% appartiene alla classe operaia e contadina, e gli esempi potrebbero continuare su questo tono per tutti gli altri gruppi di minoritari.

Molti si stupiranno della nostra definizione di handicap, perchè l'opinione corrente è un'altra; tuttavia, sotto il profilo medico avrebbe scarso significato parlare in generale di handicappati. Solo dunque partendo da una visione più globale del problema, cioè da una concezione di handicap più estesa e generalizzata, è possibile una comune azione liberatrice, è possibile rompere l'isolamento in cui si trovano gran parte delle persone colpite da minorazioni fisiche, psichiche, sensoriali (gli handicappati comunemente intesi), di cui in particolare vogliamo farvi conoscere la situazione.

A loro infatti è riservata la sorte più dura: poco o niente autosufficienti, in maggioranza improduttivi, o relegati in attività marginali, costretti all'ignoranza, alla cronicizzazione dell'invalidità, al sottoconsumo, ad essere di peso a se stessi, alle loro famiglie e alla società. **Sono stati divisi artificialmente**, in numerose categorie spesso in lotta tra loro per aggiudicarsi le briciole del «reddito nazionale», immersi in un pantano vischioso di pietismo, paternalismo e beneficenza, tenuti lontano dalla conoscenza delle vere responsabilità del loro disagio, dall'unione che moltiplica le forze, dai veri amici ed alleati.

Come abbiamo già detto per la vastità dell'argomento, non è possibile affrontare in questa sede, anche il problema di tutti quegli esclusi ed emarginati che pur non avendo minorazioni fisiche evidenti sono ugualmente colpiti da handicap, o disadattamento, come i rinchiusi nei manicomi, nei collegi, nelle carceri, nei riformatori, nei brefotrofi, nei croniciari,... Concentreremo invece l'attenzione **sulle persone affette da minorazioni fisiche psichiche, sensoriali, a carattere permanente, o lungamente protratte nel tempo.**

Senza dimenticare che la limitazione dello sviluppo, l'allontanamento dal centro produttivo, o culturale della società, l'organizzazione fatta contro gli uomini, sono comuni sia a queste situazioni, che a quelle precedentemente espresse e, come vedremo in seguito, che alla minorazione spesso si accompagnano il disadattamento e il ricovero.

come li aiuta la società oggi in Italia?

Bisogna subito dire che alle classi lavoratrici viene sottratto molto denaro per assistere gli invalidi e gli indigenti: qualcosa come 200 miliardi nell'ultimo bilancio dello stato, quasi 700 miliardi di spesa pubblica complessiva nel 1970.

con una forte tendenza all'aumento (anche in questo caso non saranno però ad avere cifre precise).

Ma di tutte queste migliaia di milioni, è una quota minima che giunge veramente a chi dovrebbe beneficiarne (circa 45 lire al handicappato).

La maggior parte va persa nel mantenimento di un numero incredibile di enti ed istituti (oltre 40.000) e di addetti, di una rete assistenziale fittissima, i cui veri scopi sono quelli di dare da vivere a chi vi è impiegato e di tenere sotto controllo per conto del potere, una situazione che, per la sua drammaticità e per le sue necessità radicali, mette in crisi l'ordine sociale esistente e richiede la costruzione di una società completamente nuova.

Deve essere chiaro che non si tratta di disfunzione o di abusi, migliorabili con la qualificazione della spesa, il coordinamento dei servizi, l'utilizzazione di personale ed attrezzature adeguati o altro, ma della forma che la storia italiana ha dato alla necessità di controllare gli effetti contraddittori di un sistema logoro e sbagliato. Non stupirà quindi sapere che, nonostante le promesse di molti governi e i principi della costituzione, non esiste una legge organica per affrontare globalmente l'assistenza agli handicappati, che le leggi esistenti sono sempre applicate contro l'integrazione sociale dei minorati, che nessun serio sforzo è fatto per la prevenzione e la riabilitazione, che la cura è scadente, che l'intervento principale dei pubblici poteri consiste nel proteggere il «corpo sano» della società dal «contagio» degli invalidi, segregando quest'ultimi in ghetti di vario genere, dalle scuole speciali ai laboratori protetti agli istituti di ricovero e manicomi, o costringendoli alla autoesclusione nelle famiglie o in incredibili situazioni di vita isolata.

A questo punto è facile che molti pensino che siamo dei sognatori che abbiamo perso la capacità di valutare realisticamente il problema, magari per il comprensibile motivo che la cosa ci tocca da vicino e che in realtà la minorazione stessa imponga un determinato modo di pensare, e come potrebbe essere altrimenti? La scuola «speciale», l'autobus «speciale», e, in mancanza di famigliari ai quali affidare l'assistenza, l'istituto «speciale». L'unico elemento di verità in questo modo di pensare è dovuto al rifuggire dall'intuizione - che spaventa - della vastità del cambiamento necessario. Invece, magari in tutta buona fede, molti confondono l'effettiva necessità di aiuti specifici con la segregazione e con la «beneficienza» cui sono sottoposti gli handicappati.

Per sfuggire al paternalismo, all'assenza di interventi pubblici, all'internamento, le persone handicappate, le loro famiglie, medici, educatori, operatori sociali ed altri, hanno cercato di provvedere da soli almeno alle necessità più urgenti, in primo luogo quella del sostegno alle famiglie degli invalidi. Sono così sorte alcune associazioni, sono stati realizzati alcuni servizi, qualche concessione è stata strappata ai pubblici poteri - leggi sul collocamento sussidi, ecc. - ma soprattutto una parte degli handicappati sono usciti dall'isolamento, hanno potuto cominciare a farsi conoscere e, cosa più importante di tutte, hanno dimostrato la capacità di essere artefici della loro riabilitazione. Tutto questo enorme sforzo è stato però accompagnato da gravi mancanze: a parte il limitato coinvolgimento degli interessati troppo spesso le iniziative degli handicappati sono servite a renderli complici, o responsabili, della propria segregazione, assumendo l'assunzione dei servizi speciali, chiudendosi ne-

gli interessi limitati della specifica categoria tutelata, ponendo a fondamento associativo l'aspetto fisico della minorazione, o cercando di costruire piccoli «contromondi» in cui alla discriminazione subita si tenta di contrapporre l'orgoglio dell'autoisolamento e dell'autosufficienza.

Quest'ultima è stata però la prima tappa forse obbligata del recupero della stima di sé, alla quale è seguito, in questi anni, anche un intervento di qualità diversa, che mira ad unificare, gli handicappati al di sopra delle specifiche e diverse minorazioni, a rompere la separazione dagli strati sociali sui quali maggiormente incide come costo e come numero - il dramma dell'invalidità - a rifiutare le facili spiegazioni, a guardare con coraggio alle cause profonde e a denunciare, senza velarle le responsabilità sociali della loro inferiorità.

Adesso, affrontando vari aspetti della vita dei minorati - a scuola, in famiglia, con gli amici, nel lavoro, negli istituti assistenziali, ecc. - cercheremo di mostrare quanto può essere fatto anche nei casi più gravi e apparentemente più disperati, per riportare gli individui colpiti all'autosufficienza e alla dignità, e quanta normalità ci sia in chi viene violentemente e ostinatamente costretto ad essere diverso. Ma anche se vi fosse poco da fare, non è forse giusto, ormai accettato dalla coscienza dei più, riconosciuto nella stessa costituzione, mobilitare tutte le risorse disponibili perché degli esseri umani soffrano di meno, perché abbiano tutto ciò che è umanamente possibile avere?

