

© Medicina Democratica
via dei Carracci 2, Milano - Italy

Maria Luisa Clementi

**L'IMPEGNO DI
GIULIO A. MACCACARO
PER UNA NUOVA MEDICINA**

Presentazione di Giorgio Cosmacini

Fotocomposizione: Equipe Prestampa s.r.l. - Milano

Stampa: Arti Grafiche Donati s.r.l. - Milano

Copertina: Equipe Prestampa s.r.l. - Milano

Prima edizione: gennaio 1997

I diritti di traduzione, riproduzione e adattamento totale o parziale e con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i paesi.

 **Medicina
Democratica**
MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

PRESENTAZIONE

È con soddisfazione ed emozione che raccolgo l'invito, rivolto-mi da "Medicina Democratica", a scrivere una "presentazione" di questo libro, che vede la luce in occasione del Convegno Internazionale su "Conoscenze scientifiche, saperi popolari e società umana alle soglie del Duemila: attualità del pensiero di Giulio Alfredo Maccacaro".

Il libro nasce dalla elaborazione della tesi di laurea in filosofia discussa da Maria Luisa Clementi presso l'Università degli Studi di Milano. Tale tesi (relatore Felice Mondella, correlatore Giorgio Cosmacini) è stata premiata con il massimo dei voti e la lode.

Io credo che la migliore presentazione possibile da parte mia sia quanto, prima e al di fuori di ogni occasione commemorativa, ho scritto di Maccacaro nella mia veste di storico, collocandone il pensiero e l'azione nella *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*.

Mi sia permesso dunque di rimandare il lettore a quelle pagine, tratte dal paragrafo avente per titolo "L'ideologia democratica"¹.

Le istanze "per una medicina da rinnovare" sono il titolo di una raccolta di scritti (1966-1976) di Giulio Maccacaro.

Maccacaro, di formazione microbiologo, dal 1966 è professore di biometria e statistica medica nella Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Milano. Più che la sua attività *scientifica*, condensata in oltre cento pubblicazioni, è la sua personalità *politica*, consegnata a saggi, conferenze, editoriali e articoli, a costituire uno dei termini di riferimento critico e uno dei poli di orientamento ideologico della medicina italiana nel decennio posteriore al «Sessantotto».

E' il decennio in cui si afferma il «diritto alla salute» sancito dalla Costituzione, ma interpretato fin qui in modo riduttivo. Tale diritto «fino alla seconda parte degli anni Sessanta conservava ancora il profilo degli anni Cinquanta», cioè quello di una «pretesa di incerta definizione e di difficile attuazione», di un «obbligo accessorio del datore di lavoro». Ma lo statuto dei lavoratori, approvato con legge n. 300 del 1970, all'art. 9 riconosce a questi il diritto di «promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute». Il diritto alla salute ne risulta trasformato in elemento non più accessorio, ma fondamentale, intrinseco al rapporto di lavoro e che esige dal datore di lavoro un rispetto pregiudiziale. Esso concorre da qui a rimodellare dalle fondamenta la società in cui viviamo².

Maccacaro è attivamente partecipe del movimento che contribuisce a rinnovarla. Dal 1966 al 1971 scrive per «Il Giorno» articoli di politica della scienza nei quali applica alla casistica biomedica e sanitaria il concetto, ovvio nell'enunciazione ma rivoluzionario nella pratica, che la scienza non è degli scienziati, ma degli uomini. Nel 1971 è direttore della collana editoriale «Salute e Società», dal 1972 dirige la collana «Medicina e Potere», nel 1974 assume la direzione di «Sapere». In questi anni - «memorabili quegli anni» - conduce altrettanto memorabili battaglie contro la scienza ancillare o elitaria e i suoi uomini. Si impegna e si espone in prima persona. Con un collettivo di mamme elabora e diffonde una «Carta dei

diritti del bambino in ospedale», in seno alla Facoltà di medicina assume il ruolo di un corpo estraneo sottoposto a rigetto, con un gruppo di giovani medici fonda la rivista «Epidemiologia e prevenzione». Con lui svetta la medicina preventiva e, solidale al concetto di prevenzione, si fa strada il concetto di epidemiologia, portatore degli strumenti teorici e tecnici per una vera e propria «rivoluzione culturale» della medicina. Nel 1976, un anno prima di morire a cinquantatré anni stroncato da un infarto cardiaco, è tra i promotori di «Medicina democratica, movimento di lotta per la salute».

Manifesto *ante litteram* del movimento può essere considerata la relazione di quattro anni prima su *L'uso di classe della medicina* (febbraio 1972), integrata da una polemica *Lettera al Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano* scritta nello stesso anno (ottobre 1972)³. Nei due documenti si può dire che Maccacaro riassume, porti avanti e radicalizzi le posizioni, fortemente critiche dell'esistente e riformatrici al riguardo, che nell'arco di un ventennio sono state assunte da un folto quanto vario schieramento di medici. Il suo è un avamposto di grande rilievo in una «storia non viziata e non mistificata della medicina», come direbbe lo stesso Maccacaro. Se di una tale storia sono assumibili a referenti significativi gli scritti e discorsi degli esponenti più in vista del mondo universitario, gli scritti e discorsi di uno di questi stessi esponenti - cioè di Maccacaro - non possono non essere presi a referenti della stessa storia, o di una *controstoria* non meno esemplare.

I due documenti citati fanno il punto sui principali elementi costitutivi della complessa realtà medico-sanitaria in trasformazione: il malato e la sua malattia, la mutua, l'ospedale, il farmaco, il medico e la sua formazione. Dell'assistenza - preventiva, curativa, riabilitativa - sono visti in primo luogo i destinatari, cioè gli assistiti, in secondo luogo gli intermediari, cioè gli ospedali, le mutue, le medicine, e in terzo luogo i prestatori d'opera, cioè i medici, i futuri medici, i loro maestri. E' un ordine di priorità ribaltato rispetto a quello cui suole rifarsi il pensiero magistrale emanante dalle cattedre.

Ecco lo scenario. La svolta epidemiologica di metà Novecento, con il recedere della patologia acuta-infettiva e l'emergere della patologia cronica-degenerativa, ha prodotto un «aumento della vita media» che «non è un aumento della capacità di vita, ma semplicemente un aumento della sopravvivenza». Nelle pieghe della società del benessere «per i cronici, i vecchi, gli handicappati, i sub-normali non c'è che il rifiuto». Questo è uno degli «indici sociali del malessere» attuale, così come per il passato lo era la mortalità infantile. Altro indice eloquente è il «diverso destino di classe alle malattie», a cominciare da quelle mentali e professionali, con incidenza in queste ultime di «un milione e mezzo di infortuni, un morto ogni ora, un ferito ogni sei secondi».

Maccacaro cita al riguardo i dati dell'ampia inchiesta su *La salute nelle fabbriche* svolta nel 1967 e pubblicata due anni dopo in un volumetto (ristampato nel 1972) dal medico sociale Giovanni Berlinguer. «Mentre per la mortalità infantile le regioni economicamente arretrate sono le più colpite, nell'età lavorativa si ha un'inversione, e la durata della vita decresce in funzione dell'industrializzazione». Commenta Maccacaro: «Così il contadino meridionale, sopravvissuto alla mortalità infantile della sua terra, perde, immigrato al nord, qualche anno di vita adulta come manovale o come operaio». L'aumento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali nei lavoratori dell'industria, in quanto maggiore dell'incremento dell'occupazione industriale, è un indice, anch'esso molto eloquente, dell'«accresciuto sfruttamento nella fabbrica»⁴.

La desolante infortunistica, ulteriormente appesantita dalla patologia da incidenti legati alla motorizzazione e al traffico, si presta a rafforzare, sul piano ideologico, uno degli stereotipi del senso comune: che la malattia è un «accidente» che tocca ai meno fortunati e quindi è una «malasorte», una vera «sfortuna». Lo stereotipo viene fatto proprio dalla ideologia medica dominante ed elaborato, dice Maccacaro, in un «qualche cosa che in qualche modo esonera, assolve il sistema».

Allo stesso scopo la stessa ideologia crea l'alibi della fatalità, del

destino, della predestinazione, della predisposizione genetica, cioè il «mito del gene», così come in passato ha creato il «mito del germe». Al vecchio mito dei tempi della batteriologia trionfante è subentrato il nuovo mito della trionfante genetica. Questo «uso come mito di un dato scientifico» serve, secondo Maccacaro, per mascherare causalità non meno profonde, ambientali e sociali, cioè per assolvere la società e il suo ambiente da colposità ben precise.

Chi è il malato? Nell'ideologia dominante «la realtà è la malattia, non il malato». Per usare le categorie aristoteliche, «la malattia è l'essenza e il malato l'accidente». L'incontro tra lui e il medico, punto focale in cui convergono tutti gli altri elementi, dovrebbe essere «l'incontro tra due soggetti»; invece «diventa quello tra un soggetto, il medico, che oggettiva l'altro, il malato». La scienza medica diventa così «una scienza che rifiuta la soggettività del malato», una scienza «che cerca sempre il segno, l'esame di laboratorio, il dato, la lastra radiografica», che produce quasi sempre una «diagnosi anatomica o funzionale, di organo o di apparato», e quasi mai una «diagnosi eziologica unificante», risalente il più a monte possibile nella scala delle causalità e delle cure.

Che vorrà dire allora curare? «Curare vorrà allora dire, diagnosticamente, ridurre il malato alla sua malattia, la malattia alla sua localizzazione organica, l'organo malato al danno obiettivabile, il danno a un segno e il segno alla sua misura. Poi ripercorrere, terapeutamente, il percorso inverso: la correzione del segno mistificata come l'eliminazione del danno, il silenzio dell'organo come sconfitta della malattia, l'obliterazione della malattia come restituzione della salute»⁵. Da questo procedimento clinico, che si ripete ogni giorno negli ambulatori e nelle corsie d'ospedale, il malato esce ridotto a caso, alienato a cosa, fatto a pezzi, cioè «frammentato» nei suoi organi «al punto di essere mandato, a pezzi, da specialisti diversi».

«Rinunciando a quel momento unificante che significherebbe, da una parte, la comprensione del suo stato e dall'altra, la identificazione della causa di questo stato», il malato resta privo del rico-

noscimento dovutogli circa i veri fattori causali della sua malattia, i quali restano celati come un «imputato ignoto o latitante». Inoltre subisce una triplice mistificazione: di essere definito un «malato immaginario se portatore di sintomi non oggettivabili; di vedersi restituita sotto forma di diagnosi («hai la dispepsia») null'altro che la propria sintomatologia soggettiva («non riesco a digerire»); di essere curato con una terapia sintomatica, «che oblitera di volta in volta il sintomo senza [cercare di] rimuovere assolutamente la causa».

Una mistificazione ulteriore è quella di mascherare gli effetti patologici con la finzione del loro riconoscimento precoce. La diagnosi precoce è «un altro dei miti oggi in voga», che si realizza nella moda del *check-up*. Questa «medicina predittiva scambiata per preventiva» non ha nulla a che vedere con la medicina che mira a rintracciare le cause patogene nell'ambiente di vita e di lavoro cercando di eliminarle. Essa non serve a difendere la salute, non serve ad altro che a «generare falsa rassicurazione».

Mutue e ospedali si adeguano. Le une e gli altri svolgono funzioni solo riparative e non di prevenzione; le une e gli altri sono lontani dalla loro matrice originaria ideale, rispettivamente quella del *mutuo* soccorso operaio e dell'assistenza *ospitale* per gli aventi bisogno. L'ospedale è oggi detto una «fabbrica» (domani sarà detto un'«azienda»), e lo è davvero, sia perché «la logica della sua gestione come fabbrica», con gerarchia e divisione del lavoro al suo interno, «prevale sulla logica di assistenza al malato», sia perché, proprio come la fabbrica, «separa dalla società e quindi dalla vita». Tipici esempi, a questo riguardo, sono l'ospedale pediatrico, che «separa il bambino dalla madre», e l'ospedale psichiatrico, che adempie alla separazione con la «esclusione medica». Maccacaro cita a suffragio *L'istituzione negata* (1968), «uno dei libri medici più importanti di questo dopoguerra», scritto dallo psichiatra Franco Basaglia⁶.

Quanto ai farmaci, oggi vige un «feticismo» che li fa apparire come «risolutori miracolosi» delle malattie; ma delle malattie del nostro tempo essi lasciano inalterate le cause più profonde e più vere. Il farmaco come feticcio rovescia la realtà: «C'era un tempo in

cui si diceva che un buon medico era il migliore dei farmaci, oggi si dice che un buon farmaco è il migliore dei medici». O ancora: «Prima si diceva che il prestigio di un farmaco dipendeva dal medico che lo prescriveva, oggi si dice, o meglio non si dice ma di fatto è così, che il prestigio di un medico dipende dai farmaci che prescrive». Vengono da qui, ove non siano dovute a «connivenza corruttrice» con il mercato della salute, le «prescrizioni ipertrofiche» di molti medici: «Se una volta il medico dedicava venti minuti a un malato e prescriveva un farmaco, oggi gli dedica un minuto e (esagero, lo dico per simmetria) gli prescrive venti farmaci».

Ma il medico, chi è? Il medico d'oggi «vive nella contraddizione». In primo luogo «vuole curare e non può», non può interferire con le vere cause patogene, può solo porre riparo ai loro effetti patologici. In secondo luogo «vuole essere scientifico» integrando la scientificità clinico-terapeutica con la scientificità epidemiologico-preventiva, vuole essere padrone di una scienza a misura d'uomo, «ma sa che questa scienza è definita e controllata da altri». In terzo luogo «rivendica la libertà del suo rapporto umano» col paziente, «ma vede che tale rapporto è totalmente condizionato» da fattori estrinseci che gli negano ogni autentica libertà. La conseguente frustrazione reale può ribaltarsi in gratificazione fittizia attraverso un tacito compromesso con l'ideologia dominante, tanto incline a oggettivare il malato quanto disposta a «concedere al medico tutta l'espansione della sua soggettività». Così il medico può mascherare la propria vera condizione con gli «appelli moralistici e idealistici all'*umanesimo*», con i «miti della libertà professionale, della missione del medico, della neutralità della scienza in continuo progresso». Con questa mitologia di copertura, il medico «da una parte sublima la propria crisi nella falsa coscienza, dall'altra anestetizza lo scrupolo nel profitto».

L'analisi di questo medico falsato e anestetizzato si prolunga nella critica della sua formazione professionale. La «logica della facoltà di medicina» è una logica «naturalistica», che vede l'uomo «come caso particolare della natura e non come caso particolare

della società». Nel primo anno degli studi medici, dopo l'incontro con le scienze naturali di base - fisica, chimica, biologia -, «il primo uomo che il futuro medico incontra è il cadavere». Ciò non è soltanto un «errore metodologico», poiché oggi la morfologia non ha più l'importanza di un tempo, ma è anche un errore antropologico, poiché «il cadavere è l'uomo più cosa che ci sia». L'anatomia normale e patologica sono discipline in cui «la normalità e la patologia vengono somministrate come categorie, senza nessun riferimento con una realtà vissuta». La visione riduttivamente naturalistica dell'uomo si protrae nella «sistemazione naturalistica delle malattie» contemplata dalle patologie e dalle cliniche del secondo triennio. Il rapporto col paziente ne vien fuori svilito. L'ascolto del vissuto, la raccolta della storia personale, familiare, ambientale, sociale del paziente resta l'«unica occasione, purtroppo mancata, di un vero incontro tra il medico e il malato». Lo dimostra la svalutazione dell'anamnesi, «delegata dal professore all'aiuto, all'assistente, allo specializzando, allo studente interno, [...] all'ultimo arrivato». Ciò imprime nello studente «l'idea che questo rapporto col malato in fondo è un rapporto accessorio, non necessario; questa idea lo studente la porterà sempre con sé, la porterà anche nell'ospedale, nell'ambulatorio, dovunque».

Tutt'all'opposto lo studente dovrebbe poter «operare medicalmente, mettendosi al servizio del malato, assistendolo, parlando con lui, e percorrere in questo modo tutto l'arco delle esperienze della medicina», rivivendone la storia.

La crisi della medicina, è per Maccacaro, indubitabilmente, la crisi de *La medicina del capitale*. Non a caso l'edizione italiana (1972) del libro così intitolato di Jean-Claude Polack, medico animatore del «Sessantotto parigino», reca in prefazione la citata *Lettera al Presidente dell'Ordine dei Medici*. In essa è scritto che la crisi è insorta e poi si è inveterata «nel momento in cui si impone la realtà soverchiante di una patologia che nasce dall'organizzazione del lavoro, dall'espropriazione del tempo vivo, dall'impoverimento della convivenza, dall'alienazione del corpo, dalla decomposizione

sociale, dalla costrizione urbana, dalla spoliatura ambientale, da tutto ciò insomma che è modo, atto o materia dello sfruttamento dell'uomo sull'uomo⁷.

La scienza medica, che ama dirsi di stare *dalla parte dell'uomo*, deve, per Maccacaro, dire con chiarezza *dalla parte di quale uomo* essa stia.

GIORGIO COSMACINI

Note al testo

1. Cosmacini Giorgio, *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Laterza, Roma-Bari, 1994, pp. 215-224.
2. Vedi Santosuosso Amedeo, *Gli sviluppi del diritto alla salute in Italia*, in «L'arco di Giano», n. 4, 1994, pp. 55 e 57-58.
3. Maccacaro Giulio Alfredo, *L'uso di classe della medicina*, relazione di apertura al dibattito sullo stesso tema, svoltosi a Modena il 25 febbraio 1972, a cura del Centro culturale S. Carlo, Milano 1977. Da questa relazione sono tratte, salvo diversa indicazione, tutte le citazioni che seguono, fino alla fine del paragrafo.
4. Berlinguer Giovanni, *La salute nelle fabbriche*, De Donato, Bari 1969, p. 32. Il passo è riportato, con il commento, in Maccacaro Giulio Alfredo, *Lettera al Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano e Provincia*, pubblicata in prefazione a Polack Jean-Claude, *La medicina del capitale*, trad. it. di Ilaria Piqueras, Feltrinelli, Milano 1972, p. xxv.
5. Maccacaro, Lettera, cit., p. xxxv.
6. Ivi, p. xxxii. Il riferimento è al libro *L'istituzione negata*, a cura di Franco Basaglia, Einaudi, Torino, 1968.
7. Ivi, p. xix.

L'IMPEGNO DI
GIULIO A. MACCACARO
PER UNA NUOVA MEDICINA

*«...la lotta per la salute è in definitiva
una lotta per la diminuzione dei ritmi,
per la diminuzione della produttività e,
quindi, contro lo sfruttamento...»*

Giulio A. Maccacaro

1.

I PRIMI ANNI DI RICERCA SCIENTIFICA:
GIULIO A. MACCACARO IN LABORATORIO

Giulio Alfredo Maccacaro nasce a Codogno (Milano) l'8 gennaio 1924. Allievo brillante, riesce a proseguire gli studi grazie alla generosità di un concittadino che decide di sostenerlo economicamente fino alla laurea.

Frequenta gli ultimi anni della scuola secondaria superiore mentre in Italia imperversa la seconda guerra mondiale; nel 1942 si iscrive alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pavia e, studente, prende parte alla Resistenza combattendo nelle Forze partigiane dell'Oltrepo pavese.

Si laurea nel 1948 e nello stesso anno inizia a lavorare come assistente presso l'Istituto di Igiene della stessa Università; qui pubblica una ricerca sull'"Andamento di alcune malattie infettive nel comune di Pavia dal 1935 al 1948", si occupa di microbiologia e coltiva un vivo interesse per la metodologia statistica, disciplina a cui si era accostato seguendo un corso tenuto al Collegio Ghisleri da Niccolò Visconti di Modrone.

L'anno seguente viene inviato, in qualità di ricercatore, al Department of Genetics di Cambridge diretto allora da Sir Ronald A. Fischer, professore di genetica e padre della moderna biometria.

Qui il genetista italiano Luigi Luca Cavalli-Sforza aveva da poco impiantato un piccolo laboratorio di batteriologia e, contando di espandere le sue ricerche, aveva chiesto ad Aurelio Berardi, rettore del Collegio Ghisleri, di indicargli un giovane laureato interessato a lavorare in quel campo: rilevata la comunanza di interessi, Berardi segnala Maccacaro.

Per rendere possibile l'arrivo del ricercatore italiano a Cambridge, Fisher scrive alla Rockefeller Foundation, i cui vasti programmi di finanziamento a ricerche di scienze naturali ricoprivano da tempo un ruolo fondamentale nello sviluppo di alcuni dei settori più avanzati della biologia; essendo molto interessato alla genetica batterica, l'ente americano risponde immediatamente offrendo una borsa di studio.

Maccacaro arriva nella famosa cittadina universitaria inglese verso la fine del '49; qui viene introdotto allo studio sperimentale della genetica dei microorganismi e agli studi teorici di statistica applicata alla biologia.

In quegli anni queste due discipline incontravano ancora qualche resistenza: le basi della genetica batterica erano appena state gettate (S.E.Luria e M.Delbrück) ma, nonostante gli ottimi risultati, i suoi sostenitori dovevano ancora fare i conti con l'ambiente molto diffidente della vecchia scuola batteriologica in cui era ben radicata l'idea che nei batteri non vi fossero né geni, né cromosomi. Per quanto riguarda la biometria, essa aveva avuto un grande sviluppo nel mondo anglosassone della prima metà del secolo ed era in continua evoluzione, grazie agli apporti dello stesso Fisher, ma nella maggior parte dei paesi europei non aveva ancora avuto l'ampia diffusione che meritava; in particolare nell'Italia del dopoguerra l'insegnamento dei metodi biometrici era del tutto inesistente.

Nell'ambiente attivo e stimolante di Cambridge, dove l'importanza delle nuove acquisizioni era stata percepita per tempo, Maccacaro fa propri i risultati più avanzati di entrambe le discipline e si appassiona ad esse. Come ricorda lo stesso L.L. Cavalli-Sforza, l'atmosfera del laboratorio di Cambridge è appassionante e vivace:

«Al Dipartimento di Genetica di Cambridge la biometria si respirava nell'aria (...). Su ogni tavolo, si può dire, vi era un calcolatore, di un tipo oggi scomparso naturalmente, ma che allora era l'ultimo grido della tecnologia del calcolo numerico (...). Sarebbe stato impossibile resistere al contagio e non prendere grandissimo interesse allo studio quantitativo»¹

¹ Le informazioni riguardanti questo periodo della vita di G.A. Maccacaro sono tratte da

Il frutto più significativo della collaborazione instauratasi in quel periodo tra Cavalli-Sforza e il giovane Maccacaro, è illustrato in una lettera pubblicata su *Nature* il 9 dicembre 1950 riguardante la genetica della resistenza al cloramfenicolo, un antibiotico da poco scoperto.

Ciò che i due ricercatori italiani riuscirono a dimostrare conferma l'ipotesi secondo cui tale resistenza non è dovuta ad adattamento fisiologico, come generalmente si sosteneva, ma è da attribuirsi all'adattamento di molti geni che presi singolarmente svolgono un'azione modesta, ma complessivamente portano il batterio a raggiungere un grado di resistenza elevato. Il lavoro, con le tecniche di incroci batterici allora disponibili, fu "un vero tour de force", ma rappresentò certamente un ampliamento della conoscenza della genetica dei caratteri quantitativi, di una certa importanza anche rispetto agli organismi superiori.

Nel secondo anno del suo soggiorno in Inghilterra Maccacaro avvia ricerche sulla ricombinazione batterica *in vitro*, pensando, una volta rientrato in Italia, di estenderle a condizioni *in vivo*.

Tornato a Pavia nel 1951 e ripreso il suo posto di assistente all'Istituto di Igiene, Maccacaro tenta di conciliare la necessità di condurre ricerche locali di igiene ambientale con il desiderio di proseguire le ricerche sui batteri iniziate in Inghilterra.

Per un certo periodo di tempo il giovane ricercatore riesce a seguire parallelamente i due distinti campi di indagine, ma quando ciò non è più possibile a causa del crescente impegno richiestogli dai nuovi programmi di ricerca avviati all'Istituto, opta senza esitazione per la ricerca di base e nel 1953, ancor prima di sapere dove e quando potrà fare ricerca, lascia l'Università di Pavia.

In seguito chiede di essere accolto come libero ricercatore, per un limitato periodo di tempo, presso l'Istituto di Patologia Generale di Milano dove non chiede aiuti materiali, ma solo la possibilità di utilizzare le attrezzature dell'Istituto al fine di proseguire le sue ricerche.

L.L.Cavalli-Sforza, *I primi anni di ricerca scientifica*, in UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO, *Giulio A.Maccacaro nel decennale della scomparsa*, 1989, Suppl. al n.73 di «Ricerca scientifica ed educazione permanente».

L'inserimento di Maccacaro nel laboratorio milanese risulta facile, sia per il suo atteggiamento amichevole, sia per l'interesse che i suoi progetti suscitano in molti che si dimostrano disposti a collaborare con lui². Negli anni 1954-55 le sue ricerche di genetica e fisiologia batterica (segnatamente dedicate allo studio della fertilità, della superficie e delle fimbrie batteriche) prendono un indirizzo preciso, destinato ad essere sviluppato ed esteso negli anni successivi quando Maccacaro si trasferisce all'Istituto di Microbiologia Medica dell'Università di Milano, luogo senz'altro più idoneo allo sviluppo della sua personalità scientifica. Qui esegue, in continuità con i suoi lavori precedenti, un complesso di ricerche in campo microbiologico che gli apriranno la strada alla cattedra; in seguito consegue la libera docenza in Microbiologia e in Statistica Sanitaria e Biometria. Nel biennio 1961-1963 è Professore Incaricato di Microbiologia Medica all'Università di Modena. Dal 1964, a seguito di concorso, è Professore di Microbiologia alla Facoltà di Scienze di Sassari.

Questa prima parte dell'attività scientifica di Maccacaro, dedicata a ricerche di carattere strettamente biologico, va collocata sullo sfondo di quel fecondissimo periodo della storia della dottrina biologica moderna in cui prende avvio la grande trasformazione teorica che ha portato all'affermazione della spiegazione molecolare in biologia. Egli è testimone di uno dei momenti più esaltanti e produttivi della storia di questa disciplina:

«Proprio in quei giorni stava nascendo quella "nuova biologia" (...) nella cui corrente ho avuto la fortuna di condurre le mie personali ricerche. Io ne daterei la nascita - se un'operazione del genere ha qualche senso - tra il 1945, che con la liberazione dell'energia nucleare vedeva concludersi, terribilmente, il grande quarantennio della fisica moderna, ed il 1946

² Una ricostruzione dell'attività scientifica svolta da G.A.Maccacaro presso l'Istituto di Patologia Medica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano si trova in E. Ciaranfi, *Ricordo di Giulio Maccacaro*, in UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO, *Giulio A. Maccacaro nel decennale della scomparsa*, 1989, Suppl. al n.73 di Ricerca scientifica ed educazione permanente», pp. 21-34.

che annunciava da Cold Spring Harbor l'incontro di tre tra le linee più moderne della biologia: genetica, biochimica e microbiologia in quella che si chiamò, appunto, "genetica biochimica dei microorganismi". Sembrava dovesse essere un'ulteriore, estrema, angusta specializzazione: era invece - come tutti ormai riconoscono - l'inizio di un nuovo corso degli studi naturalistici, cui ogni altra disciplina avrebbe prontamente dato il suo contributo di esperienze e di idee»³.

Secondo Maccacaro, questo nuovo corso degli studi naturalistici rappresenta «un momento eccezionale, forse irripetibile» in cui la biologia è riuscita a dotarsi degli strumenti necessari a rispondere ai tre grandi quesiti individuati e lasciati insoluti dalla elaborazione teorica precedente, ossia si è trovata a dare una risposta, seppur inconclusa e incerta, a tre grandi interrogativi: come è nata la vita? come vive la vita? come evolve la vita?

Tale risposta è rappresentata dalle conquiste della biologia molecolare - in particolare dalla scoperta della struttura del DNA - di cui Maccacaro sottolinea la grande importanza con queste parole:

«soltanto due momenti da che esiste la Terra sono paragonabili a quello che noi stiamo vivendo: l'uno, databile a più che duemila milioni di anni fa, è quello in cui nasce, quale macromolecola, l'alfabeto della vita in un pianeta sino allora abiotico; l'altro databile a quattromila anni fa è quello in cui la specie più evoluta inventa l'alfabeto della sua intelligenza e con esso la storia.

Di un terzo grande evento noi abbiamo il privilegio di essere contemporanei: la trascrizione dell'alfabeto della vita nei simboli dell'alfabeto dell'uomo»⁴.

L'entusiasmo che pervade la comunità scientifica e che lui stesso condivide, non gli impedisce però di mettere in guardia dall'esalta-

³ Discorso per l'inaugurazione dell'anno accademico 1965-66 dell'Università di Sassari; ristampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-76*, Feltrinelli, Milano 1979, pp.117-127.

⁴ Ivi, pag.126.

zione acritica delle conquiste scientifiche; al contrario, il vergognoso utilizzo a fini distruttivi delle grandi scoperte della fisica gli impone di mettere in luce responsabilità e limiti della ricerca scientifica:

«Negli anni a venire l'importanza di tale evento [decifrazione del codice genetico] si manifesterà in tutte le sue implicazioni che saranno felici o spaventevoli secondo come noi le avremo volute. Perché una biologia di scoperta mentre diventa una biologia di invenzione e di scelta cessa di essere soltanto un problema per la scienza dei biologi e diventa una responsabilità per la coscienza degli uomini, di tutti gli uomini (...). Parole come queste vanno dette oggi, quando sta per essere dato all'uomo un governo anche più splendido e terribile [di quello sull'atomo]: quello della sua evoluzione.

Egli non lo avrà meritato se ne farà soltanto pretesto di superbia, strumento di potenza, barriera di segregazione, se non avrà preparato al suo avvento un società giusta, tollerante e fraterna, se - soprattutto - non avrà capito che la scienza, qualsiasi scienza, ha un unico scopo, un unico valore, un'unica dignità: alleviare all'uomo la fatica di essere migliore»⁵.

Come risulta da queste righe, nei primi anni '60 l'analisi di Maccacaro sulle responsabilità della scienza è ancora essenzialmente basata sulla distinzione tra ricerca di base, puramente conoscitiva (che nel brano sopra citato egli chiama "biologia di scoperta") e ricerca applicata ("biologia di invenzione e di scelta"); negli anni successivi la sua riflessione sullo stretto rapporto che lega la scienza al potere si farà ben più articolata e radicale; tanto che, voltandosi indietro e ripensando al periodo passato in laboratorio, alla concomitante attività di insegnamento e al suo modo di intendere la scienza di allora, Maccacaro - per usare un'espressione in quegli anni largamente utilizzata - "farà autocritica" e ripudierà la visione della scienza intesa come attività «gratificante per l'intelligenza, intesa come qualcosa di bello e stimolante la fantasia» che

⁵ Ivi, pp. 126-127.

egli professava e presentava ai suoi studenti.

Si rimprovererà di aver sostenuto una visione "illuminista" della scienza, dove questo aggettivo viene usato in un'accezione negativa per stigmatizzare la separatezza della sua attività scientifica e didattica dalla realtà che sta fuori dal laboratorio e dalle aule accademiche:

« (...) non c'era nessun rapporto tra quello che io insegnavo e la realtà nella quale il mio insegnamento si apriva e si muoveva e si proponeva agli studenti. Ero ancora sostanzialmente suggestionato da un certo mito che mi faceva credere nel carattere intrinsecamente rivoluzionario della scienza in quanto tale»⁶.

Negli anni della sua maturazione politica, diversi fattori hanno contribuito a far sì che egli riconoscesse il mito e lo abbandonasse: da un lato, il fermento intellettuale che ha attraversato l'Italia negli anni '60 ha esercitato una profonda influenza sulla sua mentalità aperta e ricettiva, dall'altro, anche la sua vita professionale è segnata da un cambiamento importante: a seguito della vittoria di un secondo concorso a cattedra Maccacaro è chiamato nel 1966 a dirigere l'Istituto di Biometria e Statistica Medica dell'Università degli Studi di Milano.

Questo passaggio dal mondo della ricerca biologica a quello della ricerca biomedica segna un mutamento decisivo nella vita del nostro in quanto, per la funzione stessa della biometria, egli si trova ad uscire dall'ambiente asettico del laboratorio e ad entrare in più stretto contatto con i problemi della clinica e col mondo della medicina: luoghi in cui la scienza pura si traduce in azione.

⁶ Relazione di apertura del dibattito su "L'uso di classe della medicina" svoltosi a Modena il 25 febbraio 1972. Il testo corrispondente a quanto detto da Maccacaro in quella occasione si trova in G.A.Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-76*, Feltrinelli, Milano 1979, pp.406-407.

LA DIFFUSIONE DELLA BIOMETRIA IN ITALIA
E LA NASCITA DELL'ISTITUTO
DI STATISTICA MEDICA E BIOMETRIA
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

Come abbiamo già accennato, la diffusione della biometria in Italia avviene in ritardo rispetto ai paesi anglosassoni.

Da un lato un grosso ostacolo era rappresentato da «alcuni eminenti studiosi delle scienze biologiche, generalmente vicini al termine della loro carriera didattica, che negavano validità alla biometria come metodo d'indagine per alcune categorie di fenomeni biologici»¹.

Dall'altro lato, coloro che con grande interesse e passione proponevano di adeguarsi alle nuove necessità delle scienze biologiche sostenendo l'importanza dell'introduzione dell'insegnamento della biometria nei programmi universitari, non trovavano adeguata risposta da parte delle autorità preposte all'attuazione e all'aggiornamento di tali programmi.

Ciononostante, il grande sviluppo che il metodo biometrico ha avuto in Inghilterra nella prima metà del secolo non era passato del tutto inosservato.

Alcuni medici e alcuni dei più acuti statistici italiani vi avevano dedicato grande attenzione, ma, al di là dell'azione di questo esiguo numero di persone e scuole, il vero grande impulso venne dal diramarsi delle associazioni internazionali nate appunto con lo

¹ Barbensi G., *L'insegnamento della biometria in Italia*, in «La ricerca scientifica», 1953, n. 12, p.2129.

scopo di far progredire la scienza biologica quantitativa e di applicare, sviluppare e diffondere efficienti tecniche matematiche e statistiche.

Nel 1938 era stata creata la *Biometric Section* della *American Statistical Association* con l'intento di favorire l'incontro di studiosi interessati alla statistica e alle sue applicazioni alle scienze naturali; nel 1945 la suddetta *Section* si dota di una rivista, il «*Biometrics Bulletin*», che contribuisce a far circolare il materiale prodotto.

Nel 1947, in occasione della prima Conferenza internazionale di Biometria (Marine Biological Laboratory, Wood Hole, Mass., 6 settembre 1947), viene fondata la *Biometric Society* che, grazie al vasto interesse suscitato, si dirama nell'attività di «regioni» e di «gruppi»². Una delle attività più efficaci messe a punto dalla *Biometric Society* è rappresentata dall'organizzazione di conferenze internazionali, simposi, congressi e riunioni effettuate con lo scopo di discutere argomenti specifici di biometria o problemi comuni, quali quello, assai scottante, della istruzione delle persone che intendevano applicare i metodi statistici alle diverse scienze di argomento biologico, dalla genetica alla demografia, dalla zootecnia alla veterinaria, alla medicina nelle sue varie branche.

Particolare influenza sulla situazione italiana ha avuto il già menzionato Luigi Luca Cavalli-Sforza; al suo ritorno in Italia, nel 1950, egli comincia a comunicare ad altri studiosi la necessità di aderire all'indirizzo della *Biometric Society* ed in tempi brevi dà inizio, assieme ad altri, alla Sezione Italiana della Società Internazionale di Biometria. Nel 1951 ha luogo a Milano la prima riunione di questo gruppo di studiosi che decide di inoltrare al Ministero della Pubblica Istruzione la richiesta per un regolare insegnamento di Biometria nelle Facoltà biologiche. In attesa dell'assegnazione di spazi istituzionali per l'insegnamento di tale disciplina, gli incontri dei biometricisti italiani cominciano a succedersi con regolarità.

Anche Maccacaro è costantemente impegnato nello sforzo di

² Si formarono le regioni dell'America nordoccidentale, America nordorientale, Australia, Austria e Svizzera, Belgio, Brasile, Francia, Germania, Inghilterra, Italia, Olanda.

rendere note le nuove tecniche biometriche, il suo nome compare nell'elenco dei relatori e dei docenti in occasione di tutte le tappe più importanti della diffusione della biometria in Italia: così avviene nel settembre 1953, quando si svolge a Bellagio (Como) la III Conferenza Internazionale di Biometria, e nel 1955, quando la Regione italiana della *Biometric Society* organizza il «Seminario internazionale di metodologia biometrica» a cui partecipa, tra gli altri, anche R. A. Fisher³.

Maccacaro presenza ad innumerevoli convegni e congressi incentrati sui possibili apporti che la statistica può dare ai vari settori della ricerca; la sua opera di insegnamento e divulgazione passa anche attraverso la pubblicazione di una rubrica fissa dal titolo «Numeri medici e medicine» che appare nel 1963 nei «Quaderni sulla sperimentazione clinica controllata»⁴, attraverso articoli apparsi sulle pagine scientifiche dei quotidiani, nonché attraverso la pubblicazione a puntate di un «Prontuario della sperimentazione clinica» scritto in collaborazione con P.E. Lucchelli con lo scopo dichiarato di vincere quell'*horror mathematicae* tanto diffuso fra i medici italiani e mostrare loro i frutti meravigliosi dell'alleanza tra matematica e medicina.

Al di là della sua indiscussa preparazione scientifica, Maccacaro aveva anche una grande capacità di suscitare interesse negli studenti o colleghi che si avvicinavano all'uso dei metodi quantitativi; testimonianza della passione che egli sapeva trasmettere è rintracciabile in un suo resoconto di un corso di metodologia statistica per ricercatori organizzato nell'ottobre del 1963 dalla Società di Biometria e patrocinato dalla Facoltà di Medicina e dalla Facoltà di Scienze dell'Ateneo milanese:

«Piacerebbe a chi scrive raccontare la storia e la vita di questo corso: come cinquanta studiosi, tra insegnanti e allievi, abbiano goduto di ritro-

³ Le lezioni del seminario furono pubblicate. Tra gli insegnanti italiani figurano, oltre L.L. Cavalli-Sforza e G.A. Maccacaro, anche G. Pompilj, R. Scossiroli, M. Siniscalco, A. Fizzano, G. Barbensi.

⁴ Gli articoli sono firmati con lo pseudonimo «chi quadrato». I QUADERNI sono pubblicati a cura del Servizio Studi e Ricerche Cliniche della CIBA.

varsì studenti in un collegio di studenti, come il loro dialogo si sia continuamente arricchito delle individuali competenze ed esperienze di tutti, come alla fine - quando pure una naturale stanchezza avrebbe dovuto temperare anche i più accesi entusiasmi - sia stata richiesta ed effettuata una supplementare seduta notturna per integrare e riassumere il lavoro compiuto in tanti giorni.

Piacerebbe anche dire di certe discussioni che si protraevano senza interruzione dall'aula al refettorio e poi al giardino e di nuovo all'aula e di altre che continuavano a tarda ora, in qualche bar di Sesto, intorno a una bottiglia di grappa e dei molti modi in cui una piccola comunità di persone che non si conoscevano è diventata in pochi giorni un gruppo di studio solidale ed intenso»⁵.

Questo poteva succedere perché Maccacaro riusciva a mostrare che la biometria, dietro la freddezza della teoria, nasconde un grande valore pratico. Egli è un convinto sostenitore delle possibilità innovative offerte dall'applicazione dei metodi biometrici; a suo modo di vedere la biometria è il nuovo linguaggio che accomuna gli scienziati delle più diverse discipline, è il metodo che, realizzando un grande affinamento dell'analisi, permette di passare da una visione statica della natura ad una visione dinamica della stessa:

«La biometria a stretto rigore etimologico è la misura della vita, cioè lo studio degli aspetti quantitativi dei fenomeni propri degli organismi viventi. In realtà essa è ben altro e ben di più: è l'innesto sulle scienze biologiche, intese in senso molto lato, non solo dei metodi di analisi ma anche delle forme di pensiero, dell'ispirazione teoretica, della fantasia creativa che sono propri della matematica.