L'handicap si forma spesso prima della nascita ed è da questo momento che la responsabilità è anche sociale. Prendiamo ad esempio gli spastici. L'origine della malattia è una lesione cerebrale che si manifesta subito dopo la nascita o, più tardi, entro il primo anno di vita. E' colpito soprattutto il sistema motorio, ma con molta frequenza si accompagna ad alterazioni della sfera psico-intellettiva, realizzando un quadro di insufficienza mentale. Le cause non sono ereditarie ma strettamente connesse al momento del parto e della gravidanza. E' statisticamente provato che nel 50% dei casi le cause sono natali, cioè dipendenti dalle circostanze della nascita (prematunità, parto prolungato e precipitoso, parto distocico o strumentale, asfissia neonatale). Sono condizioni di assistenza sanitaria, sia nel caso di ambienti ospedalieri inadeguati, sia soprattutto nel caso di parto domiciliare. Quest'ultima evenienza comporta un inevitabile ritardo all'intervento assistenziale, un ricorso più frequente al parto strumentale e l'indisponibilità dei più adeguati mezzi di rianimazione neonatale. Le carenze nel campo della prevenzione non si limitano tuttavia al momento del parto domiciliare ma si estendono anche a livello di strutture ospedaliere; anzi, è proprio la scarsità di queste ultime che mantiene il primo fenomeno in proporzioni così vaste. Oltre la carenza di posti letto, particolarmente acuta in particolari regioni, vi è da denunciare la completa insufficienza di strutture ospedaliere qualificate all'assistenza perinatale (immediatamente successivo al parto). La rianimazione del neonato è ancora largamente affidata all'empirismo delle ostetriche; è una pratica che avviene anche negli ospedali principali quali quelli dei capoluoghi della provincia. Così l'Italia non ha soltanto il primato della mortalità perinatale fra i paesi europei, ma anche quella della mortalità perinatale fra i paesi europei, ma anche quella dei bambini minorati. Si può dire che la gran maggioranza dei minorati psichici (subnormali) e parte di quelli fisici, derivano da una carenza assistenziale nel periodo perinatale.

Naturalmente, non è un caso che nel nostro paese le attenzioni dedicate alla prevenzione e al recupero siano così scarse: ci sono troppi disoccupati, troppi che debbono emigrare ed è quindi perfettamente logico che si sprechino vite umane, così come è del tutto ragionevole con questa logica che vengano buttate via tonnellate di frutta che non si possono vendere a prezzi convenienti. Di riflesso anche la medicina preferisce dedicare le sue migliori energie alle attività più redditizie della cura privata dei malati abbienti.

Alcuni degli intervistati pensavano che il destino o la fatalità avessero una grossa parte nell'origine dell'handicap; vediamo invece come dipenda da fattori che possono essere conosciuti, prevenuti, combattuti.

Prendiamo un caso estremo, la distrofia muscolare: di questa terribile malattia ereditaria, che distrugge progressivamente i muscoli fino a quando i polmoni non avranno più la forza e afflosciandosi cesseranno di respirare, la medicina sa ben poco. Solo le famiglie con un reddito elevato, possono assistere i distrofici, perchè lo stato fa poco o niente, e la mutua non riconosce la malattia. Se la ricerca scientifica fosse rivolta a studiarne le cause invece che a progettare mezzi di distruzione, se nel nostro paese si affrontasse seriamente la questione dell'educazione sanitaria di massa e della procreazione cosciente, tutte cose possibili, anche questa minorazione potrebbe essere efficacemente combattuta. Non è nemmeno il caso di parlare degli «omicidi bianchi», degli invalidi per infortuni sul lavoro e malattie professionali, essendo ormai noto a tutti coloro che hanno interesse a non ammetterlo che una diversa organizzazione del lavoro potrebbe in gran parte ridurli. E anche negli incidenti più casuali, più imprevedibili, un'efficace attrezzatura sanitaria di cura e riabilitazione, sarebbe in grado di diminuire enormemente gli effetti invalidanti.

come reagisce la famiglia di un handicappato

Prima di tutto bisogna dire che la collettività scarica sulla famiglia tanto il peso materiale quanto la responsabilità morale della minorazione, lasciandola praticamente sola ad affrontare questo colpo durissimo con bilanci economici ed affettivi già «normalmente» messi in serio pericolo dalle «normali» difficoltà della vita quotidiana. Non sono poche le famiglie che crollano sotto questa *mazzata sociale*: questo permette anche di capire come sia difficile il rapporto con il componente minorato e invece come sia facile accettare il ricatto del ricovero in istituto.

Tutti i benpensanti gridano all'irresponsabilità o alla cattiveria, ma in queste condizioni si capisce bene come solo pochi riescano a salvare l'equilibrio interno ed esterno della famiglia ed a far ritrovare all'invalido la fiducia nelle sue capacità e nei suoi desideri. Quando poi si aggiunge una «minorazione» esterna, come la disoccupazione o la malattia di uno dei componenti «normali», la situazione esplode.

Bisogna dire inoltre che è la donna, già più debole e segregata lei stessa, a portare il carico maggiore dell'assistenza, che si aggiunge alle altre catene della servitù domestica e non contribuisce certo a far maturare atteggiamenti sereni e disposizioni al rispetto dell'autonomia, tanto dell'handicappato quanto di chi gli sta intorno. E' questo un fenomeno costante dell'organizzazione dell'assistenza: il ricorso ai gruppi marginali, economicamente, culturalmente, so-

cialmente, per tenere a bada gli handicappati, i disadattati, i «devianti»: insegnanti ciechi negli istituti per ciechi, seconcini reclutati nella miseria del Sud e delle isole per carcerati provenienti dalle classi subalterne della società, suore indiane per gli orfani e gli emigrati, ecc. Così succede spesso che una segregazione si sommi all'altra e si rafforzino a vicenda, in una spirale chiusa, di cui, ad esempio, i casi di incesto tra la madre e il figlio minorato non sono che il limite estremo e coerente.

I genitori, in genere, passano dalla disperazione al senso di colpa, alla prostrazione fisica e mentale, a situazioni frustranti, a ribellioni a volte con conclusioni catastrofiche.

Passato il periodo di questa crisi, comincia la caccia affannosa del rimedio atto a sanare, o perlomeno a controllare la minorazione, e quindi la ricerca di medici, richieste, visite, a volte perdite di tempo utili ad altre soluzioni. Non di rado ascoltano tutte le voci che suggeriscono il tale taumaturgo, o il famoso santo dal magico fluido; compiono pellegrinaggi verso i più distanti santuari, fino a quando, estenuati, si fermano a riflettere e a tentare di trovare senza illusioni la soluzione del caso. E' a questo punto che la situazione si fa chiara, più semplice e più triste. Nella mente dei genitori cominciano a prendere corpo le parole di alcuni medici che consigliavano il ricovero del bimbo minorato in questo o in quell'altro istituto, cominciando con l'opera di distruzione, di adattamento, e, nello stesso tempo, di emarginazione dell'individuo. In questo periodo le famiglie dei minorati, che inizialmente avevano avuto un unico scopo di vita, la lotta contro la causa della minorazione, prendono a considerare altre e varie soluzioni. Una parte, la maggioranza, si rassegna ad internare negli istituti i propri figli; un'altra, la più abbiente, risolve il proprio caso con soluzioni familiari di tipo tecnico, un'altra ancora, che non vuole sottostare alla «comodità dell'internato» confermata dal parere dei medici e degli esperti, tenta il recupero con la lotta per l'ammissione del minorato nella società, nel modo più completo, cercando di evitare turbe di ordine psicologico.

Certamente, questa è la soluzione oggi più valida, ma lo sforzo da sostenere è durissimo: **la famiglia di un handicappato non deve essere lasciata sola; la solidarietà dell'ambiente circostante, delle altre famiglie del quartiere, l'aiuto della società sono essenziali.** Oggi invece l'unico terribile aiuto della nostra società è il ricovero, la segregazione negli oltre 200 istituti «specializzati» o in qualcuno degli altri cinquemila e più esistenti in Italia.

L'istituto potrebbe essere utile in quanto aiuto specifico in un compito troppo gravoso per i singoli, ma ben altri dovrebbero essere i mezzi e i metodi, totalmente fondato sulla paura e sul disprezzo. Sembra che chi dirige questi enti conosca molto bene solo un tipo di «collaborazione», cioè la richiesta di complicità ai familiari o il ricatto dell'allontanamento.

Data la disparità di potere tra familiari ed istituto, quest'ultimo fra l'altro direttamente inserito nelle maglie dell'apparato statale e quindi ben protetto da leggi, poliziotti, ecc., e date le condizioni di povertà e di ignoranza in cui molte famiglie si trovano, e il perdurante rispetto, tipico della povera gente, per l'Autorità, la manovra dell'istituto riesce quasi sempre, ed è particolarmente efficace quando gli «esperti», medici, psichiatri e simili, coprono con incomprensibili termini

scientifici le ragioni del dissidio del «ribelle» e dei provvedimenti disciplinari. Così si capisce anche come, talvolta, la famiglia non sia per la persona invalida che una prigione di tipo particolare.

L'Istituto di cui abbiamo invece bisogno è dotato di servizi specializzati, è situato nei quartieri dove la gente vive, studia, lavora vicino a chi ne ha bisogno, è aperto a tutti, non solo agli inabili; è un centro permanente di studio e di ricerca, di educazione sanitaria per tutti, è controllato effettivamente da coloro che lo usano e lo pagano; è collegato con tutti gli altri servizi sanitari, con il mondo della scuola e del lavoro; è in sostanza soltanto un momento della vita sociale della persona handicappata e della collettività di cui fa parte.