Gli enti e i fenomeni biologici hanno questo di particolare rispetto a quelli fisici e chimici: sono più variabili e complessi. (...) Il biologo tradizionale, di fronte a questa situazione, non riuscendo a dominare le sorgenti di variabilità, si illudeva di poterle ignorare (...) Tutto ciò non semplificava ma complicava i problemi: soprattutto ne escludeva un gran numero da ogni possibile soluzione.

⁵ In "Corriere della Sera", venerdì 18 ottobre 1963, p.9.

Il biologo moderno ha posto la diversità e il cambiamento al centro della sua attenzione, si è fatto un punto d'onore di saperli ridurre sotto la sua signoria. E ci è riuscito, mettendo a punto un nuovo modo di sperimentare, di formulare le ipotesi scientifiche e di criticarle, di raccogliere e utilizzare le informazioni della natura, di individuare dei nessi e di misurarli: questo nuovo metodo è la biometria.»⁶.

Dunque essa offre la possibilità di studiare gli enti e i fenomeni biologici senza sezionarli o semplificarli eccessivamente, ma tentando di riprodurli per coglierne la struttura di fondo che non è fatta soltanto di singole variabili, ma anche delle loro interazioni. E' proprio questa capacità di controllo della variabilità a fare della biometria il migliore metodo per programmare ed analizzare gli esperimenti:

«Si intende, allora, come questa matematica della vita, in quanto elaborata per quei fenomeni più degli altri variabili e complessi, sia diventata, in breve, un metodo per programmare ed analizzare gli esperimenti scientifici, *quale ne sia l'oggetto*»⁷.

Essa non può, certo, creare né aggiungere informazione là dove questa manchi, ma aiuta il ricercatore a parlare correttamente di ciò che non conosce completamente - è un «felice sussidio all'ignoranza umana»⁸ -, essa risponde al «bisogno logico e pratico (...) di fruire dell'esperienza sensibile - direttamente raccolta o culturalmente trasmessa - oltre i limiti spazio-temporali del suo compiersi»⁹ e di passare dalla particolarità programmata delle conoscenze del ricercatore al suo discorrere su enti e leggi mai completamente esplorati o esplorabili.

Per fare ciò il biometrista ha a disposizione tutti gli opportuni e

⁶ In "Corriere della Sera", martedì 23 luglio 1963, p.7.

⁷ Ivi. Il corsivo è mio.

⁸ L.L.Cavalli-Sforza, *Analisi statistica per medici e biologi*, Editore Boringhieri, 1961, p.3.

⁹ G.A.Maccacaro, introduzione a AA.VV., *Biometria. Principi e metodi per studenti e ricercatori biologi*, a cura di F.Salvi e B.Chianotto, Piccin, Padova 1978, pp. XIX-XXVIII. Ristampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-76*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 97-107.

articolati procedimenti che formano il corpus della statistica: egli estrae dall'universo che vuole analizzare un campione rappresentativo e decide in quante e quali condizioni effettuare le osservazioni. Una volta individuato il campione e disegnato l'esperimento, procede a una serie di rilievi, descrive il campione tramite statistiche, trasforma le statistiche relative al campione in grandezze omologhe stimate per l'universo di partenza (grandezze a cui va assegnato un certo ambito di valore e una certa probabilità d'errore); stimati i parametri, giudicate le differenze e i rapporti, falsificate o verificate le ipotesi, il ricercatore è infine in grado di parlare in modo plausibile dell'universo di partenza. Le conclusioni a cui giunge sono incerte (o, per meglio dire, non certe), come del resto avviene per ogni conclusione generale dedotta con metodo induttivo da un gruppo particolare di dati. Tuttavia l'incertezza non implica che vi sia una mancanza di rigore nel trarre le conclusioni, perché si può misurare l'incertezza in termini di probabilità e darne così una formulazione precisa.

Il percorso logico che abbiamo or ora descritto è lo stesso sia che ci si occupi di batteri, di farmaci o di coltivazioni di patate. In questo senso Maccacaro parla della metodologia statistica come di un mero strumento e afferma che la biometria è utilizzabile per la programmazione di esperimenti scientifici "quale ne sia l'oggetto".

«la statistica applicata - in ogni momento e sede, compresa quella clinica - non è che uno strumento possibile, da prendere o da lasciare secondo l'opportunità o la necessità»¹⁰.

Abbiamo voluto sottolineare queste ultime affermazioni riguardanti il carattere strumentale della biometria per anticipare qui, come abbiamo fatto nel capitolo precedente, che anche su questo punto Maccacaro muterà opinione col mutare della propria esperienza professionale e politica, la sua riflessione critica infatti aggre-

¹⁰ G.A.Maccacaro, *Il contributo della statistica alla programmazione e all'analisi degli esperimenti clinici*, in Atti del "Simposio sulle metodologie di valutazione dei farmaci nell'uomo", CIBA, Milano 1962, pp.43-44. Il corsivo è mio.

dirà anche questo "tempio della neutralità" che è l'applicazione della metodologia statistica alla ricerca scientifica e lo porterà a dubitare della trasferibilità di questa metodologia da una disciplina ad un'altra ed in particolare dalla sua applicazione naturalistica alla sua applicazione umana.

Chiusa questa breve anticipazione, continuiamo la nostra esposizione rilevando che per Maccacaro la biometria non si limita a fornire i mezzi fin qui descritti per rendere più penetrante e sofisticata l'analisi dei fenomeni e l'effettuazione di esperimenti: essa è in grado di rispondere anche ad un'altra esigenza: quella di razionalizzare i procedimenti di categorizzazione per verificare le sintesi cui conducono.

La biometria ha messo a punto e sviluppato delle tecniche classificatorie nuove, matematicamente rigorose e praticamente efficaci. Tali tecniche, viste le fondamentali affinità tra le operazioni logiche implicate in indagini scientifiche rivolte ai più diversi obiettivi, oltre ad essere utili allo zoologo e al botanico, per i quali il problema della classificazione è sempre stato centrale, si possono rivelare promettenti anche per il medico:

« (...) nel processo di classificazione sono distinguibili due momenti fondamentali: a) l'individuazione di classi nell'insieme degli oggetti da classificare; b) l'attribuzione di un oggetto a questa o quella classe già definita. Orbene, in medicina il primo momento corrisponde alla nosografia, cioè, la scoperta e definizione delle malattie dallo studio dei malati; il secondo corrisponde al riconoscimento in un dato malato dell'esistenza di questa o quella malattia. La formalizzazione matematica, finalmente possibile, di questi due processi permetterà al patologo di rivedere e completare il suo inventario nosologico e darà al clinico nuove taglienti armi per la sua diagnosi.»¹¹

Le nuove tecniche promettono molto: metodologia statistica e biometria dimostrano la loro utilità soprattutto nella soluzione dei

¹¹ In "Corriere della Sera", venerdì 18 ottobre 1963, p.9.

problemi del dosaggio biologico, nella sperimentazione clinica, nella valutazione dei farmaci nell'uomo e, più in generale, lungo tutto l'iter dell'intervento medico: dalla formulazione della diagnosi (come ottimisticamente si prospetta nell'ultimo brano citato) fino alla programmazione della terapia.

Riconosciuta anche in Italia l'importanza di tutto ciò, viene decisa la costituzione del Centro di Biometria per l'applicazione dei metodi matematico-statistici alla programmazione ed all'analisi degli esperimenti medici e biologici.

All'inizio il Centro vive del lavoro entusiasta e disinteressato di Maccacaro a cui il Prof. Cattabeni, Rettore dell'Università di Milano, affida la direzione del Centro, e di un gruppo di studiosi che assommano le necessarie competenze: le loro ore di lavoro sono occupate da ricerche condotte in collaborazione con studiosi del Policlinico universitario e dell'ospedale Maggiore di Milano, nonché di istituti e cliniche di altre università italiane: i problemi di cui si occupano hanno attinenza con la chirurgia cardiaca, le leucemie acute, il mongolismo, il controllo dei farmaci, la classificazione dei microbi, la gerontologia, nuovi metodi di dosaggio biologico ed altri ancora. Inoltre, allacciano contatti ed avviano scambi con i più importanti analoghi centri europei ed americani e preparano un fitto programma di attività didattica per l'anno successivo. Tutto ciò su basi volontaristiche, in attesa di una più salda stabilizzazione strutturale che ha luogo quando l'Università di Milano istituisce nel 1966 la cattedra di Biometria e Statistica Medica e chiama Maccacaro a ricoprirla.

3.

«SONO PASSATI DIECI ANNI, NEL FRATTEMPO,
E NON SONO DIECI ANNI PRIVI DI SIGNIFICATO»

Prima di analizzare l'opera svolta da Maccacaro nel periodo in cui fu direttore dell'IBSUM occorre ricordare che in Italia il decennio 1960-70 è stato caratterizzato da una forte intensificazione dello sviluppo produttivo e dai concomitanti mutamenti sociali e culturali culminati nella rivolta degli studenti del 1968, nelle lotte operaie del 1969 e nella nascita del movimento delle donne.

Non entreremo nel merito dell'intreccio tra condizione storica internazionale e processi interni alla società italiana, né analizzeremo le ragioni della contestazione studentesca antiautoritaria che denunciava «la crisi della scuola, della famiglia, dell'esercito ed in generale di tutte le istituzioni sociali usate dalle classi dominanti per garantire la propria egemonia»¹. Nemmeno ricostruiremo i percorsi della ricomposizione di classe che portò alla formazione del nuovo soggetto sociale, l'operaio-massa, che fu protagonista dell'"autunno caldo" nel momento in cui i movimenti perdevano la loro caratterizzazione studentesca, giovanile e cominciavano a coinvolgere ampi strati della società italiana nel tentativo di rovesciare i sistemi di disciplina e di sfruttamento e di rimettere in discussione gli assetti del potere.

Accenneremo invece ai due temi che maggiormente hanno contribuito in quel decennio a rimettere in discussione il ruolo della medicina nella società e ci permettono, quindi, di collocare in modo più adeguato l'opera di Giulio Maccacaro: si tratta del tema

¹ Guido Viale, *Il sessantotto tra rivoluzione e restaurazione*, G. Mazzotta Editore, Milano 1978.

della critica della scienza e delle elaborazioni teoriche che sono state alla base della grande stagione di lotte attuate dal movimento operaio in difesa della salute.

3.1. Critica della scienza: le premesse

Nell'Italia del secondo dopoguerra, a causa del privilegio tradizionalmente accordato alle discipline umanistiche, la cultura scientifica è scarsamente diffusa, le riflessioni sulla scienza sono confinate in ambiti molto ristretti e raramente escono dai dibattiti per specialisti per giungere all'orecchio del vasto pubblico.

A dimostrazione di ciò ci sembra emblematico il fatto che occorrerà attendere gli anni '60 perché un progetto come quello della *Enciclopedia della Scienza e della Tecnica* (EST), realizzato sotto la sapiente guida di Ludovico Geymonat, abbia successo nel panorama editoriale del nostro paese: infatti, per mancanza di un contesto culturale adeguato, tutti i precedenti tentativi di produrre «una enciclopedia scientifica di grande successo su modello americano» erano precedentemente falliti.

I primi volumi di quest'opera furono pubblicati nel 1963 in concomitanza con un risveglio generale dell'interesse per la scienza testimoniato, tra l'altro, dalla nascita delle prime riviste scientifiche² e dal più ampio spazio riservato a questi temi dalla stampa quotidiana che proprio in quel periodo cominciava a pubblicare le «pagine della scienza»³.

La realizzazione del progetto EST ha rappresentato un passo avanti certamente molto importante nella diffusione delle conoscenze scientifiche, non solo da un punto di vista «quantitativo» ma anche perché la nuova enciclopedia ha veicolato verso il grande pubblico una visione della scienza non puramente manualistica e astratta, ma strettamente legata alla storia e alla società, cosa comu-

² Nel 1963 L. Geymonat diede un importante contributo anche alla rinascita della storica rivista «Sapere» presso Edizioni di Comunità.

³ Come abbiamo già accennato, anche Giulio Maccacaro scrive sulle pagine scientifiche dei quotidiani; negli anni 1963 e 1964 i suoi articoli appaiono sul «Corriere della Sera»; negli anni 1966, 1967, 1968, 1969, 1970 e 1971 su «Il Giorno».

nemente accettata ai nostri giorni, ma che allora si dimostrò fortemente innovativa. Secondo Emanuele Vinassa de Regny, uno dei collaboratori del progetto EST,

«L'uscita dei volumi anticipò anche (e forse stimolò) il processo di riflessione sulla scienza che sarebbe esploso, anche in maniera drammatica e conflittuale, da lì a qualche anno.»⁴

E' proprio questa «esplosione del dibattito» ciò di cui vogliamo parlare. Ad essa ha contribuito grandemente l'evolversi delle riflessioni sul ruolo della scienza che si sono succedute nell'ambito della sinistra italiana.

Per ricostruire tale successione seguiremo il percorso tracciato da Marcello Cini nell'introduzione a *L'ape e l'architetto. Paradigmi scientifici e materialismo storico* (Feltrinelli, Milano 1976) un libro che fece molto discutere e che costituisce il «manifesto» del gruppo di scienziati, filosofi e storici della scienza che facevano capo alla rivista «Sapere» nella nuova serie diretta, a partire dal 1974, da Giulio Maccacaro e che ci sembra rispecchi, soprattutto nella sua parte finale, il percorso di Giulio Maccacaro stesso.

Negli anni '50, partendo da una tradizione marxista che si rifaceva all'*Antidübring* e alla *Dialettica della natura* di F. Engels e a *Materialismo ed empiriocriticismo* di V.I. Lenin, gli intellettuali comunisti ponevano l'accento sul significato gnoseologico delle scienze naturali e ritenevano che il processo di appropriazione della natura da parte dell'uomo fosse indipendente dai rapporti sociali intercorrenti tra gli uomini; di conseguenza il progredire delle scienze era inteso come il risultato di un accumularsi di dati oggettivi che portava ad una ricostruzione inesauribile, ma sempre più approfondita e fedele, della realtà - ricostruzione da cui vengono gradualmente estromessi gli elementi socialmente determinati.

⁴ Questa citazione e le informazioni riguardanti il progetto EST sono tratte da Emanuele Vinassa de Regny, *Geymonat e l'editoria italiana*, contenuto in Corrado Mangione (a cura di), *Scienza e filosofia*, Garzanti Editore, Milano 1985, pp.133-138.

In quest'ottica, fallito il tentativo di fondare sulle "leggi della dialettica" una scienza socialista più potente di quella generata nel mondo capitalistico, lo scienziato marxista non solo accetta risultati e metodi di quest'ultima, ma è portato illuministicamente ad esaltarli e a considerarli come un necessario ed inequivocabile passo avanti nell'affermazione di una visione del mondo più laica e razionale di quella espressa dalla cultura tradizionale imbevuta di oscurantismo e di retorica. In questo senso il Movimento Operaio organizzato, che negli anni '50 non produce su questo argomento riflessione teorica autonoma, ma si appoggia ad una generica tradizione positivista che esalta il carattere progressivo della tecnica, chiedeva ai ricercatori specializzati di favorire tutte le iniziative volte a richiedere alla classe dirigente un potenziamento di strutture ed investimenti a favore delle istituzioni scientifiche.

Negli anni '60, quando questi stessi obiettivi vengono fatti propri dalla classe dirigente stessa, tra gli intellettuali comunisti comincia a farsi strada la convinzione che la politica basata sulla priorità dello sviluppo quantitativo delle istituzioni scientifiche non sia sufficiente ad affrontare la nuova situazione maturata a livello nazionale. Inoltre, a livello internazionale, i risultati scientifici raggiunti e la larghezza di mezzi messi a disposizione degli scienziati dalle potenze industriali dell'occidente impedivano di continuare a sostenere la tesi della incompatibilità tra sviluppo scientifico e società capitalistica (che, giunta al suo stadio monopolistico, sarebbe strutturalmente incapace di produrre progresso scientifico e tecnologico). Accanto alla richiesta di maggiori investimenti, quindi, si fa avanti quella di una maggiore democratizzazione degli enti di ricerca e contemporaneamente l'analisi si approfondisce: la fiducia nell'equazione tra sviluppo scientifico e progresso sociale comincia a vacillare; si constata che nell'occidente capitalistico lo sviluppo scientifico e tecnologico non sempre è fattore di progresso, ma può, al contrario, essere causa di maggiore miseria e soggezione per i soggetti più deboli (si pensi alle condizioni di alienazione prodotte dalla fabbrica taylorizzata, agli infortuni sul lavoro o alla produzione di armamenti...), ciò significa che la scienza è legata alla struttura sociale in modo più complesso ed

articolato di quanto non si fosse riusciti a comprendere fino ad allora. Se ne conclude che la scienza è strumento neutrale - e come tale è sviluppata in tutte le società industriali a Est e a Ovest -, ma l'uso che se ne fa dipende dalla struttura sociale esistente: nelle società occidentali non è la scienza, ma l'uso capitalistico della stessa che porta a conseguenze disastrose. Ne deriva una ulteriore conferma della necessità di creare le "basi tecnologiche e scientifiche più avanzate possibile" all'interno dei rapporti sociali capitalistici in attesa di sostituire all'assetto esistente, il tessuto sociale adeguato al livello raggiunto dallo sviluppo delle forze produttive.

Questa tesi mostra tutta la sua illusorietà non appena le lotte operaie dei primi anni '60 cominciano a spostare l'attenzione sulle contraddizioni interne ai rapporti sociali. Dal punto di vista teorico essa viene completamente confutata dall'analisi proposta da Raniero Panzieri nel saggio *Sull'uso capitalistico delle macchine nel neocapitalismo* apparso sui "Quaderni Rossi" nel 1961, il cui bersaglio è proprio il "marxismo oggettivistico" e la concezione positivista del progresso.

La sua analisi dello sviluppo tecnologico si basa sulla riscoperta della lezione di Marx sul rapporto tecnica-potere contenuta nel primo volume del *Capitale*. La tesi centrale sostenuta da Panzieri è che lo sviluppo tecnologico è tutto interno ai rapporti capitalistici di produzione che non determinano soltanto l'uso sociale delle scienze e della tecnologia, ma che le plasmano dall'interno e le adeguano ad un fine che non è quello della massima razionalità, ma quello capitalistico della massima estrazione di plusvalore. La messa in luce del rapporto capitalistico che si cela dietro l'apparente neutralità di scienza e tecnologia rovescia completamente la concezione oggettiva del progresso tecnico. Ne consegue che non è più possibile pensare ad un futuro "uso socialista" della tecnologia esistente, ma occorrerà, nel caso, sviluppare una diversa tecnologia per una diversa attività lavorativa.

A questo punto è chiaro che la critica all'uso capitalistico della scienza è insufficiente e l'analisi deve spingersi oltre

«fino a esaminare se anche nel tessuto stesso della scienza - nei suoi contenuti e nei suoi metodi, nella scelta dei problemi da risolvere e nella

definizione delle priorità da rispettare, nella stessa formulazione delle sue ipotesi e nella costruzione dei suoi strumenti - non si ...[possano] rintracciare le impronte dei rapporti sociali di produzione capitalistici nei quali essa viene prodotta.⁵

Questa ricerca dei nessi che legano la scienza al potere appare eversiva rispetto alle posizioni sostenute dalla sinistra istituzionale in quanto implica, sul piano teorico, l'abbandono della teoria gnoseologica del "rispecchiamento" (a cui abbiamo accennato all'inizio di questo paragrafo) ed inoltre contiene in germe una implicita critica all'Unione Sovietica il cui modello di sviluppo scientifico-tecnologico, così simile a quello della maggiore potenza industriale capitalistica (USA), nasconderebbe gli stessi meccanismi di potere e genererebbe la stessa alienazione.

Altrettanto eretica questa tesi doveva apparire alla corporazione degli scienziati (che infatti la combatteva in tutti i modi) in quanto implica la messa in discussione del "dogma della separazione tra giudizio di fatto e giudizio di valore" e infrange "i principi dell'etica professionale in base ai quali è considerato disonesto introdurre la politica dentro le mura della cittadella della scienza".

Al di là degli ostacoli e delle opposizioni incontrati sul suo cammino, la tesi della non-neutralità della scienza fu legittimata e favorita dal verificarsi di tre diversi eventi: *il contrasto tra Cina e URSS* (in cui, tra l'altro, emergeva chiaramente "il rifiuto [da parte cinese] di assumere come obiettivo da perseguire prioritariamente uno sviluppo scientifico e tecnologico portato avanti da specialisti che rifiutano di far entrare la politica nel loro lavoro"), *lo scoppio della guerra del Viet Nam* (che lasciava intravedere quanto la corporazione degli scienziati non avesse affatto quella "funzione intrinsecamente progressiva" che la sinistra le aveva da sempre attribuito, ma, al contrario, fosse palesemente connessa con la macchina bellica americana); ed infine *l'esplosione del movimento degli studenti* che poneva la richiesta di ricomposizione di un sapere specialistico troppo frammentato e realizzava la reale messa in discussione della

⁵ G. Ciccotti, Marcello Cini, Michelangelo de Maria, Giovanni Jona-Lasinio, *L'ape e l'architetto - Paradigmi scientifici e materialismo storico*, Feltrinelli, Milano 1976, pp.18-19.

cultura tradizionale.

E' certamente molto difficile riassumere in poche righe il dibattito ricco e intenso che si è sviluppato per oltre vent'anni e che ha visto confrontarsi tanti interlocutori molto diversi fra loro; ciò che è importante sottolineare è che il percorso che conduce da una visione neutrale della scienza alla denuncia dei suoi stretti rapporti con il potere non è solo il frutto di una rilettura meno dogmatica delle opere di Marx o delle riflessioni di gruppi di intellettuali e scienziati della sinistra non istituzionale; non è nemmeno un frutto periferico dello stimolo rappresentato dalla critica all'induttivismo iniziata da Karl Popper e sviluppatasi in seguito nelle opere di Thomas Khun e Paul Feyerabend; anche se tutti gli elementi ora elencati hanno costituito dei contributi fondamentali, questo percorso *in Italia* si presenta prima di tutto come risultato diretto delle lotte e delle elaborazioni teoriche dei settori di punta della classe operaia.

Sono i lavoratori che, con le loro lotte contro l'"oggettività" dell'organizzazione capitalistica del lavoro, hanno posto in tutta la sua estensione il problema della non neutralità della scienza e dello sviluppo tecnologico; per dirlo con le parole che Maccacaro e Cini antepongono ai testi pubblicati nella collana "Scienza e politica" sono stati

«il rifiuto della delega e la domanda di partecipazione, l'affermazione della soggettività operaia e la lotta all'organizzazione capitalistica del lavoro [che] hanno posto le premesse per una critica di massa del feticcio scienziata».

Riconoscere questo punto di partenza è essenziale al fine di comprendere il pensiero e l'opera di Maccacaro. Come dicono giustamente i curatori di *Per una medicina da rinnovare* (Feltrinelli, 1979)

«Maccacaro non era un uomo da tavolino: la lotta per la liberazione della scienza dal potere, per una scienza degli uomini e non degli scienziati soltanto, l'ha sempre condotta in prima persona e innanzi tutto sul

campo. Non era l'ideologo che spinge gli altri all'azione; al contrario, i suoi pensieri ed i suoi scritti nascevano sempre da uno stretto rapporto con la realtà (...).

e la realtà con cui Maccacaro si confronta non è quella rinchiusa nei confini dell'Accademia e della comunità scientifica, ma è costituita dalla realtà complessiva del nostro paese e tiene conto di tutti i mutamenti strutturali, politici e sociali che la attraversano.

3.2 Riorganizzazione produttiva e lotte per la salute

La realtà da cui Maccacaro trae alimento ed in cui verifica la correttezza delle proprie posizioni professionali e politiche è quella di un paese che, passando dal periodo della ricostruzione agli anni del boom economico, attraversa una delicata fase di cambiamento della propria struttura produttiva e di consolidamento degli assetti politici. Rispetto agli altri paesi industrializzati, in Italia la razionalizzazione dei processi produttivi era partita in ritardo ed era stata condizionata, in una prima fase, dal governo fascista (quindi dai bassi salari, dalla scarsa espansione, dal potere dei monopoli) ed in una seconda fase, negli anni '50, da un recupero tecnologico fortemente influenzato dalle scelte del capitale americano.⁶

Il processo di ammodernamento produttivo avviato nel dopoguerra fu il frutto, da un lato, dell'iniziativa del capitale che si trovava a dover fronteggiare la concorrenza straniera e, dall'altro, della pressione della classe operaia che tra il '48 e il '50 condusse una lunga lotta contro le smobilitazioni, per l'occupazione e per il rinnovamento tecnologico che finì per favorire la svolta realizzatasi attorno al '50 in direzione della espansione economica.

Il periodo '51-'61 vede, infatti, una rapida crescita che non trova confronti in altre epoche della storia italiana né, nello stesso periodo, in altri stati europei; è un periodo di rapide trasformazioni: basti pensare all'entità dell'esodo dall'agricoltura e al modificar-

⁶ Maurizio Lichtner (a cura di), *L'organizzazione del lavoro in Italia*, Editori Riuniti, Roma 1975.

si e all'ampliarsi della struttura industriale. La produttività nell'industria cresce, tra il '51 e il '61, dell'84%, ma al progresso tecnico e all'aumento della produttività, non corrisponde una maggiore qualificazione del lavoro in quanto l'espansione economica è basata in gran parte sull'utilizzo di tecnologie per la produzione in serie e sull'introduzione di modelli organizzativi di tipo tayloristico sempre più spinti. Questa riorganizzazione produttiva ha coinvolto tutti i settori dei beni di consumo durevole ed in particolare quello dell'automobile. L'esempio più significativo è rappresentato dalla Fiat che aveva aperto la strada alla ristrutturazione taylorista sul finire degli anni '40 e che a metà degli anni '50, a seguito del forte sviluppo del settore, ha imposto un ulteriore rinnovo degli impianti basato sull'automazione e sull'installazione delle catene di montaggio attorno a cui venivano collocati lavoratori giovani, in prevalenza immigrati, senza qualifica.

Come è noto il modello taylorista si basa su di una netta divisione del lavoro intellettuale da quello manuale, sulla identificazione e parcellizzazione delle singole operazioni, sulla riduzione dei contenuti delle attività in modo da richiedere la minor qualificazione possibile e sulla ripetitività per ridurre i tempi di addestramento e per accelerare l'esecuzione automatica. Questo tipo di organizzazione del lavoro si autodefinisce "scientifica"; nell'opera pubblicata nel 1911 da Frederik W. Taylor⁷ l'uso di questo aggettivo è giustificato dal fatto che l'autore è convinto di aver trovato "il" modo più razionale per ottenere una certa produzione (si parla infatti di "one best way") e dal fatto che nel suo modello sono incorporate informazioni di ordine tecnico-scientifico e segnatamente medico e fisiologico. Il modello organizzativo dominante si dichiara intrinsecamente dotato di una razionalità inconfutabile che peraltro gli viene unanimemente riconosciuta; infatti, prima della svolta che descriveremo tra breve, le lotte operaie hanno sempre avuto come obiettivo una maggiore remunerazione della forza-

⁷ Titolo dell'opera di F.W.Taylor è giustappunto *L'organizzazione scientifica del lavoro*. Quanto detto sopra vale anche per tutti gli altri sistemi organizzativi elaborati sulla scia degli studi di Taylor. Vd. "Sapere" n. 786, ottobre 1975, pp. 2-36.

lavoro, ma non hanno mai sottoposto a critica l'organizzazione del lavoro imposta dal datore di lavoro. Se il singolo imprenditore utilizzava la forza-lavoro in modo da provocare eccessi negativi sulle condizioni di lavoro, il lavoratore si difendeva, ma in generale la classe operaia e i sindacati hanno sempre riconosciuto una "patente di neutralità" (se non addirittura di progressività) alla organizzazione del lavoro in fabbrica che veniva considerata oggettivamente necessaria per ottenere in modo efficiente una certa quantità di produzione.

Ma come abbiamo visto, negli anni del boom economico lo sviluppo della produzione di massa rende più evidente la frantumazione del processo lavorativo; contemporaneamente lo svuotamento di significato del lavoro esecutivo viene a coinvolgere un numero sempre maggiore di persone (non solo operai, ma anche tecnici e impiegati).

L'organizzazione scientifica del lavoro e lo sviluppo tecnologico comportano una sempre più intensa trasformazione dell'ambiente di lavoro che non tiene conto delle esigenze fisiche e psichiche delle lavoratrici e dei lavoratori. Le innovazioni introdotte, lungi dall'alleviare la fatica, si presentano nella realtà quotidiana delle fabbriche sotto forma di cottimo, saturazione e taglio dei tempi di lavoro, presenza assillante dei cronometristi e incremento continuo dei ritmi, monotonia, ripetitività e insostenibile aumento della nocività e dei rischi da lavoro: in altri termini si presentano come un inequivocabile peggioramento complessivo delle condizioni di lavoro. Tutto ciò è documentato dai dati riguardanti infortuni e malattie professionali pubblicati negli annuari dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL).

Sebbene questi dati rispecchino solo per difetto la terribile situazione degli ambienti di lavoro, risulta evidente che negli anni del boom economico (1952-1963) gli "incidenti" sul lavoro registrano un aumento costante sia in termini assoluti che percentuali; nel 1954 si raggiunge il milione di casi e nel 1961 si supera il milione e mezzo; proprio nel 1963, anno di massimo sviluppo della produzione industriale, si registra la maggior incidenza di

infortuni in tutti i comparti produttivi⁸, il numero annuo degli "incidenti" mortali oscilla tra tre e cinquemila, molte delle vittime sono minorenni.

Altrettanto grave, anche se più difficilmente documentabile, è l'incidenza delle tecnopatie (silicosi ed asbestosi in testa).

In questa situazione alcuni fattori quali l'immissione di forza-lavoro giovane, dequalificata, meno disposta a delegare e pronta a spingere i conflitti fino al punto di rottura, la coscienza del fatto che il peggioramento delle condizioni di lavoro va di pari passo con l'aumento della produttività, una migliorata capacità del sindacato di analizzare il problema della nocività in fabbrica ed infine il mutamento di clima culturale avviato dalle contestazioni studentesche, portano i lavoratori ad un più aperto rifiuto della sottomissione alla disciplina di fabbrica (rifiuto che molto spesso va oltre le indicazioni delle organizzazioni sindacali).

Nelle lotte di fine anni '60 insieme alle difficili condizioni di lavoro viene messa in discussione per la prima volta l'intera organizzazione del lavoro che non viene più intesa come il modo più razionale di produrre, ma come il modo più razionale per ottenere il massimo profitto: in altri termini essa non viene più messa in relazione solo all'apparato tecnico-produttivo, ma viene direttamente connessa con la natura capitalistica del modo di produzione⁹.

Tale mutamento di opinione è conseguente allo studio condotto dal movimento operaio sul ciclo produttivo:

«La ricostruzione del ciclo libera l'operaio dalla parcellizzazione, gli permette di riappropriarsi dei processi, di intervenire su di essi, annullando la sua natura di «accessorio vivente alla macchina»¹⁰.

⁸ M.L. Righi, *Le lotte per l'ambiente di lavoro*, in *Studi Storici* n.2/3, 1992, pag. 620.

⁹ M. Regini e E. Reyneri, *Lotte operaie e organizzazione del lavoro*, Marsilio Editori, Padova 1971. In questo testo gli autori, analizzando le lotte sostenute contro il cottimo e la distribuzione arbitraria delle qualifiche, mostrano come il vero obiettivo dei lavoratori sia stata proprio la ridiscussione complessiva dell'organizzazione del lavoro.

¹⁰ Rossana Rossanda, *La parabola operaia*, in *Autunno operaio*, il bimestrale supplemento al n. 293 de il manifesto, 12 dicembre 1989.

Analisi del ciclo e delle mansioni rivelano chiaramente la funzionalità del taylorismo non alla produzione ma alla disciplina. Si constata che l'organizzazione parcellizzata del lavoro non ha alcuna oggettività: serve al controllo sociale e a conservare un accentrato potere di governo sull'azienda. Si fa notare che, oltretutto, tale organizzazione "formale" del lavoro sarebbe del tutto inefficace se una organizzazione "informale" attuata dagli operai non intervenisse a smussarne le rigidità.

La nuova consapevolezza raggiunta dai lavoratori fa sì che muti anche la priorità degli obiettivi da perseguire: non maggiori guadagni di cottimo e passaggi di qualifica, ma abolizione del sistema del cottimo e delle qualifiche; non una migliore retribuzione degli straordinari, ma abolizione degli straordinari mediante l'aumento degli organici; non solo aumenti salariali, ma, prima di tutto, rispetto della dignità e della inalienabilità della persona.

Quest'ultima rivendicazione si concretizza principalmente in una dura battaglia per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro basata sul rifiuto della monetizzazione del rischio e sulla eliminazione delle fonti di nocività.

I primi tentativi di inserire il tema "ambiente di lavoro" nelle contrattazioni aziendali risalgono alla metà degli anni '60, ma è a cavallo tra i '60 e i '70 che la lotta per la salute diviene centrale e con essa il tema della non neutralità della scienza. La scienza rimessa in discussione non è solo quella che l'operaio trova incorporata nei mezzi di produzione che lo opprimono: un altro ambito rimesso in discussione è quello della Medicina del Lavoro che di fronte agli oltre 40.000 decessi causati dagli infortuni sul lavoro verificatisi nelle fabbriche italiane durante il decennio di massima espansione industriale non predispone nessuna strategia finalizzata a una reale prevenzione.

Agli occhi della classe operaia la medicina del lavoro prodotta negli istituti universitari, presente nei servizi sanitari interni alle aziende e strutturata negli istituti previdenziali assicurativi e negli ispettorati del lavoro, appare assolutamente incapace di svolgere la funzione di tutela della salute a cui è preposta; al contrario, essa offre il suo «specifico contributo all'opera di razionalizzazione

"scientifica" dello sfruttamento»¹¹ selezionando la forza-lavoro in funzione delle nuove esigenze produttive, limitando il più possibile il riconoscimento dei casi di patologia da lavoro e, soprattutto, evitando di impostare interventi realmente preventivi. Se, da un lato, non si disconosce il valore delle ricerche prodotte nelle università riguardanti il rapporto tra condizioni lavorative e salute, dall'altro si fa notare che tali conoscenze vengono fatte circolare solo sulle riviste specializzate, non trovano applicazione pratica nell'azione quotidiana dell'organizzazione igienico-sanitaria e, soprattutto, non vengono comunicate ai diretti interessati ovvero ai lavoratori e alle lavoratrici.

Un esempio lampante di quanto detto è ribadito a chiare lettere da Vito Foà e Franca Merluzzi a proposito della silicosi e dell'asbestosi:

«Oggi oramai si conosce tutto su queste affezioni e al limite eventuali mezzi di protezione individuale oltre naturalmente le metodiche per la misura e la quantificazione del rischio. Malgrado questi dati di fatto, come si può rilevare dall'annuario statistico dell'INAIL, su 58.379 casi di malattie professionali denunciate in tutto il territorio nazionale nel 1972, ben 33.903 erano casi di silicosi ed asbestosi»¹².

Il Movimento Operaio mostra come tale situazione non sia ascrivibile alla buona o cattiva volontà dei singoli medici, ma rappresenti il frutto di vari fattori strutturali quali l'innegabile influenza esercitata dalla committenza sulle scelte relative agli indirizzi di ricerca; anche a questo proposito l'analisi di Vito Foà e Franca Merluzzi è puntuale e significativa:

«Anche in Europa la committenza nei riguardi della Medicina del Lavoro è stata, ed in parte lo è ancora, pur sempre rappresentata dagli istituti assicurativi contro le malattie professionali(...) questa committenza ha condotto in primo luogo a restringere l'interesse della Medicina del

¹¹ P.M. Biava e A. Grassi, *La rivendicazione operaia*, Sapere n.779, febbraio 1975, p.13.

¹² V. Foà e F. Merluzzi, *Lo stato della ricerca*, in Sapere n.779, febbraio 1975, pp.15-16.

Lavoro entro gli aspetti assicurativi ed in parte riabilitativi trascurando quasi interamente il problema della prevenzione, ma soprattutto ha condotto obiettivamente i vari gruppi di ricerca a svolgere un prevalente lavoro di carattere medico-legale, nell'accertamento di malattie che erano tutelate da un punto di vista assicurativo ed in quanto tali, etichettate come professionali».

Inoltre, parlando dell'influenza esercitata da un altro tipo di committenza - quella delle grosse aziende - i due autori aggiungono:

«Questa committenza ha interessato per la massima parte il settore delle analisi chimiche e tossicologiche e si è concretizzata in azioni che tendevano obiettivamente ad allontanare i gruppi di ricerca dalla fabbrica, contenendo la loro attività ai laboratori, evitando il contatto diretto dei ricercatori con il movimento dei lavoratori, comprimendo le ipotesi di lavoro e indirizzandole verso problemi le cui soluzioni non assumessero rilevanza politica. In questo modo, veniva impedita la possibilità di una diffusione delle conoscenze in Medicina del Lavoro e la crescita di una coscienza di massa intorno a questi temi. Anche questo tipo di committenza conduceva a considerare la Medicina del Lavoro come branca ultraspecialistica».

Oltre all'influenza della committenza operano altri fattori strutturali quali la reale separazione tra gli enti preposti alla prevenzione e le altre strutture sanitarie, una formazione medica che prescinde completamente dal rapporto con la realtà sociale e l'esistenza di una legislazione rigida e inadeguata.

In altri termini, si mostra che anche la Medicina del Lavoro, nata «come disciplina scientifica intorno alla fine del secolo scorso in relazione al progressivo affermarsi dei nuovi sistemi di produzione industriale e quindi al sorgere di nuove esigenze di gestione aziendale del Capitale»¹³, non è affatto neutrale, ma è venuta organizzandosi e strutturandosi in modo tale da essere perfettamente

¹³ P.M. Biava e A. Grassi, op cit., pag. 13.

funzionale al modo di produzione dominante.

Questa denuncia della non neutralità della Medicina del Lavoro rappresenta il primo passo verso una riflessione più generale sul ruolo della medicina nelle società industriali. La medicina - si afferma - nel momento in cui sceglie di considerare la malattia come un dato naturale anziché come un prodotto in parte sociale, finisce per autolimitare la propria azione alla riparazione dei danni senza mai mettere in discussione le cause che producono sofferenza e malattia (da qui l'immagine molto diffusa nella pubblicistica operaia del medico come "secondo" che riaggiusta velocemente il pugile prima di buttarlo di nuovo sul ring, volendo con ciò sottolineare che il malato viene immancabilmente riconsegnato alla condizione morbigena di partenza); facendo ciò la medicina compie una scelta classista che di fatto contribuisce alla perpetuazione dell'organizzazione produttiva e sociale esistente.

Un'altra denuncia radicale veniva dal Movimento Femminista il quale, rivendicando il diritto delle donne all'appropriazione del controllo sul proprio corpo, sulla sessualità e sulla maternità «ha portato la contestazione al cuore del problema: la partecipazione della medicina - legittimata dalla scienza - all'oppressione della donna nelle società borghesi patriarcali»¹⁴.

Queste critiche rappresentano un importante punto di aggancio con le lotte studentesche svolte nelle università (ed in particolare nelle Facoltà di Medicina) in cui a partire dal '68 non solo viene messa in crisi la neutralità della scienza, ma vengono duramente contestati e rifiutati i ruoli tecnici tradizionali. Alcuni operatori, infatti, avevano già cominciato ad analizzare criticamente il proprio ruolo entrando nel merito dei processi di produzione della scienza, della qualità dei loro prodotti e dell'effetto di questi prodotti sulla società¹⁵.

E' in questa situazione molto fluida che la classe operaia e il sindacato cominciano ad elaborare una nuova ed originale strategia di

¹⁴ Alfredo Morabia, *Medicina e socialismo*, Canevascini-Medicina Democratica 1985, p. 138.