Tecnicamente la cosa è possibilissima, anzi, si può dire che non ci sia competente che non l'abbia detto, scritto, dimostrato.

Esperimenti coraggiosi, pur se talvolta discutibili, sono stati tentati, purtroppo con vita breve ed esito incerto, se non negativo, per l'indifferenza, o, più spesso, il pesante intervento repressivo dei pubblici poteri. In questi ultimi anni, in pratica, nessuno di questi tentativi ha potuto svolgersi senza scontrarsi, com'è logico, con la feroce volontà di conservazione dei padroni della nostra società. Eppure, quanti pregiudizi sono stati infranti, quante impossibilità sono diventate possibili?

Scriva Salvatore Jona, in conclusione di un libro in cui racconta un suo contrastato tentativo di sottrarre ai nefasti effetti del ricovero in manicomio un certo numero di giovani insufficientemente mentali (o considerati tali), di cui alcuni ritenuti pericolosi:

«Il mio esperimento dimostra soltanto come un recupero, maggiore o minore a seconda delle circostanze, sia possibile per gli insufficienti mentali. (...) Se il modesto recupero da me effettuato negli undici soggetti della sperimentazione ha portato a così positivi risultati, occorre ampliarne i confini ed insistervi mentre un'inerte degenza negli ospedali psichiatrici accentua la disgregazione della personalità e conduce inevitabilmente il soggetto ad una fatale frattura con il mondo».

Molto, moltissimo, potrebbe davvero essere fatto; è significativa la carica liberatrice, l'enorme speranza contenuta nel racconto dell'esperienza seguente, tentata purtroppo con fortissime resistenze, da un gruppo di operatori di un centro per bambini subnormali gravi del comune di Milano:

«Per noi, il bambino subnormale è un bambino. Come tutti i bambini è un essere che entra in un rapporto dinamico con le persone e gli oggetti che lo circondano; ha degli istinti e delle pulsioni, riceve gratificazioni e frustrazioni dall'ambiente in cui vive e da esso, è strutturato, modellato, modificato, e su di esso in rapporto stretto con la sua esperienza personale, impara ad esercitare gradatamente la sua sfera di influenza. (...) Ha cioè una personalità ed essa è il frutto della sua storia; la ricchezza e la positività delle esperienze vissute sono determinanti per la sua buona strutturazione. (...) E' in questo contesto psicologico che ogni azione educativa deve inquadrare e dimensionare l'handicap intellettuale del bambino (anche quello di origine organica) e l'effetto del rifiuto sociale che da esso consegue; l'handicap non è l'elemento costitutivo della personalità del bambino, quello che direttamente ne determina il comportamento; è invece l'elemento frenante e perturbatore di quei

rapporti tra bambino e ambiente che soli determinano la sua personalità e il suo comportamento.

In base a questa impostazione teorica abbiamo impostato e cominciato ad attuare il nostro programma. Prima di tutto abbiamo cercato di rompere l'isolamento assoluto in cui vivevano i bambini del Centro, studiando alcune attività che permettessero un contatto con l'esterno: 1) frequenza della piscina comunale mescolati con tutti gli altri bambini; 2) utilizzazione della palestra della scuola elementare che sorge accanto al centro; 3) passeggiate nei dintorni e compere quotidiane nei negozi del quartiere. Per quanto riguarda le attività da svolgersi dentro l'istituzione, abbiamo cercato di rompere la rigida divisione dei bambini per classi di ugual livello, creando gruppi mescolati per età e capacità, per delle attività di socializzazione e dei momenti di vita pratica e di autonomia. La risposta a tutto questo da parte della neuropsichiatra è stata molto chiara: «i bambini sono malati, anzi gravemente malati, il programma elaborato rischia quindi di danneggiarli, i bambini hanno soprattutto bisogno di cure». Quindi niente aumento delle ore di permanenza al Centro (come avevamo programmato sia per avere una maggiore disponibilità di tempo per l'attività pedagogica, sia per permettere alle madri dei bambini che ne avessero avuto necessità di recarsi al lavoro), niente passeggiate, soprattutto niente piscina. (...)

Fu proprio in difesa di un'impostazione teorica che considerava il subnormale come un bambino contro chi invece lo considerava soprattutto come un malato, in difesa quindi di un intervento che mirava in primo luogo alla socializzazione contro la custodia e la cura voluta dal medico, che proseguimmo la realizzazione del nostro programma e incominciammo a mobilitare i genitori dei nostri bambini. Si arrivò così ad una assemblea pubblica, indetta dal comitato genitori, cui fu invitata la neuropsichiatra, che rifiutò il confronto e continuò la lotta ad un piano molto meno tecnico e ortodosso; con telefonate anonime ed altri trucchi si tentò di spargere del malcontento tra i genitori più sprovveduti. A molti di loro la neuropsichiatra ha proposto di istituzionalizzare il bambino.

Alla signora X che ha un figlio mongoloide è stato detto: «Signora, faccia un altro figlio e metta M. in istituto; non si preoccupi perché è come un cagnolino e troverà senz'altro un'altra persona a cui affezionarsi». Ad altri genitori è stato suggerito di separare il figlio subnormale dagli altri fratelli sani. (da *Inchiesta* anno I n° 4)

Le associazioni degli handicappati hanno cercato di dare vita in assenza di servizi pubblici adeguati a centri aperti di riabilitazione. In confronto ai ricoveri sono il paradiso in terra, i minorati sono seguiti con ben altro affetto, rispettati, curati nel limite delle possibilità.

L'intervento della società, dello stato, delle articolazioni locali del potere pubblico (Regione, Provincia, Comune, ecc.) è chiaramente indispensabile. Ma è anche altrettanto indispensabile che la responsabilità, la capacità maturata in chi, handicappato o genitore o lavoratore dei servizi, vivendo sulla pelle il dramma della minorazione, ha mandato avanti di sua iniziativa l'assistenza agli invalidi, continuano a svilupparsi, trovino gli strumenti per realizzarsi sempre meglio, tocchino molti altri strati sociali e persone, fino a «coinvolgere tutti», fino a includere nelle norme anche la minorazione, come tutte le altre condizioni della vita oggi respinte ai margini o fuori dal confine umano: la malattia, la vecchiaia...

Di fronte alla persona handicappata stanno, dunque, da una parte la famiglia e nel migliore dei casi l'associazione, entrambe in serie difficoltà, dall'altra gli istituti della esclusione, sempre più gonfi di mezzi e di potere. Sembrerà strano eppure, dopo tutte le denunce che ci sono state in questi anni, la rete assistenziale è non solo indenne, ma più forte di prima. Il fatto è che gli istituti si sanno difendere bene, e chi ha il compito di controllarli - la prefettura, la regione (3) - si è preoccupato soprattutto, e nel migliore dei casi, di combattere gli abusi, le irregolarità palesi, non certo di mettere in discussione i criteri basilari che ne regolano l'andamento. Abbiamo visto che ciò non è avvenuto senza ragione; non sarà male però ribadire alcune cose. In primo luogo la società si difende meglio concentrando i soggetti ritenuti pericolosi (allo stato attuale delle tecniche di controllo) in luoghi di facile sorveglianza, e tenendoli il più possibile lontani dagli altri, il cui consenso all'armonia sociale non deve essere turbato da stonature tanto clamorose. C'è poi il fatto che il nostro paese alleva numerosi gruppi di persone improduttive ma prepotenti ai quali gli strati oggi dominanti devono dare, in cambio della fedeltà, una parte del potere. Infine non è un mistero per nessuno che il mondo assistenziale sia un grossissimo sebaio di voti: non sono pochi gli uomini e le donne «lanciati» al governo o al sottogoverno da questo trampolino di carriere.

È facile comprendere la vastità della massa di potenziali elettori considerando che per ogni minorato vi sono almeno altri due o tre familiari anch'essi disposti alla riconoscenza a causa dello stato di bisogno e che negli istituti basta poco per apparire subito buoni agli occhi di tanti, che si può sempre contare su una efficace rete di aiutanti, propagandisti e mezzani, dato che anche il personale addetto (dai dirigenti ai tecnici, dai religiosi agli inservienti) ha trovato privilegi o semplicemente lavoro grazie a raccomandazioni e favori, di questo o quel candidato. La cosa poi più assurda anche se perfettamente coerente con la logica di questo sistema, è che persone «irrecuperabili» e incapaci di intendere e di volere, al momento del voto riacquistano subito tutte le loro capacità. Ed è proprio per le ragioni fin qui esposte che gli istituti, che pure non curano, non rieducano, non insegnano possono continuare ad esistere, almeno finché non si saranno trovati nuovi gruppi sociali capaci di mostrarsi più efficienti nel controllo degli handicappati.