¹⁵ Una testimonianza molto significativa del dibattito allora in corso è rappresentata dalla raccolta di saggi intitolata *Crimini di pace - Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione* a cura di F. Basaglia e F. Ongaro Basaglia, Nuovo Politecnico 1975.

lotta per la salute la cui importanza sarà in seguito riconosciuta a livello nazionale ed internazionale¹⁶.

Tale strategia ruota attorno alla affermazione che la salute è una variabile indipendente da difendere e promuovere e che non può essere sacrificata alla produttività, né barattata con l'occupazione.

Punti qualificanti del nuovo approccio sono il rifiuto della delega ai tecnici e l'individuazione del gruppo omogeneo¹⁷ come centro di elaborazione di nuove categorie interpretative della realtà del processo lavorativo e come unico soggetto in grado di agire efficacemente in tutte le decisioni riguardanti l'organizzazione degli interventi preventivi nei luoghi di lavoro; il mancato affidamento della soluzione dei problemi dell'ambiente di lavoro ai tecnici è conseguente al rifiuto della falsa obiettività scientifica della medicina tradizionale e della necessità di un suo superamento. Un esempio molto significativo in questo senso è quello della negazione della validità scientifica dei M.A.C. e della conseguente richiesta del Rischio Zero per le lavoratrici, i lavoratori e l'ambiente.

Come è noto, M.A.C. è «la massima concentrazione accettabile che una sostanza tossica dovrebbe avere nell'ambiente di lavoro al fine di evitare all'operaio esposto la comparsa di segni di malattia»¹⁸. In primo luogo i lavoratori hanno messo in discussione la moralità del fatto che qualcuno (lo scienziato non esposto) possa decidere in che misura qualcun altro (l'operaio che generalmente non è neppure informato del rischio) debba essere esposto all'azione di una sostanza tossica, e poi hanno facilmente messo in luce, mediante analisi storiche dei dati, che la variabilità delle concentrazioni ammesse era largamente influenzata da fattori esterni alla conoscenza scientifica e che dipendeva spesso da esigenze produttive, da giochi di mercato o da ragioni politiche.

¹⁶ Vd. P.G.Duca, *La ricerca dentro e fuori l'accademia sulla salute (e sulla malattia) in fabbrica*, in *Attualità del pensiero e dell'opera di G.A.Maccacaro*, Coop. Centro per la salute "Giulio A. Maccacaro" editore, pp.103-108. Vd. anche M.R.Reich PhD. and R.H.Goldman MD, MPH, *Concepts, Conflicts, Implications*, in "American Journal of Public Health", vol.74, n.9, sept. 1984, pp.1031-1041.

¹⁷ Gruppo di lavoratori accomunati dall'esposizione agli stessi agenti nocivi.

¹⁸ P.M.Biava, *L'aggressione nascosta*, Feltrinelli, Milano 1981, pag.29.

In molti casi il ritiro della delega non ha portato ad una chiusura e ad un distacco tra lavoratori e "tecnici della salute", ma ha posto l'esigenza della costruzione di un più corretto rapporto tra movimento operaio ed esperti e ha stimolato la ricerca di nuovi metodi di verifica scientifica. In quest'ottica viene introdotto l'uso dell'*inchiesta di fabbrica* come nuovo ed indispensabile strumento per portare alla luce l'esperienza e il sapere operaio; mentre la soggettività dei lavoratori viene rivalutata nel momento della *validazione consensuale* intesa come verifica collettiva dei dati ambientali raccolti con le tecniche elaborate dalla scienza tradizionale.

L'uso di questi strumenti ha permesso ai lavoratori di allargare il concetto di salute proposto fino a quel momento dalla Medicina del Lavoro: si individua una dimensione psicologica del benessere che va oltre l'infortunio e la malattia professionale riconosciuta dalle tabelle assicurative, tale individuazione si concretizza nella definizione del *quarto gruppo* dei fattori di nocività. Il quarto gruppo è costituito da «quei fattori insiti nelle condizioni di lavoro che costituiscono uno stress (aggressione) psichico, nervoso, e che alterano l'equilibrio ed il benessere psico-fisico dei lavoratori»¹⁹. Fra questi fattori va compreso l'ambiente di lavoro con il suo microclima, la presenza di polveri e di sostanze tossiche, il rumore, ecc. considerati non per il danno organico che possono provocare, ma perché «le condizioni ambientali nocive determinano anche un danno psichico, poiché l'operaio che ha coscienza del rischio di nocività del suo lavoro va incontro più facilmente a stati ansiosi e di nevrotizzazione...»²⁰. In altri termini si tiene conto di una sofferenza operaia che la medicina ufficiale non aveva in precedenza mai riconosciuto.

Mentre si va definendo questo approccio ai problemi della salute negli ambienti di lavoro, il movimento operaio conquista anche gli strumenti organizzativi che gli permettono di imporre e gestire in prima persona gli interventi preventivi messi a punto seguendo la nuova metodologia; si pensi all'importanza dell'elezione dei

¹⁹ Guido Picotti, *I fattori di nocività*, in *Sapere* n.779, pp.22-23.

²⁰ Ivi.

«In Italia - dice Francesco Carnevale nel novembre 1978 - nelle realtà produttive in cui sono state condotte delle lotte per la salute secondo la metodologia che si è affermata negli ultimi anni, le condizioni di lavoro, specie per quanto riguarda gli aspetti della "nocività" tradizionale, ma non soltanto per questi, sono oggettivamente migliori che nella maggioranza delle realtà produttive equivalenti di altri paesi industrializzati»²⁴.

Inoltre il concetto di prevenzione non è rimasto confinato nell'ambito delle contrattazioni aziendali, ma è entrato con forza in uno dei dibattiti più accesi di quegli anni: quello sulla riforma sanitaria e sulla fisionomia del futuro Servizio Sanitario Nazionale.

«Il merito principale del movimento operaio verso la medicina - sostiene giustamente Giovanni Berlinguer - è stato, in questi anni, di orientare la riforma sanitaria sui giusti binari, di aver fatto comprendere non solo alle classi lavoratrici, ma a tutto il paese, l'esigenza della prevenzione, e quindi del controllo e della modifica delle condizioni ambientali morbigene.»²⁵

A mio parere la presa di coscienza collettiva della malattia e delle sue cause che è stata espressa nelle lotte di quegli anni e le conseguenti richieste di cambiamento rivolte alla medicina ufficiale rappresentano forse il più radicale tentativo di superare la "dimensione astorica e privatistica della malattia" e di modificare il tradizionale rapporto medico-paziente che sia stato compiuto nella storia della medicina italiana del dopoguerra, paragonabile per importanza solo a quanto compiuto nella stessa direzione dal gruppo di operatori coagulatosi attorno alle esperienze di deistituzionalizzazione dell'assistenza compiute da Franco Basaglia nel campo della malattia mentale.

E' tenendo presente queste coordinate generali che ritorniamo a seguire da vicino l'evolversi dell'esperienza di Giulio Maccacaro.

²⁴ Introduzione a O. Targowla, *I medici dalle mani sporche*, pag. XXVI, Feltrinelli, Milano 1978.

²⁵ Giovanni Berlinguer, op. cit., pag. XLVII.

4.

IBSUM: UN ISTITUTO AL SERVIZIO DELLA MEDICINA PREVENTIVA

4.1 *L'incontro tra elaborazione automatica dell'informazione e medicina*

Avevamo lasciato Maccacaro mentre stava per assumere la direzione dell'Istituto di Biometria e Statistica Sanitaria dell'Università degli Studi di Milano. Il compito che l'attende è molto impegnativo: si tratta innanzitutto di realizzare (anche da un punto di vista didattico) l'introduzione a pieno titolo della statistica in campo biomedico e nello stesso tempo di tener conto dell'altra grande innovazione costituita dall'introduzione in medicina del calcolatore elettronico, strumento che a metà degli anni '60 già appare destinato ad assumere un ruolo sempre più rilevante sia nel campo della ricerca, sia in quello della organizzazione e della gestione del sistema sanitario.

L'attenzione verso questi problemi fa sì che nel 1965, all'interno dell'Istituto di Biometria, si costituisca il "Centro Gaetano Zambon" per le applicazioni biomediche del calcolo elettronico; contemporaneamente nascono, sempre ad opera di Maccacaro, la collana di Monografie dedicate all'approfondimento dei presupposti metodologici dell'impiego delle tecniche biometriche e la rivista "Applicazioni Biomediche del Calcolo Elettronico".

Naturalmente la presenza sempre più visibile dei calcolatori fa nascere all'interno della classe medica un dibattito sull'influenza esercitata dalle nuove tecnologie. A questo proposito l'atteggiamento di Maccacaro si differenzia sia da quello di chi rifiutava pregiudizialmente qualsiasi innovazione tecnologica «per difendere

l'arte diagnostica e l'umanesimo medico dalla degenerazione tecnologica», sia da quello di chi genuflettendosi al culto della scienza già prevedeva «una medicina che avrebbe sostituito i medici con i calcolatori e il rapporto medico/paziente con gli screening e i check-up»¹.

Per quanto riguarda l'uso dei nuovi sistemi di calcolo l'atteggiamento di Maccacaro è chiaro: il giudizio sulle nuove tecnologie poste al servizio della medicina non deve basarsi su una valutazione astratta delle loro caratteristiche intrinseche, ma, evitando di isolare gli strumenti rispetto alle finalità per cui sono stati adottati, deve tener conto, da un lato, delle modificazioni che tali caratteristiche apportano al processo di evoluzione della medicina nel suo complesso, e dall'altro dell'obiettivo finale del sistema sanitario che è quello della tutela della salute. Ciò significa che l'introduzione delle nuove tecnologie non deve essere valutata solo in termini di efficienza (affidabilità, velocità, economia), ma anche in termini di miglioramento effettivo della salute e della qualità della vita. Se a prima vista queste affermazioni possono sembrare ovvie, ricordiamo che la medicina è un settore molto restio a riconoscere l'utilità della verifica dei propri presupposti di partenza e ad ammettere la necessità di valutare i risultati effettivamente raggiunti; ne è prova il fatto che le prime opere incentrate sul tema della misurazione scientifica dell'efficacia di procedure diagnostico-terapeutiche e di interventi organizzativo-strutturali adottati in campo medico appaiono solo negli anni '70 (ci riferiamo al testo di Archibal L. Cochrane, *Effectiveness and efficiency, Random reflections on health services*, London 1972, tradotto in Italia solo molti anni più tardi nella collana "Medicina e potere" diretta da Maccacaro per la casa editrice Feltrinelli; ci riferiamo altresì alle valutazioni sulla reale efficacia della medicina, condotte su piani diversi ma altrettanto importanti, contenute nelle opere di Ivan Illich, *Medical nemesis: the expropriation of health*, New York 1976, e di Thomas McKeon, *The role of medicine: Dream, mirage or*

¹ A. Del Favero, nota introduttiva a G.A.Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-76*, Feltrinelli, Milano 1979, pp.13-14.

nemesis?, London 1976).

E' proprio tenendo presente queste necessità che Maccacaro nei suoi interventi ai convegni organizzati in comune da medici e da cultori del calcolo automatico, spesso rinuncia all'esposizione sistematica dei risultati e ai rendiconti dettagliati delle ricerche condotte in questo ambito dal suo Istituto, per lasciare spazio a riflessioni più generali sull'impatto che tali risultati possono avere «sull'evoluzione della medicina come scienza e come pratica».

In queste riflessioni Maccacaro sostiene che l'incontro tra medicina ed elaborazione automatica dell'informazione «non è il risultato della contingenza, ma della necessità»; egli individua ed elenca alcune direzioni di sviluppo della medicina in atto al momento della sua analisi:

- «enorme spiegamento strumentale del rilievo semeiotico,
- concentrazione delle indagini diagnostiche,
- libero accesso all'assistenza sanitaria,
- evoluzione della medicina da curativa a preventiva,
- espansione dell'epidemiologia alle malattie non infettive,
- necessità di una vigilanza farmaco-tossicologica di largo raggio,
- ridistribuzione di esperienze come antidoto alla segregazione delle competenze,
- ristrutturazione profonda dell'organizzazione sanitaria centrale e periferica»²

e spiega come ognuna di esse a suo modo abbia contribuito a far nascere l'esigenza, mai prima avvertita con altrettanta forza di

«...coordinare, trasformare e conservare ingenti e crescenti quantità di informazione...»²

Queste ultime parole - fa notare Maccacaro - corrispondono ad

² G.A.Maccacaro, *Applicazione dell'elaborazione elettronica alla medicina*, articolo scritto in collaborazione con A.Colombi apparso in "A.b.d.c.e.", anno II, 4, 1967, pp.175-208; ristampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-76*, Feltrinelli, Milano 1979, pp.17-57.

una definizione di calcolatore

«Per questo non è forse eccessivo dire che se la medicina contemporanea non avesse già incontrato i calcolatori andrebbe cercandoli e prevedere che negli anni a venire le forme e i contenuti della sua domanda non saranno senza traccia sullo sviluppo e sulla differenziazione degli elaboratori».

Nell'incontro tra elaborazione automatica e medicina Maccacaro rivendica, quindi, a quest'ultima un ruolo attivo: nel passato essa, nonostante le iniziali diffidenze, ha sempre assimilato le innovazioni e i ritrovati di altre scienze ed altre tecnologie (dai raggi X, ai metodi chimici per l'esplorazione del corpo umano, ecc.), al contrario, in questa occasione non è la disponibilità del ritrovato a suggerirne l'uso medico, ma l'analisi dello sviluppo della medicina e la direzione di progresso che le si vuole imprimere che può e deve determinare lo sviluppo della tecnologia di supporto.

Le nuove tecnologie non vanno quindi demonizzate, né mitizzate: è necessario, al contrario, sondarne tutte le potenzialità, plasmarle e svilupparle secondo le esigenze della medicina. Esigenze che in questa fase storica, secondo Maccacaro, sono dettate principalmente dalla necessaria trasformazione della medicina da prevalentemente curativa in prevalentemente preventiva; perché questo passaggio possa avvenire è necessario non solo che la medicina impari un uso meno meccanico e più consapevole dei metodi matematico-statistici, ma anche «che la matematica e la statistica riconoscano nella problematica medico-biologica spunti non volgari per nuove originali ricerche metodologiche»³.

Come si può facilmente constatare, la posizione di Maccacaro è dinamica e articolata: da una parte afferma che la medicina non può evolversi senza l'utilizzo dei nuovi mezzi di calcolo (è del tutto impensabile che la ricerca epidemiologica, l'organizzazione degli

³ G.A.Maccacaro, *Elaborazione Elettronica per la medicina preventiva*, articolo apparso in "A.b.d.c.e.", anno III, 4, 1968, pp.259-279; ristampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-76*, Feltrinelli, Milano 1979, pp.58-86.

screening di massa, la raccolta sistematica di enormi quantità di dati - in breve tutti gli strumenti per l'affermazione della medicina preventiva- si possano realizzare senza l'impiego di calcolatori), dall'altra non accetta acriticamente l'introduzione delle nuove tecnologie, non si accontenta di un loro trasferimento "in blocco" da un settore ad un altro, ma impone ad esse di rispondere alle urgenze più pressanti della medicina. I problemi su cui egli tenta di attirare l'attenzione dei cultori del calcolo automatico vanno dalla ricerca di nuove definizioni operative dello stato di salute (a questo proposito Maccacaro dice di non aspettarsi più molto dalla biometria statistico-descrittiva che è troppo riduttiva, ma di pensare piuttosto all'analisi dei sistemi e alla simulazione dei modelli dinamici per i quali è necessario «l'impiego più esteso e scaltrito dei metodi e dei mezzi più avanzati di elaborazione automatica dell'informazione») alla programmazione dello screening delle malattie in stadio pre-sintomatico; dall'attivazione di un dispositivo di record linkage (che è un processo di assemblaggio dei dati di interesse biologico concernenti una popolazione) a quella di un osservatorio epidemiologico (un sistema di ampiezza nazionale per la raccolta, il trasporto e l'elaborazione dei dati medici); dalla automazione delle analisi e degli esami biomedici (senza la quale bisognerebbe moltiplicare il numero delle persone addette ai servizi sanitari per un fattore inaccettabile) al loro controllo di qualità. Sono tutti problemi non facilmente codificabili ai fini dell'elaborazione automatica la cui soluzione richiede tempi lunghi; ciò dimostra ancora una volta che Maccacaro non considera le nuove metodologie come qualcosa dai contorni già completamente definiti, ma come uno strumento in sviluppo a cui occorre indicare nuove direzioni di ricerca, cosa questa che egli è in grado di fare perché possiede una poliedrica preparazione scientifica che gli permette di spaziare dalla medicina alle scienze matematico-statistiche con una padronanza di metodi e contenuti di certo non comune.

4.2 Necessità dell'evoluzione della medicina da curativa a preventiva

Maccacaro opera una scelta ben precisa indicando il settore della medicina preventiva come ambito di ricerca privilegiato verso il quale indirizzare le attività del suo Istituto e al servizio del quale porre i più avanzati metodi e strumenti offerti dal calcolo elettronico:

«La medicina ha tre compiti fondamentali: la prevenzione delle malattie, la cura dei malati e la riabilitazione dei guariti. (...) Di questi tre compiti essa ha sentito soprattutto - e, fino agli inizi di questo secolo, quasi esclusivamente - quello curativo, articolato a sua volta, in vari momenti e con diversa efficacia, intorno alla diagnosi ed alla terapia.
(...) Il presente della medicina è connotato da un compito forse più arduo ma certamente più carico di responsabilità sociali: la prevenzione delle malattie»⁴.

Questo spostamento di attenzione dalla medicina curativa alla medicina preventiva è certamente da inscrivere in un orientamento generale assunto dalla medicina occidentale che, a partire dal secondo dopoguerra, ha teso, almeno teoricamente, a non identificare più la soluzione dei problemi relativi alla salute dell'uomo con il solo intervento terapeutico, ma, al contrario, ha indicato come suo obiettivo principale l'intervento finalizzato alla conservazione, al singolo ed alla collettività, di un buono stato di salute prima che i più svariati fattori di rischio possano condizionarlo negativamente.

Tale orientamento è testimoniato dalla definizione di salute adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) al momento della sua costituzione (1946) che recita:

«La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in una assenza di malattia o infermità.

⁴ G.A.Maccacaro, *Elaborazione Elettronica per la medicina preventiva*, op. cit.

Il possesso del migliore stato di salute che è possibile raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di tutti gli esseri umani qualunque sia la loro razza, religione, opinione politica, condizione economica e sociale».

Questo concetto viene in parte ripreso anche dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, approvata dall'O.N.U. nel 1948, e dalla Costituzione della Repubblica Italiana (art. 32); ma, al di là delle dichiarazioni di principio, in tutto il mondo industrializzato la formazione dei medici, nonché la maggior parte delle risorse umane ed economiche sono state e sono tuttora indirizzate verso la medicina tecnico-riparativa.

Le ragioni del privilegio concesso nel corso del nostro secolo alla medicina curativa sono molte⁵; Maccacaro sottolinea la funzione deleteria esercitata in questo senso dal concetto di «esistenza delle malattie come entità indipendenti: esistenza - dice Maccacaro - affermata da alcuni secoli di dottrina medica sino ai tempi della nostra educazione universitaria». Spingendo tale concetto fino alle estreme conseguenze egli svela tutte le implicazioni in esso contenute:

«Il concetto di "esistenza" delle malattie conduce a quello di conoscibilità delle stesse: se le malattie sono, in un certo numero qualsiasi, l'uomo - prima o poi - riuscirà a descriverle tutte e a riconoscerle nei malati che ne sono afflitti. All'identificazione seguirà lo studio della eziopatogenesi e, quindi, inevitabilmente l'invenzione della terapia: in ogni malato ci deve essere almeno una malattia e per ogni malattia ci deve essere almeno una cura. In questo ottimismo panglossiano della società industriale la medicina preventiva non ha più rilievo che quello della fervida vigilia di un tempo migliore»⁶.

⁵ Un'ampia analisi delle ragioni di questo privilegio si trova in F.Mondella, *Ideologia della diagnosi ed etica della prevenzione*, in *Bioetica* (a cura di A.Di Meo e C.Mancina), Ed. Laterza, 1989, pp.231-244.

⁶ G.A.Maccacaro, *Elaborazione Elettronica per la medicina preventiva*, op. cit.