Non manca una contesa tra sostenitori della modernizzazione, della scienza applicata, e fautori del collaudato sistema della predica e della missione, ma non pare che i primi per ora siano riusciti a vincerla; c'è stato piuttosto un reciproco accomodamento. In ogni caso tra una violenza coperta dalla morale ed una coperta dalla scienza, non si vede che cosa ci sarà da guadagnare. Che gli istituti si difendano con accanimento e spesso con successo, è dimostrato anche dal fatto che pochissimi sono quegli amministratori, pur responsabili di situazioni tremende, che vengono perseguiti.

Come si vive dentro a questi campi di assistenza?

Fino alla maggiore età gli handicappati trovano posto, in genere, in istituti «per loro», più o meno specializzati nel dargli cure, istruzione, mestiere. Secondo statistiche ufficiali, più di 40.000 minorati vi si tro-

vavano nel 1967. Chi ha superato i 21 anni e non può contare sull'aiuto dei familiari o sulle sue risorse, deve ricorrere ad un tipo di assistenza che a tutti i difetti delle istituzioni totali aggiunge quello di non essere assolutamente fatto per lui: il ricovero in cronico a volte in manicomio. Quante sono le persone handicappate in questi luoghi? Parecchie, ma non si sa ed è difficilissimo saperlo, il numero preciso.

Una cosa invece è certa: ben raramente ne escono vivi.

Qual'è la loro condizione? L'esempio che segue la mette in luce. Si tenga presente che non si tratta assolutamente di un caso eccezionale, e che la persona di cui si parla non è per niente mostruosa: a conoscerla, stupirebbe la sua fragilità, la sua dolcezza, in un certo senso la sua normalità.

Qualcuno potrebbe pensare che non è possibile che tutti gli handicappati adulti abbiano a subire vicende così amare. In effetti c'è un'altra soluzione, quella dell'annullamento totale, della piena identificazione con l'ambiente, del sacrificio completo dei propri bisogni, della rinuncia ad ogni tentativo di esprimere necessità diverse da quelle accettabili dall'istituto. Muti testimoni della vita del ricovero, ridotti al rango di suppellettili queste persone invecchieranno lentamente, fino a diventare del tutto simili agli altri internati. L'alternativa è questa; è difficile dire che cosa è meglio.... Ancora un'avvertenza: i fatti devono essere considerati non tanto localizzando «le stranezze» del soggetto, quanto piuttosto e con ben maggiore attenzione il contesto in cui avvengono quella serie di circostanze, di condizioni ambientali, entro cui maturano le scelte dei protagonisti, condizioni che agiscono da vero soggetto degli avvenimenti, anziché da sfondo indifferente.

Gianni è nato nel 1945 a Genova, ha quasi 27 anni e è celibe, ha fatto le elementari ripetendo ogni anno. Alla visita di leva lo hanno riformato per la bassa statura e per un'accentuata forma di scoliiosi. Sua madre è morta quando lui aveva 16 anni, e a 24 anni, nel 1969, è morto il padre, operaio in una grossa fabbrica metalmeccanica genovese. Gli è rimasta una sorella, oggi diciannovenne, che si trova in Germania a lavorare, e uno zio materno, che gli fa da tutore, ma non può tenerlo con sé. I suoi familiari gestivano una piccola osteria sulle colline alla periferia della città, con il suo aiuto. Nella cartella clinica c'è scritto: «Debole di mente, ha reagito ai lutti familiari dedicandosi all'alcool». Poco dopo la morte del padre si è fatto ricoverare volontariamente in manicomio, per disintossicarsi.

Unamico dice che quando lo hanno dimesso era inebetito. Con l'assistenza del comune è giunto nel '70 ad un ricovero.

Lo hanno messo in un dormitorio, con altre 5 persone, vecchi o adulti. Quattro mesi dopo gli hanno dovuto fare una delle prime cure disintossicanti. Nell'estate del '71 lo hanno cambiato di camera per evitare che un vicino di letto, anche lui alcolizzato, approfittando del suo stato di ubriachezza, continuasse ad avere rapporti omosessuali con lui.

Ogni tanto lo vediamo con vistosi segni in faccia, di cadute o testate, che prende quando beve. È sempre insieme con alcuni ricoverati, relativamente giovani, più furbi di lui, con i quali divide soldi e passatempi. Nella primavera del '72 si è fatto nuovamente ricoverare in manicomio, per un'altra cura contro l'alcolismo; gli hanno assicurato che al rientro avrebbe ritrovato il suo posto. Ritornato dopo un

... mese, non lo volevano accettare: perchè è fonte di preoccupazioni, di «grane», e, insieme, perchè occupa, pagando una retta di x lire, un posto per il quale il ricovero potrebbe far pagare ad altri una retta tripla. È arrivato da solo, di sera, con la sua valigetta, e gli hanno detto di andarsene, sapendo che non ha casa, nè parenti che lo possano ospitare, di tornare da dove era venuto. Grazie alla sfuriata di un medico che era casualmente presente, è stato riammesso.

Ha fatto però a tempo a prendersi una sbronza coi fiocchi.

Adesso lo stanno nuovamente disintossicando e gli hanno praticamente proibito di lasciare il reparto di degenza (non permettendogli di mettersi i vestiti normali). Gianni non è in grado di lavorare normalmente, anche se non gli hanno dato lavoro in un laboratorio protetto perchè non è abbastanza subnormale.

Solo alla fine del '71, dopo alcuni anni di inutili tentativi, è riuscito ad avere la pensione del padre, 36.000 lire al mese, unica sua fonte di reddito (di cui però il comune gliene lascia 10.000) assieme ad un piccolo risparmio amministrato dallo zio.

L'unica conclusione possibile allora è questa: abolire gli istituti della segregazione e della violenza, vecchi e nuovi, gestiti da Pagliuche o da superlaureati che siano.

Come per il recupero degli handicappati, e in stretto contatto con esso, in numerose città d'Italia si è tentato, o è in corso un processo, in verità una lotta durissima, per l'apertura di questi ghetti. L'impresa è ardua, sia per le resistenze che incontra, sia per le serie difficoltà che comporta una seria assistenza agli handicappati, sia per i danni precedentemente causati dalla segregazione e dall'incultura.

In certi casi troviamo in prima fila dei tecnici ad alto livello (psichiatri ecc.) in altri i protagonisti sono i dipendenti degli istituti o gli handicappati stessi ed i loro parenti.

Si è visto comunque che il primo passo, il primo atto liberatore, è la rottura della separazione e delle reciproche ostilità tra questi gruppi, il secondo è il coinvolgimento dell'esterno.

L'enorme valore di tentativi in questo senso, quale che sia la loro durata e il loro successo, sta nel mostrare la via giusta dell'abolizione dei ghetti assistenziali, una distruzione che non può avvenire per decreto, ma solo attraverso la maturazione nei diretti interessati in primo luogo, e in tutte le forze sociali sensibili, delle capacità di vedere al di là delle incensature, gli effetti disastrosi dell'attuale sistema, di capire i reali problemi di una efficace assistenza, di creare alternative valide, di socializzare, cioè rendere di tutti le esigenze delle persone handicappate, che non possono essere soddisfatte se non assieme a quelle della gente «normale».

La tendenza degli istituti è quella di tagliare tutti i legami dei ricoverati con l'esterno, di avere il monopolio delle risposte a tutte le loro esigenze, per potere realizzare un isolamento ed un controllo assoluti. Lavoro, amicizie, cure, formazione morale, scuola, cultura, giochi, tutto deve restare dentro al recinto, o tutt'al più nella cerchia degli istituti, abbiamo visto come vanno le cose nello sviluppo degli assistiti.

L'altra componente per realizzare la distruzione di questi mostri totalitari, consiste quindi nel disgregare questo blocco di funzioni diverse.

la formazione scolastica degli handicappati

Oggi ci sono tre alternative: scuole speciali in istituto (si tratta in genere di una formazione, oltre che dannosa, anche molto scadente); scuole speciali vere e proprie (anche loro scadenti) e quasi sempre isolate dalle altre scuole normali, oppure niente.

È facile intuire con quale handicap culturale si parta per affrontare un inserimento nella società, la ricerca di un lavoro, per i quali occorre un livello sempre più alto di conoscenze. Aggiungiamolo alle limitazioni fisiche (o mentali), al peso delle difficoltà familiari, alla pietà umiliante dei vicini o dei coetanei, al danno per molti, del ricovero in istituto e vediamo come si stia filando una lunga catena una maglia più grossa dell'altra, al piede di chi tenta ancora di farsi una vita non troppo diversa da quella degli altri.

Abbiamo chiesto a diversi gruppi di persone se ritenevano più adatte per gli handicappati le scuole pubbliche normali o quelle speciali. Tre risposte forniscono il quadro completo del problema:

«Nelle scuole pubbliche, incominciando dalle elementari proprio per non creare nessuna discriminazione»

«Per certi handicappati sono necessarie scuole speciali»

«Ritengo che la scuola com'è oggi non sia in grado di accogliere gli handicappati»

È chiaro che gli invalidi hanno bisogno di aiuti speciali a volte altamente qualificati e che la segregazione in scuole per loro è dannosa; d'altra parte è anche fin troppo vero che la scuola normale sarebbe efficace solo se adattata alle particolari esigenze delle persone handicappate, mentre nel nostro paese, essa ha oggi difetti tali da far disperare chiunque. La scuola da noi è un gigantesco sistema di selezione e di discriminazione, di indottrinamento e formazione secondo le necessità delle classi dominanti; la responsabilità dell'insegnamento di quella regola che vuole normali solo i sani, i ricchi, belli e furbi è sua, e sua è la colpa di respingere centinaia di migliaia di giovani lontano dalle opportunità di vita migliore rese possibili dall'istruzione.

In questa condizione chiedere per i minorati una scuola adeguata è illusorio. Anzi, è proprio su di loro che si scarica l'ondata più facile della selezione: sono i primi, sono i più facili ad essere tagliati fuori da una vera educazione:

È questo uno di quei casi in cui più chiaro appare lo stretto legame esistente tra la liberazione degli handicappati e quella della maggioranza degli altri giovani. Ora ci importa che si capisca come la scuola speciale, non è che un'altra forma di emarginazione e nello stesso tempo anche la soluzione obbligata della formazione degli handicappati.

La soluzione del problema del lavoro per gli handicappati, come quello della scuola, è impossibile senza un cambiamento radicale e generale.

Sulla questione abbiamo fatto domande precise. Abbiamo chiesto se si riteneva bene dare lavoro ai minorati, quali alternative in caso negativo potevano esistere e se era giusto che avessero una paga uguale agli altri o proporzionale al rendimento.

Anche in questo caso ci sono state date in complesso indicazioni che fanno pensare bene, insospettitamente, della maturità sociale della gente. I più, infatti, sono favorevoli all'inserimento degli handicappati in attività lavorative, secondo le possibilità individuali, oppure nei casi più gravi, in posti appositamente costituiti, e sono per una retribuzione adeguata alla mansione, uguale a quella degli altri.

Come è facile immaginare, la realtà è profondamente diversa. Oggi per i minorati e gli invalidi, salvo rare eccezioni, ci sono lavori poco piacevoli e poco pagati o, più spesso, non c'è niente.

Non parliamo delle donne handicappate perchè il loro destino è in genere ancora più crudo, in tutti i campi, di quello degli uomini. Per alcune c'è anche il lavoro a domicilio: oltre a rafforzare la segregazione nella casa, all'interno del nucleo familiare, costituisce uno fra i più arretrati sistemi di sfruttamento, e senza garanzia circa la continuità del lavoro, il livello del compenso, la mutua, la pensione e simili. Per i subnormali è ancora peggio, se possibile. La massima aspirazione realistica dei genitori è che i loro figli, vengano presi in qualche piccola fabbrica familiare come operai, garzoni, nei negozi, aiutanti di artigiani, sempre sottopagati o appena tollerati. Spesso sono già contenti se vengono accettati in qualche centro di lavoro protetto, dove ci sono corsi di avviamento al lavoro speciale, che rischiano di rimanere sempre di avviamento, senza che al lavoro gli iscritti vi arrivino mai.

Loro non lo sanno e continuano ad aspettare, anche perchè spesso sanno invece che le loro famiglie hanno molto bisogno, tal volta necessità assoluta del loro contributo. Eppure in altri paesi la minorazione non costituisce un ostacolo allo svolgimento di un lavoro utile e retribuito.

In Svizzera funzionano molto bene alcuni centri di addestramento professionale per giovani colpiti da gravi minorazioni fisiche e mentali: l'80 per cento dei ragazzi viene inserito nel lavoro normale, dove riceve una retribuzione uguale a quella degli altri lavoratori o integrata dall'assicurazione invalidità.

Degli altri l'8 per cento va a lavorare nel laboratorio protetto, organizzato anch'esso su criteri di moderna produzione industriale.

La cosa si spiega con la necessità di limitare l'importazione di lavoratori, per cui è diventato necessario recuperare tutte le forze di lavoro locali, e correlativamente di eliminare i servizi parassitari. Ma l'uso capitalistico della riabilitazione e della formazione professionale ne degenera la natura.

Nel centro di Strengelbach, ad es., per ragioni di economia

e di efficienza, subnormali ed invalidi sono alloggiati in uniche camere a due posti e sul lavoro i subnormali svolgono compiti prevalentemente ripetitivi mentre gli invalidi sono impiegati in operazioni più complesse. La cosa sembra giusta: l'invalido fa da tutore al subnormale, mentre quest'ultimo compensa la mancanza di autonomia del primo.

In realtà si stabilisce invece una scala di valori incompatibili con il principio dell'uguaglianza: il sano sarebbe qualcosa di più dell'invalido, e l'invalido qualcosa di più del subnormale. Inoltre, a causa di questa subordinazione, il minorato è costretto a tentare di competere: perciò studiosi americani hanno affermato che gli invalidi producono più dei sani.

In tutto questo traspare la possibilità di una strumentalizzazione disumana fondata sulla differenza tra lavoratori invalidi e sani, qualora si rendesse necessario recuperarli, per imporre condizioni di lavoro inaccettabili sia per gli uni che per gli altri.

Perciò il nostro primo compito di handicappati è quello di unirci a tutte quelle forze che mirano ad una piena occupazione, ad un lavoro che non fabbrichi morte, malattie, infortuni, che non renda gli uomini strumenti per far andare le macchine e per far crescere le ricchezze ed il potere di chi vive su di loro.

Molto significative sono le varie lotte condotte a livello di fabbrica, da parte degli stessi operai, per impedire lo sfruttamento dei lavoratori handicappati ed evitare il loro allontanamento dal processo produttivo.

Tra le esperienze più significative è da segnalare, per gli handicappati più gravi, quella condotta dal centro di addestramento speciale di Bologna. Si tratta di un insieme di corsi di addestramento frequentati da oltre 120 ragazzi, maschi e femmine.

Alla base del metodo c'è la consapevolezza e la volontà di combattere ogni forma di isolamento, anche dei ragazzi meno dotati nei confronti degli altri. Il lavoro viene considerato non come un fine, ma come un mezzo per raggiungere questo scopo. Le discussioni collettive sono quotidiane, la retribuzione dei ragazzi non è basata sul rendimento; un laboratorio di meccanica è diventato una cooperativa di lavoro tra genitori, ragazzi e istruttori; la speranza è quella di poter dare vita ad una cooperativa mista formata da deboli mentali a qualunque livello (poichè per qualsiasi ragazzo non può mai ritenersi chiusa la possibilità delle evoluzioni all'autonomia) e da operai inseriti come in un normale ambiente di lavoro. Gli animatori dell'iniziativa hanno scritto:

«Quando ci rendiamo conto infatti che l'inserimento dei ragazzi insufficienti mentali nel mondo del lavoro richiede una particolare capacità di adattamento all'organizzazione del lavoro, ai ritmi di produzione e alla legge della produttività e del profitto (che al massimo può tollerare la presenza di invalidi e minorati leggeri all'ultimo posto della scala delle qualifiche), allora non possiamo non mettere in discussione quelle leggi e quel tipo di valori dominanti nella nostra cultura.

I bisogni

Ad una situazione dura dal punto di vista dell'inserimento nel mondo della scuola e del lavoro, aggravata da ristrettezze economiche, si aggiunge per le persone colpite da handicap, la difficoltà nei rapporti affettivi e sentimentali.