Questa concezione è evidentemente basata sull'ideologia di un rapporto antagonistico tra uomo e natura: per essa l'agente patogeno è appunto naturale ed è dal suo incontro con l'uomo che si genera la malattia contro la quale la medicina è pronta a sparare i suoi "proiettili magici". In tale concezione sono implicite anche altre affermazioni: innanzitutto l'"oggettività" della malattia, infatti «se questa è obbiettivabile in quanto esiste, esiste solo in quanto è obbiettivabile» il che conduce, dice Maccacaro, alla creazione di una frattura fra sintomo e malattia, tra sofferenza e sofferente, tra dolore e danno onde la nascita della strana figura del malato senza malattia. Inoltre,

«sviluppando ulteriormente il concetto di "esistenza" della malattia è facile constatare che esso contiene anche quello di passaggio discreto, di mutazione qualitativa (...). La causa morbigena - sia essa esogena o endogena, un germe o un gene - produce nell'organismo una situazione nuova, "diversa", individua e individuabile cui si addicono i nomi di uno o più malattie»⁷.

Questa interpretazione della malattia si adatta - dice Maccacaro - a molte patologie, per esempio a quelle infettive, a quelle carenziali e ad alcune di quelle ereditarie, ma la medicina contemporanea deve prendere atto che essa è assolutamente inadeguata - «non ha più senso, né possibile verifica» - di fronte alla «svolta epidemiologica»⁸ che si è verificata nei paesi occidentali tra gli anni '30 e i '60:

«pur in un paese non completamente industrializzato qual è il nostro - scrive Maccacaro - e in un arco di tempo corrispondente a una sola generazione, il pattern distributivo delle cause di morte è così cambiato da essere irricognoscibile»⁹

si è verificata infatti una drastica riduzione delle morti dovute a

⁷ Ivi, pag.63.

⁸ Vd. G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Laterza, Bari 1994, pp.55-65.

⁹ G.A.Maccacaro, *Elaborazione Elettronica per la medicina preventiva*, op. cit.

malattie infettive, sono triplicate le morti per tumore e più che raddoppiate quelle provocate da malattie cardiovascolari. La patologia che ha preso il sopravvento è «una patologia da usura, da lavoro, da contaminazione ambientale, da stress ripetuti, da conurbazione che va sotto il nome comprensivo di "malattie degenerative"; tali malattie sono talmente diverse da quelle infettive un tempo prevalenti che «forse nessun tassonomo riconoscerebbe come specie di uno stesso genere o generi di una stessa famiglia due entità così contraddittorie».

Tale patologia, a differenza dell'altra non si può definire "qualitativa", ma è di tipo "quantitativo" ovvero rappresenta «la parte emergente di un iceberg affondato nel mare della creduta normalità»: a questo secondo gruppo appartengono malattie che vanno dall'ipertensione essenziale al diabete, da molti disordini metabolici a quelli endocrini, la maggior parte della patologia del lavoro e persino i tumori. Di fronte alla patologia degenerativa il concetto di "esistenza" della malattia come entità individuale e indipendente, con tutte le implicazioni che abbiamo fin qui elencato, mostra tutta la sua fragilità.

Infine Maccacaro rileva un'ultima, ma fondamentale differenza:

«se per le malattie infettive, ove l'igiene avesse fallito i suoi compiti e la profilassi avesse mancato i suoi effetti, restava pur sempre - in tutta capacità - la medicina clinica, finalmente diagnostica e curativa, per la malattia degenerativa questa medicina è soltanto lenitiva quando non del tutto impotente»¹⁰.

Squarciando l'aura di onnipotenza che la medicina ha costruito attorno a sé Maccacaro rileva con lucidità esemplare che

«la medicina clinica è in crisi e ci rimane; i suoi successi più strabilianti sono anche i meno rilevanti per la comunità; il clamore che li accompagna riempie i silenzi di una dissimulata impotenza»¹⁰

¹⁰ G.A.Maccacaro, *Vera e falsa prevenzione*, articolo apparso su "Sapere", settembre 1976, vol.LXXIX, 794, pp. 2-4; ristampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1906-76*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 319-326.

Sono pochi in Italia i medici critici che affrontano con chiarezza questa questione, ma ancora meno quelli che traggono da questa constatazione l'unica conseguenza che potrebbe portare ad un'azione efficace:

«la lotta alle malattie che più colpiscono l'uomo della società industriale non si può fare restando sul fondo clinico del gradiente [si riferisce al gradiente "malattia-salute" cui corrisponde il gradiente "terapia-prevenzione"] ma solo risalendo, quantunque faticosamente, verso la prevenzione»¹¹

In altri termini questa patologia «nella misura in cui non è più curabile, deve essere evitata, onde non l'opzionalità, ma l'assoluta necessità della medicina preventiva».

4.3 Primato della vera prevenzione e della soggettività

Maccacaro, dunque, non accetta di confinare i compiti della medicina alla riparazione dei danni riscontrabili nell'organismo del singolo individuo e indica il passaggio dalla cura alla prevenzione come necessaria risposta alla constatazione di un'urgenza sociale. «Prevenzione al primo posto» è per lui «tutt'altro che una formula ma un mandato indeclinabile e carico di responsabilità»¹².

Maccacaro è cosciente del fatto che il mondo medico si muove in tutt'altra direzione; ciononostante la sua analisi sul ruolo della medicina e sul concetto di prevenzione non si ferma a questo. Non basta infatti ribadire la necessità della medicina preventiva, occorre anche chiarire che cosa si debba intendere per prevenzione. Quel che egli propone non è semplicemente un aggiornamento medico risultante dalla constatazione dell'inadeguatezza di alcuni concetti o derivante dall'acquisizione di nuove conoscenze in campo scientifico o tecnico; quel che egli propone è un ribaltamento radicale di prospettiva: al centro dell'attenzione non ci deve più essere il

¹¹ G.A.Maccacaro, *Vera e falsa prevenzione*, op. cit.

¹² Ivi.

patologico, ma la salute definita in positivo, non più l'oggettività della malattia, ma la soggettività del malato.

In rapporto a tale ribaltamento «parole come "guarire" e "curare" assumono altri e più ricchi significati, ma "prevenire" lo muta totalmente perché non si riferisce più alla "malattia" che va prevista e rimossa, ma alla "salute" che va tutelata e promossa» e vi è un solo modo di essere sani - dice Maccacaro rifacendosi alla definizione dell'O.M.S.: «realizzare la pienezza del proprio benessere psicofisico e sociale»¹³.

Allora

«se prevenzione è promozione e tutela di salute, essa non può concludersi nell'ambito individuale ma deve muoversi e compiersi in quello sociale: cioè l'ambito di vita e di lavoro dell'uomo, là dove egli è in quanto sono gli altri (...). Prevenire per la salute vuol, dunque dire coglierne la dimensione collettiva e derivarne corrette indicazioni di analisi e di intervento per quella individuale»¹⁴.

La vera prevenzione, dunque, si realizza solo promuovendo la salute collettiva e difendendola da tutte le fonti di nocività presenti nell'ambiente di vita e di lavoro «fino a piegare queste a quella e non viceversa».

Forte di questa posizione Maccacaro si contrappone a tutti i tentativi in atto di limitare la prevenzione alla sola diagnosi precoce:

«S'usa distinguere tre livelli di prevenzione:

- *primaria* rivolta ad abbattere gli agenti patogeni;

- *secondaria* intesa ad arrestare la genesi della malattia e

- *terziaria* mirata a limitarne o ripararne i danni. In termini non più di malattia si suol anche dire che i tre livelli indicati corrispondono alla promozione, alla conservazione e alla riabilitazione della salute, ma l'equivalenza è sospettatamente approssimativa. Può servire ad evitare

¹³ Ivi.

¹⁴ Ivi.

approssimazioni fuorvianti riconoscere nella cosiddetta prevenzione terziaria una declinazione della medicina clinica. Non ce ne occuperemo oltre, (...) onde rivolgerci alle altre due per dire che l'aggettivazione che le distingue scolasticamente può essere mistificante scientificamente e politicamente. Mi sembra più corretto riservare il nome di medicina preventiva alla prevenzione primaria e chiamare la secondaria per quello che è: medicina predittiva»¹⁵.

Maccacaro fa notare che il modello su cui la medicina predittiva fonda la sua razionalità è ancora una volta quello della malattia infettiva ovvero quello dell'invasione dell'organismo da parte di un germe: la malattia infettiva è caratterizzata da una causa specifica, dalla progressività della patogenesi e può concludersi con la guarigione spesso accompagnata da immunità. Di fronte a una patologia con queste caratteristiche hanno certamente senso la diagnosi precoce, gli screening e la prevenzione individuale - ed infatti in questo ambito tale strategia preventiva ha dato buoni risultati - ma non si può pensare di utilizzare lo stesso approccio nel caso delle malattie degenerative: un indebito trasferimento di modello da un campo all'altro può causare «veri disorientamenti nell'ambito di decisioni sulle priorità e le modalità degli interventi di medicina preventiva, nonché sui sussidi da approntarle in termini di strategie operative, strumentazioni speciali e procedimenti di automazione»¹⁶.

Maccacaro, in occasione di convegni dedicati all'argomento, sostanzia questa tesi con degli esempi inconfutabili tratti dai primi bilanci apparsi nella letteratura internazionale sui risultati ottenuti dalla medicina predittiva fino ad allora attuata (primi anni '70). Da essi si può dedurre che la medicina predittiva effettivamente dà buoni risultati per le malattie che corrispondono al modello

¹⁵ Ivi.

¹⁶ G.A.Maccacaro, *Problemi di medicina preventiva*, relazione svolta al convegno su L'automazione nell'assistenza sanitaria promosso dalla ANIPLA, Milano, 29-31 gennaio 1971; pubblicata in "A.b.d.e.", anno IV, 1, 1971, pp.1-14; ristampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-76*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 359-376.

sopraesposto¹⁷, ma è destinata all'insuccesso quando applicata a malattie degenerative quali, ad esempio, il diabete e il cancro. Nel caso del diabete la medicina predittiva è destinata all'insuccesso perché si tratta di una malattia strettamente "quantitativa" a cui "mal si addice lo screening monovariato" e per la quale "l'accertamento comunque precoce serve meno della previsione di sviluppo". Nel caso del cancro, invece, non è efficace perché spesso, a differenza di quel che si propaga a gran voce, gli screening antitumorali di massa "sono fondati su assunti ritenuti ovvii ma da nessuno dimostrati", non si tien conto, per esempio, che la precocità "cronologica" di un cancro può essere altra cosa da quella "patologica" (ovvero la sua disseminazione non è necessariamente correlata con le dimensioni e con l'età del tumore) e che "l'anticipazione della diagnosi vale solo in termini di modificazione della prognosi".

La cosa che però Maccacaro sottolinea con più forza è che la medicina predittiva non solo non funziona nel senso ora descritto, ma poiché «si ferma alle stazioni intermedie degli screening e dei check-up», non può funzionare: tale medicina non ha come fine la prevenzione delle diverse patologie, ma esaurisce il suo compito nella diagnosi tempestiva di malattie che sono «già accettate nel momento in cui sono accertate».

La medicina predittiva svolge solo una funzione di "placebo sociale", rappresenta una falsa risposta alla domanda di prevenzione che nasce dalla società, falsa perché lascia immutato «tutto ciò che di patogeno è nel modo di produzione del capitale»¹⁸.

Quest'ultima frase, a mio parere, esprime uno dei punti centrali dell'analisi che Maccacaro mette alla base delle attività del suo Istituto: il riconoscimento delle condizioni socio-ambientali (e dell'organizzazione capitalistica in particolare) come uno dei principali fattori morbigeni contro i quali la medicina deve lottare se vuol

¹⁷ Gli esempi analizzati riguardano la tubercolosi (malattia infettiva) e la fenilchetonuria (malattia ereditaria).

¹⁸ G.A.Maccacaro, *Vera e falsa prevenzione*, op. cit.

essere coerente con i propri obiettivi istituzionali. Tale riconoscimento, che implica una dilatazione delle responsabilità della medicina e richiede al medico un impegno più grande, è di fatto radicalmente in contrasto con le posizioni della medicina accademica. Quest'ultima, infatti, ha storicamente seguito un percorso rivolto in direzione opposta: essa ha riservato grande attenzione tra 7 e 800 all'influenza esercitata dalle condizioni di vita e di lavoro sullo stato di salute delle collettività e ha conseguentemente intrapreso (o almeno auspicato) interventi preventivi nell'ambito della realtà economica e sociale¹⁹. Ma tale percorso ha mutato direzione quando, a partire dagli anni 80 dell'ottocento, «i grandi progressi compiuti dalle scienze naturali e la grande influenza da esse conquistata nella medicina mediante l'affermarsi della ricerca batteriologica hanno ridotto drasticamente lo spazio dell'analisi sociale della malattia»²⁰; poiché la batteriologia era in grado di individuare nessi causali specifici tra germe e malattia gli studiosi potevano permettersi di richiedere che la ricerca non fosse più «fuorviata da considerazioni sociali e dai suoi riflessi sulla politica sociale»²¹.

A seguito di ciò organicismo e riduzionismo sono diventati modelli interpretativi quasi esclusivi, in grado di influenzare fortemente le linee di sviluppo della ricerca e della pratica medica, mentre le discipline che studiavano i problemi concernenti le cause e le conseguenze sociali delle malattie (medicina sociale, igiene, epidemiologia), essendo assai lontane dalle crescenti tendenze positiviste della cultura medica, hanno finito per occupare una posizione del tutto secondaria.

Tale chiusura d'orizzonte si è accentuata ancor più quando

¹⁹ Ci riferiamo ai provvedimenti statali proposti da Johann Peter Frank e poi all'opera di igienisti quali L.R.Villermé, R.Virkhow, ecc.

²⁰ AA.VV., *Sociologia della medicina*, a cura di G.A.Maccacaro e A.Martinelli, Feltrinelli, Milano 1977, pp. 14-15. Sullo scontro tra i due diversi paradigmi interpretativi della batteriologia e dell'igiene: F.Berrino e D.Lamperti, *Storia dell'epidemiologia e dei suoi rapporti con la clinica e con la prevenzione*, in "Medicina Democratica", n.85, nov-dic. 1992, pp.17-27.

²¹ AA.VV., *Sociologia della medicina*, a cura di G.A.Maccacaro e A.Martinelli, Feltrinelli, Milano 1977, pag. 15.

all'individuazione degli agenti patogeni delle malattie ha fatto seguito la «rivoluzione terapeutica»²² che ha permesso al medico di non occuparsi più delle concause sociali e ambientali della malattia per dedicarsi «al più agevole, fruttuoso, appagante impegno farmacoterapico contro la causa microbiologica della malattia»²³.

Tentare di riportare la tematica socio-ambientale al centro dell'interesse medico è quindi un'azione di per sé controcorrente. Ma Maccacaro non si ferma all'analisi storica dello scontro tra due paradigmi interpretativi (batteriologia *versus* igiene ambientale) a conclusione della quale mettere in guardia i medici dal riporre un'eccessiva fiducia in un modello esplicativo che, pur avendo prodotto risultati importantissimi, mostra ora la propria insufficienza; la sua analisi non si ferma a esortare la medicina a disfarsi di vecchie incrostazioni positiviste e a prender atto di una realtà patologica più complessa, ma, utilizzando gli strumenti analitici derivanti da una lettura marxista della società, mostra che dietro questo scontro tra paradigmi si nasconde anche uno scontro ideologico; il mancato riconoscimento dell'eziologia sociale delle patologie prevalenti non è dovuto solo alla lentezza dimostrata dai medici nel superare un vecchio modo di concepire la malattia, ma è conseguenza del rapporto che nelle società a capitalismo avanzato la medicina intrattiene col potere. Questa è un'affermazione molto impegnativa che presuppone una profonda riflessione sul rapporto che lega la struttura concettuale della scienza alla realtà sociale che la genera. E' in questo ambito che va ricercato, secondo Maccacaro, il nodo che impedisce alla medicina di essere fedele ai propri compiti e di essere, quindi, realmente preventiva.

4.4 IBSUM: un istituto aperto

Prima di affrontare il tema del rapporto medicina-potere - che è l'oggetto privilegiato della riflessione di Maccacaro - rielenchiamo brevemente i concetti messi dal neodirettore alla base delle attività

²² Giorgio Cosmacini, op. cit., pag. 65.

²³ Ivi, pag. 67.

dell'IBSUM:

- considerazione del carattere sociale, oltre che biologico, delle malattie;
- affermazione della non neutralità della medicina;
- riconoscimento dello stato di crisi della medicina;
- dichiarazione dell'assoluta necessità del passaggio dalla medicina curativa alla medicina preventiva intesa principalmente come perseguimento di strategie di prevenzione primaria basate sull'individuazione e rimozione delle cause di malattia;
- conseguente necessità dello sviluppo dell'epidemiologia e di un utilizzo critico delle nuove tecnologie;
- necessità di una verifica costante dei presupposti su cui si basano le scelte compiute in campo medico e sistematico controllo dei risultati raggiunti in termini di miglioramento della salute individuale e collettiva.

Se ripensiamo al carattere dirompente di questi concetti (più volte sottolineato nelle pagine precedenti) si possono facilmente comprendere le ragioni per cui nell'ambito della facoltà di medicina di Milano Giulio Maccacaro diviene in breve tempo «un corpo estraneo sottoposto a rigetto»²⁴ ed altrettanto facile risulta cogliere i punti che tale impostazione ha in comune con le rivendicazioni operaie in materia di salute.

Questa sintonia tra un uomo di scienza come Giulio Maccacaro e il movimento operaio nasce dal comune riferimento a Marx, ma forse ha radici più lontane. Tali radici, probabilmente, affondano nella personalità stessa di Maccacaro, caratterizzata da un rigore morale che gli impediva di avallare una qualsiasi forma di ingiustizia e di oppressione; questo suo modo di porsi è testimoniato dalla adesione alla Resistenza contro il fascismo ai tempi del suo studentato pavese, dall'interesse per le vicende dei popoli in lotta per la propria liberazione²⁵, e, in modo ancor più tangibile e costante, dalla sua rigida intolleranza nei confronti delle violazioni dei diritti

²⁴ Giorgio Cosmacini, *op. cit.*, p.217.

²⁵ Negli anni '60 ebbe contatti con la resistenza palestinese; negli anni '70 visitò il Cile, la Cina e il Viet Nam.

civili perpetrate nel nostro paese.

Le sue prese di posizione di fronte alle prevaricazioni compiute dal potere non hanno mai lasciato spazio a dubbi o ambiguità; gli esempi sono numerosi, basti dire che negli anni bui della strategia della tensione Maccacaro è stato perito di parte per Pinelli, Franceschi, Feltrinelli, Marini e molti altri, ma noi vogliamo citare un episodio che, proprio perché minore, ci sembra ancor più indicativo di questa sua intransigenza: una delle prime dichiarazioni pubbliche di Maccacaro non appena chiamato a Milano come professore di biometria si ebbe in occasione di una riunione sindacale di docenti universitari in cui egli chiese ed ottenne che l'assemblea si schierasse a difesa di tre alunni del Liceo "Parini" di Milano i quali stavano subendo un vergognoso processo a seguito della pubblicazione su "La zanzara" (il giornale della scuola) di un articolo riguardante la sessualità.

«In quell'occasione - ricorda un collaboratore di «Sapere» - ebbi modo di constatare come Giulio Maccacaro analizzasse nei termini essenziali l'intervento del potere costituito - "le cui fondamenta sono infisse nel dogma, nella investitura e nel privilegio" - per reprimere i tentativi di emancipazione dai cosiddetti principi inculcati e diventati nel tempo dei vuoti atteggiamenti. Fu quando imparai da lui che il potere non è un ente astratto, da invocare a proposito e a sproposito, ma una realtà di fatti e uomini che va ricercata con il massimo rigore per le regole che la sottendono, e che vengono ferreamente esercitate ogniqualvolta si teme che il potere venga in qualche modo intaccato»²⁶.