I sentimenti devono restare nella sfera spirituale, mai concretizzarsi in modo normale e completamente; insomma, volere bene, è concesso, ma non certo poter far l'amore. Gli handicappati stessi accettano sovente questa imposizione esterna e tacciono vergognandosi delle loro naturalissime e più che legittime pulsioni; e d'altronde, se qualcuno avesse il coraggio di parlarne, sarebbe rapidamente etichettato come «sporaccione», dato che la sessualità di un handicappato viene considerata quasi come sinonimo di perversione. Il loro silenzio è il più grosso alibi, anche se giustificato, per la società: non chiedono nulla, quindi non hanno esigenze, quindi va bene così. Abbiamo già visto di sfuggita alcuni aspetti della vita sessuale degli handicappati negli istituti.

La storia delle infamie che sono state e che ancora vengono commesse è una delle più atroci. Ma fuori dai recinti benefici la situazione migliora di poco. Scrive a proposito di subnormali, una persona che ne conosce i problemi:

Questi bisogni dei subnormali sono poco valutati e incanalati anche dagli stessi tecnici. Solo di alcuni si evidenziano chiaramente le necessità sentimentali e sessuali. A costoro che dire? Sposatevi, fate una famiglia? Sono incostanti, si stancano presto, sono incapaci di mantenersi e di crescere e di educare figli. Unitevi senza legami? Le famiglia, la società non sono preparate, l'uso degli anticoncezionali è ancora marginale. Masturbatevi? È la stessa cosa che fare l'amore? All'estero le ragazze prendono la pillola o vengono loro legate le tube, le porte delle camere da letto sono sempre aperte e ciascuno risolve il problema come crede. È positivo? E i subnormali fuori dagli istituti?

In Italia qualche genitore porta i maschi da una prostituta, sempre la stessa, cui viene presentato il problema; i più si masturbano.

Non ce la sentiamo di proporre soluzioni, esclusa la necessità di riconoscere ed accettare questi desideri e la libertà di usare anticoncezionali come per tutti gli altri esseri umani valgono queste poche righe a far comprendere l'importanza e la gravità della questione.

Anche i rapporti di amicizia non sono semplici; gli handicappati si abituano fin da bambini - a parte rare eccezioni - ad essere messi da parte e a dipendere dalla carità, imparando un'atteggiamento che i più manterranno fino alla morte. I sani, dal canto loro, si sentono buoni e generosi e questo a loro basta. Gli invalidi che riescono a sopravvivere psichicamente a tali torture sono le eccezioni che confermano la regola. La madre di una bambina sorda ci ha raccontato che una volta, ai giardini, le mamme dei compagni di gioco di sua figlia vennero a riprenderseli, lasciando la piccola sola e in mezzo alla piazza, quando si accorsero che si spiegava a gesti. Eppure, anche in questo caso non sarebbe difficile rompere la catena dell'esclusione.

Una risposta comune è quella dei circoli per handicappati.

Così li descrive una ragazza invalida che li conosce da vicino:

Non è dunque nella scuola, tanto meno nel lavoro e neppure nella vita normale in genere che l'handicappato trova lo spazio in cui vivere, ma solo in strutture costruite «su misura per lui, come se il suo metro fosse diverso da quello degli altri esseri umani; e allora questa struttura non è su misura dell'uomo, ma del suo handicap, dell'uomo visto in funzione dell'handicap e non in funzione dell'uomo. I circoli nascono per superare il senso di solitudine («per non passare la domenica da soli in casa mentre gli altri vanno a divertirsi») è una delle risposte che con più probabilità vi darà un handicappato che frequenta il circolo) e anche, non ultimo, per il naturale desiderio di incontrare persone che abbiano gli stessi problemi. Come vengono affrontati questi problemi? Ecco alcune frasi abbastanza comuni «La società ci sopporta, sia dal punto di vista umano che da quello sociale...», «siamo tutti qui fra noi e ci vogliamo tanto bene», «la società non ci accetta e noi non accettiamo la società» (...) L'alternativa del circolo nella situazione attuale è perciò solo un'alternativa alla solitudine esasperante, ma non è un'alternativa alla emarginazione».

Molti altri sono i modi in cui gli invalidi vengono accantonati.

Le «barriere architettoniche»: si può dire che fino ad oggi non una scuola, un mezzo o ufficio pubblico, un marciapiede, una fabbrica, siano stati costruiti in funzione dell'esistenza e dell'utilizzazione da parte degli invalidi, anche quando sarebbero stati sufficienti dei cambiamenti minimi, come 10 cm di larghezza in più per la porta di un'ascensore, uno scivolo per il marciapiede, un gradino in meno all'ingresso di una scuola o di un palazzo. Per chi ha difficoltà di movimento, le conseguenze sono evidenti. Oggi non c'è posto per le persone improduttive nelle nostre città, e gli handicappati non fanno eccezione a questa regola.

Basti pensare alla mancanza di spazio, di «verde pubblico», soprattutto in zone popolari, per i giochi dei bambini o per altre attività ricreative e culturali. Finché il volto urbano sarà disegnato dagli interessi della speculazione edilizia e immobiliare, sarà difficile, per gli handicappati e per tutti gli altri cittadini di seconda categoria, riconoscerli tratti amici.

le pensioni

Se i minorati dovessero vivere dell'aiuto statale soltanto, e sono in genere senza lavoro, non potrebbero restare a lungo su questa terra. Anche in questo caso, condividono la sorte di tutti gli inutili o ex inutili; non c'è molto da dire, anche perché la vicenda e lo scontro parlamentare per l'aumento delle pensioni è storia ben nota, amaramente a quasi tutti. Non tutti sanno però che l'amministrazione delle elemosine statali agli handicappati (invalidi civili, ciechi, sordomuti) è una delle prerogative più tenacemente difese dal ministero degli interni, che se ne avvale per tenere sotto controllo e «beneficiario» una massa notevole di pericolosi scontenti, conformemente alle sue dichiarate finalità: la tutela dell'ordine pubblico e del decoro nazionale, la protezione della società dai parassiti.

le autonomie locali

La vasta battaglia condotta dalle forze democratiche per il conferimento alle regioni dei poteri che la Costituzione gli ha attribuito, fra i quali la competenza normativa in materia di assistenza e beneficenza, ha dato luogo ad un duro scontro con il governo, il quale, vincendo, ha trovato una «soluzione» per gli handicappati che l'Aniep (associazione nazionale invalidi di esiti di poliomelite) ed altre associazioni hanno definito così:

«L'applicazione del decreto delegato nella sua attuale formulazione realizzerà un quadruplica e costoso sistema di interventi e servizi assistenziali: il primo regionale, il secondo privato controllato dal ministero dell'interno, il terzo direttamente gestito dai vari ministeri, ed il quarto gestito dagli enti pubblici nazionali assistenziali. In definitiva, anziché attuare il prescritto trasferimento globale ed unitario delle funzioni dello stato per settori organici, si moltiplicheranno e aggraveranno a livello locale e regionale le caratteristiche di frammentarietà e di disarticolazione (conflitti di competenze, lacune, sovrapposizioni, servizi d'opzione ecc.) dell'attuale sistema assistenziale».

Tutto deve rimanere accentrato anche se gli Enti locali avrebbero almeno potuto rispondere più presto e con maggiore coscienza di causa alle richieste degli handicappati, anche se sarebbe stato più facile controllare più democraticamente l'operato degli enti assistenziali.

le cure

Nonostante i prodigi che la scienza potrebbe fare, o che in altri paesi ha fatto, da noi la situazione è seriamente carente: per i sordi, scrive uno specialista: «Di capitale importanza è perciò la diagnosi precoce della sordità. Attualmente è possibile diagnosticare fin dai primi giorni di vita un danno uditivo grazie all'applicazione della elettronica alla semeiotica della funzione uditiva umana».

Per capire invece come stiano le cose basterà ricordare che molti genitori di spastici, se vogliono che i loro figli siano curati come si deve, debbono accompagnarli non a Milano o a Napoli, ma Lazle Szelenice, in Cecoslovacchia. In compenso prosperano santuari, maghi, oroscopi e guaritori.

gli operatori

Un altro segno inequivocabile della scarsa importanza degli invalidi sono i difetti come quantità e qualità, della formazione dei tecnici addetti alla riabilitazione e in generale del personale di assistenza. Per i sordi occorre affiancare al personale medico per la rieducazione acustica e ortofonica una équipe di insegnanti specializzati, ma in Italia mancano del tutto corsi di preparazione all'insegnamento ai sordi a tutti i livelli scolastici. Per chi necessita per la rieducazione al movimento, è difficile (e costoso) trovare il fisioterapista. Nella nostra città sono pochi rispetto a migliaia e migliaia di persone che ne hanno bisogno. La scuola di fisioterapia, nell'intento non sempre realizzato di assicurare una preparazione adeguata riesce a diplomare qualche decina ogni due anni e gran parte vanno a lavorare altrove.

**In attesa di concessione
del numero di c/c
SOTTOSCRIVETE
presso Istituto di Biometria
via Venezian 1
Milano**

E quando gli addetti al controllo degli handicappati capiscono la loro vera funzione attuale, al di là delle bugie sull'aiuto, l'assistenza e simili la rifiutano in nome degli ideali che gli sono stati insegnati o delle capacità professionali che non riescono a mettere in pratica, interviene pesante la mano del potere.

E' sempre più diffusa la consapevolezza che il sistema assistenziale in atto è non solo inadeguato e insufficiente, ma radicalmente ingiusto nel suo collocarsi non alle cause, ma agli effetti emarginanti dei problemi sociali, nel suo porsi di fatto come ulteriore elemento di discriminazione tra i cittadini, nella frequente scelta obbligata del «ricovero» in istituzioni chiuse come soluzione a senso unico, segregante e spesso irreversibile dei più diversi problemi personali, familiari e sociali».

le leggi :

Nonostante la costituzione riconosca ai cittadini minorati gli stessi diritti (e doveri) degli altri, le leggi vigenti hanno, come si è visto, la funzione di proteggere la società dagli elementi «parassitari», nel caso in cui l'ambiguità delle disposizioni consentisse un intervento favorevole agli handicappati, ben di rado esse vengono applicate in questo senso. Adesso forse possiamo capire chi sono i maggiori responsabili del cattivo carattere di quell'handicappato che conosciamo, o della grettezza della famiglia di quel minorato che ci abita vicino, e possiamo anche capire il vero significato dell'inaugurazione e benedizione di un nuovo padiglione «modernamente attrezzato» per subnormali, o delle nobili parole che magnificano la benemerita attività di qualche vetusto monumento della bontà nostrana; **possiamo capire cosa c'è dietro il roseto fiorito, la facciata imbiancata, il candore immacolato dei camici, l'acciaio splendente delle apparecchiature.**

E, se vogliamo, possiamo fare: come già molti fanno, lottando contro le barriere che segregano gli handicappati, una lotta contro i nemici di una società più giusta e più felice.

conclusione :

Speriamo di essere riusciti a dimostrare come la condizione delle persone handicappate non dipenda dalla componente fisica della minorazione. Riguardo all'aspetto sociale dell'handicap esso non dipende neppure dall'arretratezza del sistema sanitario, scolastico, assistenziale e quindi non sarà una sua possibile modernizzazione ad offrire le soluzioni decisive.

Nei paesi più progrediti sono forse sparite le mostruosità che sussistono nel nostro, ma per essere sostituite da altre forme di segregazione, più tecniche, più raffinate e altrettanto dannose.

C'è un legame indissolubile tra il sottosviluppo, la miseria crescente e diffusa di strati sociali «improduttivi» e nazioni «arretrate», e il progresso di pochi individui e paesi, che vivono sull'appropriazione delle ricchezze collettive e sullo sfruttamento delle classi lavoratrici e dei popoli del terzo mondo.

**In attesa di concessione
del numero di c/c
SOTTOSCRIVETE
presso Istituto di Biometria
via Venezian 1
Milano**

Questa fondamentale analisi della realtà ci fa capire perché per la persona handicappata vi sia scarsità di cure e di prevenzione, perché venga segregato in un mondo speciale e perché sia stato creato il modello dell'uomo perfetto, rispetto al quale l'invalido non può che sentirsi inferiore. Da ciò nascono anche tutte le altre cause di afflizione.

Ormai molti del nostro paese hanno capito che è necessario cambiare tutta la società, rifarla dalle fondamenta, metterla in mano a chi crea le basi economiche e deve usufruire della ricchezza prodotta. Solo così la vita della maggior parte delle persone colpite da handicap potrà aspirare ad essere completa.

Bisogna incominciare a preparare le tappe, le condizioni di rinnovamento, realizzare fin d'ora gli elementi possibili della nuova società. Bisogna unirsi, capire, organizzarsi; questo si può e si deve fare anche per gli handicappati, affinché la vastità del compito, la sproporzione con le possibilità individuali, l'isolamento dagli altri gruppi sociali, non facciano rimanere nel pessimismo e nella rassegnazione.

Riflettendo su quanto detto ci si accorge che la rottura delle barriere che circondano il mondo «speciale» dei minorati (siano essi pregiudizi, istituti o qualsiasi altra cosa che li isola dal cuore economico, politico, culturale della società) ma soprattutto l'unità degli handicappati, dei loro familiari, l'unità con i lavoratori e con gli altri strati sociali - sensibili alle reali dimensioni del problema, sono le più importanti condizioni per il rinnovamento radicale della società che porti la gestione e il controllo effettivo dei servizi alle persone che le usano, agli handicappati e a tutte le forze politiche e sindacali dei lavoratori. Non si è trattato di creare, quanto di raccogliere e dare organicità ad una realtà già esistente.

Esistono i consigli di delegazione e di quartiere nei quali affrontare, di fronte alla popolazione, la ricerca di soluzioni. Ma tanti altri segni manifestano la nuova maturità, che cerca le forme per tradursi in pratica, dalla diffusa coscienza sociale dei diritti degli handicappati - non più solo pietà - al fiorire spontaneo di iniziative di invalidi e «normali», per dare soddisfazione a necessità trascurate - lo studio, il lavoro, le attività ricreative e culturali dei minorati, ecc. - o per aiutare chi si trova chiuso nei ghetti della beneficenza.

Per questo vi proponiamo di fare vostro lo scopo più importante della nostra azione: la diffusione della conoscenza delle vere necessità degli handicappati e la elaborazione comune, tra le organizzazioni dei lavoratori, e le associazioni di minorati, i circoli, le altre forze che operano nel settore socio-assistenziale, di una serie di precise e urgenti richieste unitarie, da rivolgere sia alle direzioni delle fabbriche e aziende, sia ai responsabili della pubblica amministrazione degli enti assistenziali, nello sfondo di una riforma sanitaria e assistenziale che muti i rapporti di forza oggi esistenti a vantaggio delle classi lavoratrici e popolari e riconoscano nei fatti alle persone handicappate il diritto ad un pieno inserimento sociale; ma in una società di uguali.

CONSULTORI DELLE DONNE E PER LE DONNE

Intervento del CRAC al Convegno di Medicina Democratica di Roma - 28-2-'76

La nostra piattaforma presenta gli obiettivi che come movimento delle donne ci proponiamo: consultori pubblici della donna e per la donna.

Ben coscienti che non si potrà ottenere tutto e subito, siamo disposte ad avere rapporti con altre forze sociali e politiche per la costruzione dei consultori, là dove è possibile la creazione di questo rapporto e siano salvaguardati i livelli minimi di libertà di scelta delle donne. Siamo convinte tuttavia che quanto più il movimento diventa forte ed autonomo, tanto più gli obiettivi che andiamo a proporre saranno conquiste di tutto il movimento delle donne.

Vogliamo che i nostri consultori siano finanziati con i fondi pubblici: autogestione non significa per noi autofinanziamento.

Il controllo e la revoca del medico devono essere un nostro diritto, perché nel consultorio si pretenderà che il «sapere» e la scienza del medico siano al servizio delle donne e socializzati.

Questo significa che il medico non deve essere più il detentore del potere e della 'scienza'; il potere della medicina borghese infatti, nei confronti delle donne, si realizza sia come potere dato dalla conoscenza, sia come finalizzazione ideologica e culturale della donna alla maternità. Questo significa anche il rapporto col corpo del paziente diventa, oltre che spersonalizzato, anche una violenza sia fisica che psichica. Il medico, come rappresentante di una scienza e di un potere classista e sessista, abituato a considerare il corpo della donna non solo come oggetto, ma anche come diverso e quindi inferiore, riesce ad inculcare nella donna

la convinzione che il suo corpo sia qualcosa di sconosciuto e vergognoso. Il medico inoltre ribadisce di riconoscere nella donna solo la sua funzione procreatrice, quindi, qualunque disturbo della sfera genitale viene in genere interpretato come il risultato di un eccessivo piacere sessuale.