E' questa insofferenza verso l'arroganza del potere (accompagnata a una capacità di analisi che sa andare ben oltre la denuncia del caso particolare) che spinge Maccacaro a osservare con occhio critico l'ambiente medico-accademico in cui si trova e a guardare con interesse a quanto succede all'esterno. Del resto abbiamo già ricordato che i dieci anni in cui Maccacaro fu direttore dell'Istituto

²⁶ *La difficile eredità di Giulio Maccacaro*, Sapere n.798, marzo 1977 p.2.

di Biometria (1966-1976) coincidono con il decennio in cui il movimento di lotta delle classi subalterne ha raggiunto nel nostro paese il suo momento di massima espansione e di maggior capacità di elaborazione concettuale. Tale movimento, che rivendicava il rispetto dei propri diritti e richiedeva una più ampia partecipazione al potere, poneva direttamente ai ricercatori e ai tecnici il problema del rapporto tra scienza e potere; da parte loro le frange più sensibili del mondo della ricerca già si interrogavano sul proprio ruolo e sulle responsabilità delle proprie scelte; Maccacaro, in quanto uomo di scienza (e quindi di potere), si è sempre sentito coinvolto in prima persona in queste riflessioni e ha saputo cogliere in tutta la sua profondità il fatto che la medicina in quel momento storico è stata posta dinnanzi a un bivio.

In fondo al bivio, da una parte stava il movimento operaio con le sue istanze di rinnovamento, dall'altra stava l'Università italiana, la quale «era allora una struttura feudale»²⁷ interessata principalmente alla propria autoconservazione; per questo Maccacaro, non appena il movimento studentesco muove i primi passi, si schiera senza riserve al suo fianco e lo sostiene nel tentativo di scuotere l'immobilismo di un corpo accademico che non mostrava alcuna intenzione di adeguarsi alla realtà sociale e tanto meno pensava di sviluppare un modo diverso di concepire e insegnare la medicina.

Maccacaro ha scelto di prendere apertamente posizione a favore del movimento operaio e lo ha fatto prima di tutto rompendo l'isolamento che generalmente circonda i luoghi in cui si produce la conoscenza scientifica e facendo del proprio istituto una struttura aperta, un punto di riferimento per tutti i soggetti, singoli o organizzati, interessati alla discussione dei problemi della salute in fabbrica e nel territorio. In questo luogo medici democratici, studenti, Consigli di Fabbrica, utenti dei servizi sanitari, hanno sempre ricevuto grande attenzione non solo nel senso che il direttore dell'IBSUM era pronto a mettere la propria cultura e intelligenza al

²⁷ Così si esprime L.L. Cavalli-Sforza in *I primi anni di ricerca scientifica*, in UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO, *Giulio A. Maccacaro nel decennale della scomparsa*, 1989, Suppl. al n. 73 di «Ricerca scientifica ed educazione permanente», p. 15.

servizio di tutte le iniziative di lotta tese a rivendicare il diritto alla salute, ma anche (cosa assai più rara) nel senso che egli era disposto a mettere in discussione il proprio operato alla luce delle esperienze, del sapere e delle lotte altrui.

Maccacaro sosteneva che:

«(...) il ruolo dell'intellettuale scientifico che abbia fatto una scelta di classe non è quello di porsi come *il* pensiero ma *nel* pensiero della classe operaia: cioè inserirsi nell'esperienza della classe per condividerne la lotta di recupero della sua soggettività, per assecondare l'espansione e l'espressione di una ragione scientifica lungamente negata»²⁸

e gli va riconosciuto che ha sempre agito in perfetta coerenza con queste scelte, anche a costo di entrare più volte in conflitto col mondo accademico, con l'Ordine dei Medici e con tutti coloro che di fronte a quello stesso bivio hanno scelto di percorrere l'altra strada.

²⁸ Intervento alla tavola rotonda sul tema «Scienza e Potere», anno culturale Chianciano, 8-11 novembre 1973; pubblicato in AA.VV., *Scienza e potere*, Feltrinelli, Milano 1975, pp. 30-41 e 53-55; ristampato in «Sapere», marzo 1977, vol. LXXX, 798, pp. 6-10; ristampato in G.A. Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-76*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 167-177.

5. MEDICINA E POTERE

5.1. *Questa medicina è del capitale*

Dalle affermazioni riguardanti il rapporto medicina-potere riportate nel capitolo precedente risulta evidente che Maccacaro rifiuta l'ideologia della scienza come realtà metastrutturale e sovra-storica; al contrario, egli sostiene che «la scienza è una dimensione della storia» ed «è comprensibile e leggibile solo nell'ottica della dialettica dei poteri»¹. Maccacaro afferma che occorre inserire ogni discorso sulla scienza in un contesto storicamente e politicamente determinato: egli parla sempre di *questa* scienza (la scienza moderna), di *questo* potere (il potere borghese) e - cosa che qui più ci interessa - di *questa* medicina, ovvero della medicina nata nelle società egemonizzate dal comando capitalistico. Queste società sono state generate dalle rivoluzioni borghesi, le quali, se in un primo tempo hanno perseguito uno scopo autenticamente rivoluzionario, hanno poi avuto uno sbocco negatore della redenzione sociale in prima istanza affermata; contestualmente all'emergere della borghesia si è andato affermando il modo capitalistico di produzione che dal suo nascere ad oggi non è stato che questo:

«appropriazione privata dei frutti del lavoro sociale come condizione necessaria per la riproduzione e l'accumulo del capitale stesso attraverso

¹ G.A.Maccacaro, *L'uso di classe della medicina*, Relazione di apertura del dibattito su "L'uso di classe della medicina" svoltosi a Modena il 25 febbraio 1972. Stampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina...*, op. cit., pp.406-434; citazioni tratte da pag.409.

l'espropriazione del plusvalore che il capitalista, cui è concesso trattenere il profitto, opera sul lavoratore cui è imposto di cedere il suo pluslavoro»²

cosicché il lavoratore diventa l'antagonista storico del capitalista «e la storia si fa vicenda del loro scontro».

All'interno di questo scontro la medicina è chiamata ad assolvere un compito cruciale nella logica del capitale:

«... alla medicina è affidato il compito di risolvere, nella razionalità scientifica, questa contraddizione del modo di produzione capitalista, che da una parte consuma e spegne la forza-lavoro, ma dall'altra parte ne ha bisogno per continuare ad alimentare se stesso. Quindi deve conservarla nella misura in cui serve consumarla.»³

Per prima cosa, dunque, la medicina si deve impegnare a fare della forza-lavoro un flusso regolabile di alimentazione del capitale, a tal fine

«occorre che la malattia, come la salute, sia consegnata all'analisi di una ragione scientifica che ne asseveri la fisica naturalità, ne assicuri la riduzione a controllabili eventi, ne statuisca la disciplina a leggi formulabili»⁴

La medicina, dunque, come la scienza *tout court*, non è neutrale, non è pura attività conoscitiva, non è il frutto di una disinteressata investigazione della realtà, ma nasce al servizio del capitale; questa medicina è del capitale nel senso che la sua stessa genesi costituisce la risposta ad un bisogno espresso dal capitale e il suo futuro sviluppo sarà funzionale alla conservazione e alla riproduzione di quest'ultimo. L'analisi storico-politica condotta da Maccacaro con gli strumenti della concezione materialistico-storica

² AA.VV., *La salute in fabbrica*, Savelli, Roma 1974, vol.I, pp.17,33; ristampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina...*, op. cit., pp. 435-449; citazione tratta da pag.436.

³ G. A. Maccacaro, *L'uso di classe della medicina*, op. cit., pag.410.

⁴ G. A. Maccacaro, *Lettera al presidente dell'ordine*, in Jean-claude Polack, *La medicina del capitale*, Feltrinelli, Milano 1972,1977 5^a ed., pp.VII-XXXVIII; ristampato in «Sapere», marzo 1977, vol.LXXX, 798, pp. 16-25; ristampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina...*, op. cit., pag.141.

marxiana, ribadisce, infatti, che la scienza medica

«è nata da una classe per la sua volontà di egemonia, da un sistema per la sua necessità di sviluppo. Riconoscerlo, non significa disconoscere a tale scienza l'obiettività statistica dei suoi successi, il merito individuale dei suoi artefici, l'uso possibile dei suoi portati. Significa, invece, leggerne correttamente la genesi e lo sviluppo, l'ipotesi e la determinazione, la logica e la contraddizione: per poterne intendere finalmente la crisi.»⁵

Secondo questa tesi, la borghesia

«non usò e non avrebbe potuto usare la scienza del potere che si era impegnata ad abbattere (...) ma sviluppò per sé una nuova scienza ed una medicina nuova in quanto scientifica».⁶

Questa nuova medicina ha costruito un modo di intendere la malattia basato su *due* modelli divenuti in seguito dominanti:

«l'uomo come caso particolare della natura, [e] la natura come antagonista generale dell'uomo».⁷

Dal *primo modello* procede

«quella reificazione dell'uomo che è necessità logica e pratica di un uso scientifico corrente e coerente dall'officina di produzione alla sala medica di sperimentazione».⁸

Il *secondo modello* (come avevamo già notato nelle pagine precedenti) giustifica il tentativo di cercare sempre la causa delle malattie

«in un "laggiù" naturale dove si annidano e germinano, si virulentano e pullulano gli oscuri nemici della salute fino allo sterminio che solo la scienza (...) potrà farne».⁹

⁵ Ivi, pag.142.

⁶ Ivi, pag.141.

⁷ Ivi, pag.141.

⁸ Ivi, pag.141.

Basandosi su questi modelli le cause sociali di malattia possono essere ignorate:

«la malaria non è più effetto di insalubrità secolari ma iniezione anofelina di Plasmodium, l'etisia non è più prodotta dagli stenti e dalle ambascie ma dal Mycobacterium tuberculosis, E così ancora per altre verità innumerevoli e innumerevolmente riduttive»¹⁰.

Di conseguenza la medicina si occuperà, con successo, di tutta quella patologia che è disordine naturale e che in quanto tale può minacciare il progetto del capitale, ma proprio perché è del capitale essa incontra un limite invalicabile: non potrà occuparsi della «malattia degenerativa e sostanzialmente antropogena che è espressione (...) di quella "contraddizione uomo-uomo" onde nasce ed alla quale non potrebbe sopravvivere la fortuna del capitale».

In altri termini Maccacaro, in sintonia con gli interrogativi sollevati dal movimento operaio, si chiede:

«Se le cause [delle malattie] sono nel modo di produzione, nella gestione sociale, nella costrizione di vita che il capitale ha imposto ed impone, cioè se il capitale è - come è - esso stesso patogeno, potrà mai combattere contro di lui e per l'uomo la medicina che si è fatta mediatrice del suo comando sull'uomo?»¹¹

La risposta che egli suggerisce è evidentemente negativa: la medicina del capitale non combatterà contro il sistema che l'ha generata; il cammino a ritroso lungo la catena eziologica non verrà percorso fino in fondo, ma si interromperà prima che il sistema produttivo venga messo in discussione; il che è reso possibile dal fatto che l'apparato concettuale su cui la medicina fonda la propria razionalità si è andato strutturando in partenza in modo da non entrare in conflitto con esso.

⁹ Ivi, pp.141-142.

¹⁰ Ivi, pag.142.

¹¹ Ivi, pag.158.

Questo stesso concetto è ribadito da Franca Ongaro Basaglia in *Salute/malattia. Le parole della medicina* (un testo pubblicato nel 1982 che raccoglie le voci della *Enciclopedia Einaudi* dedicate alla medicina); qui si afferma che la medicina moderna, mettendo a proprio fondamento i due modelli interpretativi sopra delineati, ha di fatto scelto di effettuare uno spostamento carico di conseguenze: ha scelto di non interessarsi della «globalità individuo-società-ambiente», ma di limitare il proprio intervento all'«individualità corpo-malattia»:

«E' nell'accettazione passiva del carattere naturale delle condizioni di vita degli uomini, che la medicina muove i primi passi e consolida la natura del suo intervento. Le sue complicità con la cultura e l'organizzazione sociale che vanno strutturandosi di pari passo al suo costituirsi come scienza, sono implicite nella definizione di malattia che essa formula di fronte a stati di sofferenza e di disagio strettamente connessi alla realtà di cui sono espressione. Di fatto, tale definizione di malattia serve a trasferire il fenomeno sofferenza solo in chi la esprime, occultando lo stretto legame con la situazione responsabile del suo insorgere che viene, così, confermata come inalterabile e immodificabile. (...)»¹².

Riferendosi più esplicitamente ai rapporti tra medicina e organizzazione sociale, Ongaro Basaglia sostiene che

«le intenzioni della medicina non potevano essere esplicite nel momento in cui essa stava faticosamente muovendo i primi passi verso la conoscenza dell'uomo e delle sue malattie. Tuttavia, non è privo di significato che la direzione delle scelte che è andata attuando, risulti sempre in perfetta coerenza con la logica e le regole dello stato borghese che si andava strutturando: direzione verso l'occultamento sistematico di ciò che, nell'organizzazione del lavoro e della vita sociale, produce sofferenza e malattia, e della conseguente frattura fra individuo e storia»¹².

e continua dicendo che il riconoscimento del carattere naturale

¹² Franca Ongaro Basaglia, *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Einaudi, TO, 1982, pp.5-6.

delle condizioni della vita degli uomini ha avuto (e ha tuttora) conseguenze non solo sul modo di vivere la malattia e la sofferenza da parte del singolo individuo, ma anche sul modo in cui egli accetta e subisce le stesse condizioni di vita cui è costretto; in questo senso sostiene che la medicina assolve un compito di «normalizzazione» all'interno dell'organizzazione sociale.

Come possiamo evincere dalle citazioni sopra riportate, i gruppi di intellettuali italiani che in modo più aperto, radicale e critico affrontano il problema del ruolo svolto dalla medicina nelle società industriali (mi riferisco alle fitte reti di collaboratori e colleghi che Maccacaro a Milano e i Basaglia a Gorizia e a Trieste hanno saputo riunire e mettere in condizioni di lavorare ed impegnarsi su questi temi), pur nella diversità delle impostazioni teoriche dettate dagli specifici ambiti di intervento, sono concordi nell'attribuire al sapere medico una posizione di compromissione con la logica che domina il modo di produzione e l'organizzazione della società.

Per capire cosa sta dietro questa presa di posizione e per comprendere da dove nascono le premesse teoriche che la rendono possibile, riteniamo opportuno fare un passo indietro e inserire il dibattito sul ruolo della medicina nella più ampia riflessione che riguarda i rapporti scienza-potere.

5.1.1 *La scienza non è neutrale*

Due sono gli aspetti del pensiero marxiano che stanno alla base dell'analisi condotta da Giulio Maccacaro (e comune a M. Cini e al gruppo di scienziati che hanno fatto riferimento all'esperienza de *L'ape e l'architetto*): il primo consiste nel rifiuto di separare in due sfere distinte e non comunicanti il rapporto uomo-natura dai rapporti sociali che si instaurano fra gli uomini; il secondo, strettamente legato al primo, sta nel sottolineare che non si può distinguere il momento della conoscenza dal momento della prassi senza ridurre il primo a puro rispecchiamento passivo di una realtà oggettiva e il secondo a manifestazione attiva del pensiero soggettivo.

Si riconosce, quindi, che natura e storia non sono sfere separate, così come non lo sono scienza ed ideologia; in quest'ottica la

scienza è una forma particolare di attività sociale umana e in quanto tale è correlata ai rapporti sociali di produzione che regolano l'attività lavorativa degli uomini in questa società.

Per dirlo con le parole usate da Marcello Cini al Convegno "La scienza nella società contemporanea" (organizzato dalla Società italiana di fisica (SIF) a Firenze nel 1970) e riprese da Maccacaro nel suo intervento ad una tavola rotonda sul tema "Scienza e Potere" (organizzata nell'ambito dell'anno culturale di Chianciano, 8-11 novembre 1973), i legami tra natura e storia e tra conoscenza e prassi sono tali che

«(...) non è più possibile separare l'oggetto del nostro atto di conoscenza dalle ragioni di questo atto, distinguere il momento dell'indagine della realtà dal momento della formazione di questa realtà, isolare il processo di soluzione di problemi senza individuare il meccanismo che propone i problemi da risolvere (...) la realtà non è una natura vergine di fronte alla quale ci poniamo come Robinson Crusuè, ma un prodotto della storia degli uomini, e di come essi da un lato sono stati condotti a stabilire fra loro determinati rapporti sociali per poter dominare e, quindi, comprendere la natura, e dall'altro sono stati in grado di impossessarsi della natura e di trasformarla in un certo modo, come conseguenza dei rapporti sociali fra loro instaurati.»¹³

Solo nell'ambito di una ricostruzione dei nessi che legano la scienza alle altre componenti strutturali e sovrastrutturali della totalità formata da *natura, storia e ideologia* si possono indagare le finalità - per quanto occulte e mistificate - che la scienza persegue e tentare eventualmente di modificarle; per far ciò viene introdotto «il metodo simultaneamente ipotetico-deduttivo e storico che è tipico del materialismo» grazie al quale si è in grado

«non solo di individuare i fini implicitamente presenti nelle astrazioni

¹³ M. Cini, *Mito e realtà della scienza come fonte di benessere*, in AA.VV., *La scienza nella società capitalista*, De Donato, Bari 1971. Ristampato in G. Ciccotti, M. Cini, M. de Maria, G. Jona-Lasinio, *L'ape e l'architetto. Paradigmi scientifici e materialismo storico*, Feltrinelli, Milano 1976; citazione tratta da pag. 213.

scientifiche usuali e le ragioni storiche del loro nascere affermarsi o scomparire, ma anche di suggerire, sulla base delle contraddizioni presenti nella società e delle alternative in essa implicite, campi e modi scientifici adeguati a perseguire un'alternativa»¹⁴.

Il punto centrale è l'individuazione del processo di formazione del concetto che permette di comprendere la scienza come attività umana, e quindi come attività sociale.

«Dobbiamo recuperare - dice G. Jona-Lasinio al congresso della Società Italiana Di Fisica del 1971 - la produzione scientifica delle scienze naturali nell'ambito della totalità storica»¹⁵.

La dimostrazione del carattere non-neutrale della scienza trova così un terreno particolarmente fertile nell'analisi storica: ovviamente non si tratta della storia della scienza tradizionalmente intesa che ricerca solo le regole *interne* di sviluppo della conoscenza scientifica, ma di un'analisi tesa a ricercare le radici materiali della scienza nella sfera economico-sociale; e a proposito dell'importanza assunta dagli studi di storia della scienza, non possiamo mancare di sottolineare l'influenza esercitata, anche in Italia, dall'opera di Thomas Khun il quale, in contrapposizione con gli assertori del valore oggettivo e assoluto delle verità scientifiche, sostiene l'insufficienza delle direttive metodologiche a imporre da sole una unica conclusione a molti tipi di questioni scientifiche, e sottolinea l'influenza delle «incommensurabili maniere di guardare al mondo e di praticare la scienza in esso» che caratterizzano le diverse scuole:

«L'osservazione e l'esperienza possono e debbono limitare drasticamente l'ambito delle credenze scientificamente ammissibili, altrimenti non vi sarebbe scienza; ma non sono in grado, da sole, di determinare un particolare insieme di tali credenze. *Un elemento arbitrario, composto di accidentalità storiche e personali, è sempre presente, come elemento costitutivo,*

¹⁴ G. Jona-Lasinio, *Mutamenti della prassi scientifica nella società tecnologica*, in G. Ciccotti, M. Cini, M. de Maria, G. J.-Lasinio, op. cit.

*nelle convinzioni manifestate da una data comunità scientifica in un dato momento.»*¹⁵

Il gruppo dell'*Ape* condivide la tesi principale espressa dallo storico americano secondo cui nell'interno stesso della attività di costruzione delle teorie scientifiche agiscono condizionamenti di tipo storico e sociale, ma sostiene che i motivi che spingono all'adesione ad un nuovo paradigma - aldilà della capacità di quest'ultimo di risolvere i problemi che il paradigma precedente aveva lasciato irrisolti - non sono solo le idiosincrasie autobiografiche o nazionalistiche, le motivazioni "estetiche" o irrazionali, a cui accenna Khun nel dodicesimo capitolo del suo libro, ma sono da ricercare nel fatto che in una società divisa in classi esistono interessi materiali e progetti sociali contrapposti; questi progetti sono la base su cui si fondano le concezioni dell'universo e le teorie scientifiche; il progetto della classe egemone è quello che solitamente prevale, ma nei periodi di rivoluzione sociale questo progetto viene rimesso in discussione e con esso anche il modello scientifico dominante; in questa situazione è necessario creare le condizioni perché possano svilupparsi nuovi progetti e quindi nuove pratiche scientifiche.