Gli anticoncezionali vengono prescritti (se vengono prescritti) secondo valutazioni soggettive e di comodo del medico: la pillola viene data indiscriminatamente senza gli esami necessari, mentre diaframma e spirali, più difficili da applicare, vengono presentati alla donna come metodi poco sicuri e nocivi.

La sessualità della donna non è riconosciuta dalla scienza perchè significa autonomia, possibilità di mettere in discussione quella maschile, rifiuto di un ruolo sociale imposto ideologicamente come naturale. È quindi fondamentale per i consultori femministi che, attraverso la pratica dell'autovisita e con la socializzazione delle conoscenze tecniche, le donne arrivino a poter ribaltare il ruolo di potere del medico. Una garanzia essenziale del controllo politico delle donne nel consultorio è la scelta diretta e la possibilità di revoca del tecnico.

Vogliamo inoltre che i consultori vengano aperti tempestivamente ed in numero sufficiente per ogni quartiere, decentrati nelle varie zone dello stesso quartiere. Poichè il consultorio non è solo un servizio sanitario è indispensabile una sala di riunioni per incontri e dibattiti e per l'organizzazione politica dell'attività del consultorio nel quartiere dove la donna vive e lavora.

Inoltre il consultorio non può essere l'isola della contraccezione, quale la vorrebbero gli attuali progetti di legge, separato dalla realtà drammatica che oggi la donna vive: cioè l'aborto. Il consultorio deve perciò essere attrezzato a fronteggiare l'interruzione di gravidanza nelle prime dieci settimane, con il metodo dell'aspirazione. Poichè l'aborto per noi dipende dall'autodeterminazione della donna, devono essere salvi in questo senso anche i diritti delle minorenni. **Noi chiediamo l'aborto nei consultori su richiesta delle donne** perchè, quando passerà la legge, gli ospedali non potranno esaurire le richieste d'aborto e perchè riteniamo che la donna si troverà sola in una struttura sanitaria ostile, dove sia i medici obiettori di coscienza, sia il personale paramedico, hanno tradizionalmente un atteggiamento d'accusa nei riguardi della donna che abortisce. Nel consultorio invece la donna avrà la possibilità di vivere la realtà dell'aborto insieme ad altre donne in un rapporto non subordinato con il medico.

Vogliamo poi assicurare un'assistenza post-aborto, medica, sociale, psicologica e di psicoterapia d'appoggio.

Infatti la donna in genere tende a rimuovere l'esperienza dell'aborto e non a socializzarla, ma a viverla con il senso d'isolamento e di colpa che le deriva da una maternità rifiutata, maternità che è l'unico modo consentito alla donna oggi per realizzarsi. Infatti, come la compagna Di Lello ha scritto:

«Noi vogliamo ribadire anche in questa sede, compagni, che per le donne oggi la maternità può essere cosciente solo nel rifiuto. L'intreccio storico della sua mistica fa sì che un'accettazione avrà ancora per molto risvolti subdoli e sospetti. Coazione a ripetere un ruolo finchè la società avrà come suo progetto la famiglia: tutto il politico è qui. Se la vostra legge garantisce e tutela il diritto della procreazione cosciente e responsabile, sappiate che questo è un diritto oggi dell'uomo, il quale utilizza coscientemente e responsabilmente la sua fecondità esclusivamente in termini di potere sulla funzione riproduttrice della donna, nella famiglia».

È la legalizzazione della nostra sessualità. Per noi maternità cosciente e responsabile significa oggi solo privatizzazione, nella famiglia della socializzazione dei figli; significa svolgere, nella famiglia, lavoro socialmente necessario, lavoro domestico; significa identificarsi nel nostro essere biologicamente donna, con la famiglia nelle sue funzioni di produzione e di riproduzione, di socializzazione e di sessualità, regolamentate economicisticamente e giuridicamente.

Per tutto questo abortire nei consultori è per noi oggi una pratica rivoluzionaria: il consultorio non va inteso come servizio sociale, dove si continui passivamente ad abortire, ma come luogo dove la donna inizia la sua presa di coscienza per non abortire più. Subordinazione al maschio significa anche restare incinta.

Vogliamo inoltre promuovere lotte quando passerà la legge sull'aborto, perchè negli ospedali venga garantito il diritto ad abortire, per sventare le manovre dei medici cosiddetti obiettori di coscienza.

Vogliamo allargare e rendere capillare l'informazione sui contraccettivi e lottare perchè la contraccezione non sia solo per la donna, secondo la programmazione del mercato farmaceutico. In questo dovremo superare, oltre all'atavica resistenza maschile alla contraccezione della donna, quella ancora più forte della contraccezione per il maschio. Non a caso le scarsissime ricerche orientate in questo settore ven-

gono già presentate con remore ideologiche di possibili controindicazioni. I consultori devono organizzarsi per assistere dal punto di vista legale e psicologico le donne che hanno subito violenza.

Vogliamo inoltre nel consultorio un'assistenza psicologica e medica per la donna che deve partorire, perchè la gravidanza diventi un'esperienza positiva nei limiti concessi oggi dalla società, perchè la donna arrivi in sala parto potendo imporre un trattamento umano, che rispetti l'integrità della madre e del figlio. Infatti se la donna esiste socialmente solo come madre, ancora più grave si rivela il disprezzo del suo corpo da parte delle strutture sanitarie anche nel momento del parto. La donna dovrebbe essere preparata ad affrontare il problema dei ruoli che la società impone ai figli fin dal momento della nascita e che permarranno poi come interiorizzazioni culturali e psicologiche per tutta la vita.

Da una diversa coscienza della maternità, che non deve essere regolamentata dalla pianificazione del capitale, nascerà la lotta delle donne per tutti gli altri servizi che permetteranno una reale gestione sociale dei figli (asili nido, assistenza agli handicappati, centri pediatrici all'interno delle unità sanitarie locali) affinché il consultorio non rimanga momento isolato, ma sia una delle articolazioni di una struttura sociale che abbia al centro la donna e i suoi bisogni.

Il consultorio quindi deve essere punto di riferimento politico e di aggregazione delle donne per la costruzione di un movimento unitario autonomo sulla base di una ridefinizione della nostra identità, della riappropriazione del nostro corpo e di una nostra sessualità non solo intesa come piacere sessuale, ma assunta a rapporto di conoscenza di noi stesse e degli altri.

Solo su questa base, partendo cioè da noi stesse, possiamo creare una volontà collettiva per lottare contro un potere politico che si alimenta della nostra oppressione.

**I tessitori di Sen-se coltivavano con gran zelo gli esercizi fisici.
Me-ti disse loro: Mi dicono che i padroni
delle tessitorie hanno fatto fabbricare i vostri telai
in modo che a furia di tessere il vostro braccio destro
diventa grosso e il sinistro esile.
Per combattere questa deformazione
voi nel vostro tempo libero fate esercizi fisici.
Questa attività che voi fate
per eliminare gli effetti nocivi del lavoro
non viene naturalmente pagata
e del resto è totalmente improduttiva.
Io vi propongo di dargli maggior significato
facendo i vostri esercizi a corpo libero con le armi.
Non è forse indebolito anche il vostro occhio,
e non migliorerà prendendo la mira?
L'annodare corde, poi, rende più agili le mani.
E nulla è più necessario per le vostre schiene
di saper strisciare sotto un carro armato.
Mediante sport appropriati
non spariranno solo le vostre deformazioni,
ma altresì le deformazioni delle vostre macchine.**

B. Brecht

**SOCIALIZZARE ESPERIENZE, UNIFICARE OBIETTIVI, COORDINARE LE LOTTE
CONDOTTE QUOTIDIANAMENTE PER LA DIFESA DELLA SALUTE
È UN COMPITO DEL MOVIMENTO DELLE DONNE E DEGLI STUDENTI,
DEI SOLDATI E DEGLI OPERAI, DEI TECNICI E DEGLI EMARGINATI.
QUESTA RIVISTA VUOLE ESSERE UNO STRUMENTO DI QUESTE LOTTE
NELLE MANI DEI SOGGETTI POLITICI
CHE QUOTIDIANAMENTE CONDUCONO LA LORO BATTAGLIA
CONTRO IL CAPITALE PER UNA QUALITA' SUPERIORE DI VITA.
QUESTO SPAZIO È A DISPOSIZIONE
PER RACCOGLIERE LE VOCI, LE CRITICHE, I DISSENSI, LE PROPOSTE
DI SITUAZIONI DI MASSA
PER DARE UN CORPO AD UN PROGRAMMA PER LA SALUTE DI TUTTO IL MOVIMENTO**