Occorre sottolineare che questo riconoscimento del carattere determinato e strumentale ad una realtà storico-sociale, della scienza non si traduce mai, per questi autori, in una posizione di rifiuto della scienza *tout court*, ma porta al rifiuto dei rapporti sociali in cui essa è inserita.

Queste argomentazioni sono espresse in forma molto approfondita nel saggio collettivo intitolato *La progettualità scientifica contro lo scientismo*¹⁶; esso si apre con il rifiuto dell'«insoddisfacente (...) superficiale (...) irrazionalistico» processo alla scienza condotto da Herbert Marcuse secondo cui la scienza non è altro che una tec-

¹⁵ Thomas S. Khun, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche, Come mutano le idee della scienza*, Einaudi, Torino 1978; pp.22-23. Il corsivo è mio.

¹⁶ Il saggio è contenuto in G. Ciccotti, M. Cini, M. de Maria, G. Jona-Lasinio, op. cit., pp.47-89.

nica di manipolazione della natura priva di valore conoscitivo; a questa presa di distanza segue però una critica diretta contro chi, facendo leva sulla debolezza delle argomentazioni dei critici irrazionalisti, propone il falso dilemma: o oscurantismo o scientismo; porre la questione in questi termini è, secondo gli autori del saggio, un modo per esorcizzare la crisi della scienza senza dare risposte ai problemi da essa sollevati. La critica è rivolta non solo a tutta la cultura accademica tradizionale che in forme diverse condivide tale posizione, ma anche agli autori «più o meno esplicitamente marxisti che si sono allineati su di essa senza tentare di uscir fuori dai falsi dilemmi».

Ci soffermiamo brevemente su questo dibattito interno alla sinistra italiana perché ci permette di esplicitare la collocazione di Cini, di Maccacaro e del gruppo di scienziati che ha lavorato con loro.

5.1.2 Critica della scienza e scontro di classe

Nel terzo capitolo avevamo già delineato il percorso compiuto dalla sinistra sul tema della scienza dal dopoguerra fino al momento dell'esplosione delle contestazioni studentesche, ora, sempre basandoci sulla ricostruzione compiuta dal gruppo dell'*Ape*, cercheremo di mostrare come si evolve la situazione durante e dopo il '68.

A cavallo tra gli anni '60 e i '70 il Partito Comunista Italiano è indotto dal movimento degli studenti (il quale è nato e cresciuto fuori dal suo controllo) a rinnovare i propri schemi tradizionali di analisi dei conflitti sociali e, tra l'altro, a riprendere il dibattito sullo sviluppo scientifico e tecnologico; la commissione culturale del P.C.I. nel dicembre 1968 si riunisce al fine di organizzare un convegno sul tema della ricerca scientifica e affida la stesura della relazione introduttiva a Marcello Cini; questi espone ed argomenta ampiamente il concetto di non-neutralità della scienza, introduce la critica all'accettazione da parte dei paesi socialisti del modello di sviluppo scientifico e tecnologico occidentale e, infine, combatte duramente l'illusione che il compimento del socialismo possa avvenire

tramite la cosiddetta rivoluzione scientifica. Il testo viene approvato, ma ciò non è sufficiente a scalfire il sostanziale disinteresse del gruppo dirigente verso queste tematiche; tale atteggiamento sfocia da un lato nell'espressione di «posizioni scolastiche del tutto inadeguate a confrontarsi con la realtà»¹⁷ e dall'altro nella mancanza di una linea politica ben definita. Le divergenze di opinione sulla scienza diventano palesi nelle opposte valutazioni dello sbarco americano sulla luna (luglio 1969): su "l'Unità", organo del P.C.I., appaiono commenti esultanti e celebrativi, mentre Cini esprime in altre sedi una critica durissima all'esaltazione acritica dell'impresa spaziale statunitense. In questo periodo le divergenze all'interno della sinistra, come è noto, non riguardano solo il tema della scienza, e si acuiscono al punto che poco dopo l'esperienza dell'autunno caldo (1969) il gruppo de "il manifesto" verrà radiato dal partito. Solo dopo il verificarsi di tutte queste circostanze, si svolge finalmente il summenzionato convegno sulla ricerca scientifica (aprile 1970) dal quale emergono tre linee:

1. quella ufficiale che indica al Movimento Operaio l'obiettivo di richiedere maggiori investimenti nelle industrie dei settori tecnologici più avanzati;
2. quella dei lavoratori della ricerca che afferma che la classe operaia si deve interessare ai problemi della ricerca nella misura in cui trova in essi motivi e terreno dello scontro di classe;
3. quella di mediazione tra le due precedenti che individua la necessità per la scienza di una nuova committenza (non più il capitale, ma i lavoratori).

Le posizioni moderate vengono di fatto scavalcate dalle lotte operaie di quegli stessi anni le quali costituiscono la vera novità, il vero tentativo di costruire, nel vivo dello scontro di classe, una "nuova scientificità" espressione di un progetto di conoscenza e di controllo della natura guidato da finalità sociali alternative a quelle espresse dalle società capitaliste.

Il P.C.I. da un lato riconosce nel rapporto tra scienza e organizzazione del lavoro un nodo centrale per la strategia del Movimento

¹⁷ G. Ciccotti, M. Cini, M. de Maria, G. Jona-Lasinio, op. cit., pag. 29.

Operaio e attraverso iniziative e convegni favorisce la socializzazione di alcune delle più significative esperienze condotte in tal senso nelle fabbriche, dall'altro le riflessioni ed elaborazioni teoriche su cui fondare le lotte per una scienza diversa non vengono cercate nelle esperienze dei ricercatori e della classe operaia, ma vengono in qualche modo delegate a specialisti accademici i quali in più occasioni attaccano le posizioni del gruppo di Cini che invece fa proprie in modo più puntuale le istanze sollevate dai lavoratori. Tracce di questo scontro sono presenti in molte riviste dell'epoca e sono facilmente rintracciabili nel Quaderno n. 6 di "Critica marxista" intitolato *Sul marxismo e le scienze* e nel dibattito dedicato a «Scienza, Cultura e Società» ospitato sulla rivista "Scientia" (1972-73).

Ludovico Geymonat nella rubrica delle recensioni di "Scientia", commentando il brano di Cini che abbiamo riportato a pag. 79, afferma:

«...Cini sostiene che è "artificioso isolare il rapporto uomo-natura dai rapporti sociali fra gli uomini". La tesi ci trova senz'altro d'accordo, se la interpretiamo come affermazione del condizionamento sociale dei vari tentativi compiuti dagli scienziati, nel succedersi dei secoli, per riflettere in forme via via più appropriate la realtà naturale e poter quindi intervenire su di essa con efficacia sempre maggiore; ma non sembra questa l'interpretazione che ce ne viene suggerita dall'autore per lo meno quando afferma (con frasi che riecheggia l'idealismo gentiliano) che "la realtà non è una natura vergine di fronte alla quale ci poniamo come Robinson Crusè, ma un prodotto della storia degli uomini". Che il rifiuto della posizione di Robinson Crusè porti direttamente alla identificazione della realtà con "un prodotto della storia degli uomini", è un ragionamento che - per essere sinceri - ci sembra *poco logico* e senza dubbio *poco marxista*»¹⁸

La critica di Sandro Petruccioli e Carlo Tarsitani espressa nel

¹⁸ L. Geymonat, *Critica della scienza e lotta politica*, in «Scientia» Rivista internazionale di sintesi scientifica, Anno LXVII luglio-agosto 1973, pp.599-613; citazione tratta da pag.603. Il corsivo è mio.

saggio "Non neutralità" della scienza e impegno del ricercatore contenuta nel Quaderno di Critica marxista sopra citato sembra andare nella stessa direzione:

«Possiamo quindi vedere come una determinata concezione della conoscenza scientifica sia coerente con un tipo particolare di marxismo: con la pretesa di fornire una impostazione storico-materialistica al problema delle scienze naturali si ricade in tutti limiti filosofici e le incongruenze teoriche che nascono ogni qualvolta *si sminuisce la portata teorico-conoscitiva delle scienze naturali*, e si considera il marxismo come teoria della società, filosofia sociale, perdendo di vista o considerando inessenziale la sua posizione rispetto alla natura. *Quella che ci sembra essere sottovalutata decisamente è proprio la genuina istanza materialistica alla base della stessa impostazione marxiana del problema della società e della storia*»¹⁹

Il che, secondo questi due autori, conduce alla sostituzione di una prassi scientificamente fondata con l'attuazione di un ideale volontaristico e con lo spostamento dell'impegno politico dello scienziato al di fuori dell'ambito professionale.

Gli stessi concetti vengono espressi da Sebastiano Timpanaro nella prefazione alla prima edizione del suo libro *Sul materialismo*, e vengono ribaditi, se possibile in modo più aspro, nella prefazione alla seconda edizione in cui alcune elaborazioni sulla scienza prodotte «dall'estrema sinistra» vengono semplicemente considerate come idee «ispirate a un attivismo idealisticheggiante che è solo illusoriamente rivoluzionario»²⁰.

Sempre sulla stessa lunghezza d'onda è il pensiero espresso nella premessa a *La neutralità impossibile. Quantistica, relatività, evoluzione biologica* di Massimo A. Bonfantini e Marco Macciò:

«Per parte nostra - dicono i due autori - concordiamo completamente con l'obiettivo proposto da *L'ape e l'architetto*: dimostrare la non neutra-

¹⁹ S. Petruccioli e C. Tarsitani, "Non neutralità" della scienza e impegno del ricercatore, in «Critica marxista» quaderno n.6, pp.65-89; citazione tratta da pag.80. Il corsivo è mio.

²⁰ S. Timpanaro, *Sul materialismo*, Nistri-Lischi, Pisa 1975, pag. xxviii.

lità della scienza all'interno stesso del processo di costruzione delle teorie scientifiche. Non siamo invece d'accordo su due aspetti importanti della proposta: il tipo di dipendenza, che a nostro avviso è troppo immediata, della scienza dalla società e il rifiuto di riconoscere potere conoscitivo oggettivo alla scienza.»²¹

Una risposta articolata alle obiezioni sollevate da questi studiosi richiederebbe l'approfondimento della tematica del materialismo, nonché un esame analitico delle diverse interpretazioni marxiste su questi temi, cosa che porterebbe la nostra esposizione su di un terreno diverso da quello che abbiamo scelto. Ci limitiamo, quindi, da un lato a riportare un chiarimento dato dallo stesso Cini:

«L'affermazione che "la realtà non è una natura vergine [...] ma è un prodotto della storia degli uomini" è, presa alla lettera, infelice in quanto sembra implicare che essa è esclusivamente un prodotto della storia. Bisognava aggiungerci un "anche". Che essa tuttavia non andasse presa alla lettera, risulta chiaro dalla frase successiva nella quale si sottolinea l'intreccio tra rapporto uomo-natura e rapporti sociali che una corretta concezione materialistico-storica della scienza deve implicare».²²

Dall'altro facciamo notare che il tipo di argomentazione usato contro il modo di intendere la scienza espresso dal gruppo dell'*Ape* coglie un solo livello di discussione, quello filosofico, ma non affronta nel suo complesso il problema culturale e politico posto in quegli anni dalla crisi della scienza.

«Chiunque, tecnico o ricercatore o cittadino responsabile, viva quotidianamente le condizioni della crisi, e tuttavia non abbia alcuna simpatia per gli atteggiamenti irrazionalistici, sa bene quanto siano inutili le lunghe e dotte dissertazioni accademiche in cui si evoca la scienza per difenderla contro i suoi denigratori e la si rappresenta in un modo che ha ben

poco in comune con il suo vero essere. Egli sa anche che, finché non si avranno risposte positive agli interrogativi che, si sono andati ponendo nel corso degli anni e si continueranno a dare *soluzioni formali e a livello sovrastrutturale* dei problemi, sarà impossibile avviare un processo reale di riappropriazione, soggettiva e oggettiva, della potenza di dominio sulla natura che nei mezzi di produzione e nella scienza è oggettivata.»²³

Una posizione in parte simile a quest'ultima è espressa da J.-M. Levy-Leblond, uno dei curatori del volume (*Auto*)critique de la science apparso in Francia nel 1972, (pubblicato in Italia da Feltrinelli nel 1976).

Nella replica alla recensione fatta da L. Geymonat al libro in questione, il curatore, dopo aver spiegato che il criterio che ha guidato la scelta dei saggi raccolti in volume è stato quello della partecipazione attiva degli autori alle battaglie per cambiare la scienza (battaglie politiche, ideologiche, o per la rivendicazione dei diritti), dice:

«Here it is no longer a question of academic debate, even in name of "Marxism", between expert ideologues, but rather of the actual life of the scientific world: technicians on strike in the laboratories, the boycotting of the mandarins who have collaborated in wars, student revolts. We have tried to reflect all these battles and not only those of ideas alone in which intellectuals too often indulge. [...] It is significant that L. Geymonat only devotes a few lines at the beginning of his article to this aspect and concentrates his criticism only on the first, more general and theoretical part. For us, however, it was not possible to separate the two aspects. [...] Of course, as L. Geymonat says, for a long time now science, under capitalistic regime, has been hand in glove with the army, subjected to the law of profit and pervaded by the dominant ideology. The novelty contained in present-day radical criticism (...) derives from the fact that this theoretical analysis has begun to be embodied in numerous real and collective battles. For it is not enough to denounce the general situation of science in a capitalistic regime and to fire paper arrows against capita-

²¹ M.A. Bonfantini e M. Macciò, *La neutralità impossibile. Quantistica, relatività, evoluzione biologica*, Mazzotta, Milano 1977, pag. 13.

²² G. Ciccotti, M. Cini, M. de Maria, G. Jona-Lasinio, op. cit., pag. 34.

²³ Ivi, pag. 48. Il corsivo è mio.

lism if the latter remains, as often happens, abstract and ineffable»²⁴.

Con questo non si vuol disconoscere né la necessità della riflessione sui fondamenti teorico-filosofici che stanno alla base dei problemi sollevati dalle trasformazioni della scienza e dal ruolo da essa assunto nella moderna società capitalista, né l'esigenza di ridefinire il concetto stesso di scienza naturale sulla base di una riconsiderazione critica dei fondamenti teorici del marxismo. Si vuol invece sottolineare che, poiché ciò che è in discussione non è solo un problema gnoseologico, occorre una risposta più articolata di quella data per via meramente filosofica.

E' forse per questo motivo (ovvero per l'eccessiva astrattezza) che M. Cini definisce il Quaderno n. 6 di «Critica marxista» un «frutto del connubio tra scienziati scienziati e filosofi metafisici (...) appartenente a un altro mondo senza età».

Del resto lo stesso Timpanaro, che pure critica le posizioni della Nuova sinistra sulla scienza, non esita a riconoscere che è molto forte il pericolo

«che il materialismo venga accolto come un fatto circoscritto di élite culturale, senza diventare quel "materialismo militante" di cui parlava Lenin e che non sarebbe possibile senza rimettere in discussione certe scelte politiche; (...) e che ridotto a un più generico "scientismo", venga utilizzato per il dialogo con l'ala più moderna del capitalismo, cioè strumentalizzato in funzione tecnocratica. In questo caso gli appelli, pur sinceri, a indirizzare il progresso scientifico verso obiettivi sociali, a non sacrificare alle esigenze di mero sviluppo produttivo la salute fisica e psichica dei lavoratori, cadrebbero necessariamente nel vuoto, perché il capitalismo ha la sua logica e non può ammettere una collaborazione della classe operaia che non sia collaborazione subalterna»²⁵.

Come si può facilmente constatare, la divergenza di opinioni

²⁴ J.-M. Levy-Leblond, Risposta a L. Geymonat, in «Scientia» Rivista internazionale di sintesi scientifica, Anno LXVII luglio-agosto 1973, pag.614. Il corsivo è mio.

²⁵ S. Timpanaro, op. cit. pp.XXVIII-XXIX.

sul ruolo e il valore della scienza è anche espressione di modi diversi di intendere la lotta politica.

Riassumendo, possiamo dire che a causa del grande scossone determinato dal "movimento del '68" la comunità scientifica italiana si spezza in più parti: da un lato vi sono i tradizionalisti che con varie modalità ripropongono la tesi della neutralità della scienza; dall'altro c'è una "sinistra ufficiale" che esprime il riconoscimento della non-neutralità della scienza in una varietà di posizioni politico-culturali riformiste, ed infine una «minoranza molto combattiva, che ha trovato il suo uomo di punta in Giulio Maccacaro, direttore della rivista "Sapere"», che immette la critica della scienza nel vivo dello scontro di classe in atto nel Paese, diventando punto di riferimento per i gruppi della Nuova Sinistra.

5.1.3 Scienza e potere: le tesi di Giulio A. Maccacaro

La principale tesi sostenuta da Maccacaro è rintracciabile nel primo documento di impostazione della rivista "Sapere"²⁶ e può essere sintetizzata come segue: oggi la scienza serve alla borghesia per mantenere la propria egemonia sul proletariato e per negare a quest'ultimo il suo ruolo storico. Stando così le cose, la classe subalterna riuscirà a conquistare il potere solo nella misura in cui si sarà appropriata anche della scienza. Non si tratta semplicemente di perseguire una diffusione più capillare delle conoscenze scientifiche già acquisite, ma di costruire delle possibilità di pratiche sociali alternative nel campo della scienza in cui la soggettività della classe lavoratrice finalmente trovi lo spazio adeguato alla propria espressione; il che comporta mutamenti di portata tale che nel nuovo assetto sociale la scienza non sarà più la stessa in un comando diverso, ma sarà una scienza rifondata: una scienza cen-

²⁶ G.A.Maccacaro, *Il primo documento di impostazione della rivista «Sapere»*, Bozza di lavoro redatta nel 1972 per la prima riunione del gruppo che nel 1973 avrebbe dato vita alla nuova serie di «Sapere»; pubblicata in «Sapere», gennaio-fabbraio 1977, vol. LXXX, 797, pp.2-4; ristampata in G.A.Maccacaro, *Per una medicina...*, op. cit., pp. 162-166.

trata sull'uomo.

Quello appena delineato è il quadro generale entro il quale si collocano tutte le riflessioni di Maccacaro sulla scienza che verremo esponendo in questo paragrafo.

Un'analisi globale del rapporto scienza-potere, elaborata in un'ottica che supera i confini del dominio scientifico in cui egli opera (la medicina), è espressa nella relazione intitolata *Multinazionale scientifica ed impresa multinazionale* presentata da Maccacaro alla tavola rotonda su "Scienza e Potere" svoltasi nel 1973 a Chianciano. In questo testo, coerentemente con quanto detto in precedenza, Maccacaro sostiene che «forse non esiste una cosa che si chiama "La Scienza" ed una altra cosa che si chiama "Il Potere"» di conseguenza è assolutamente necessario collocare storicamente e immettere in un quadro politico definito il tema in discussione; occorre, cioè, indagare i rapporti tra scienza e potere «all'interno del comando capitalistico, ed in particolare "qui e ora"»²⁷.

Detto questo egli identifica, sulla base di citate testimonianze, le forme più attuali di scienza e potere rispettivamente nella *multinazionale scientifica* (ovvero nella comunità scientifica internazionale, la quale oltrepassa i confini definiti da regimi politici alternativi perché la scienza - dice Maccacaro - «è ortogonale all'ideologia e collineare al potere») e nell'*impresa multinazionale* la quale esercita la sua potenza economica entro gli stessi confini di attività e autorità del modello scientifico occidentale; una volta individuati i due soggetti in gioco, Maccacaro cerca di cogliere il rapporto dialettico che li lega e di capire come

«la scienza condiziona il potere e come il potere condiziona la scienza e poi anche come avvenga la conversione della scienza in potere e quella del potere in scienza e come sia che possa esistere, o non possa, un potere senza scienza e una scienza senza potere.»²⁸

A questi interrogativi egli risponde sostenendo che probabil-

²⁷ G.A.Maccacaro, *Multinazionale scientifica e impresa multinazionale*, in G.A.Maccacaro, *Per una medicina...*, op. cit., pp. 167-177.

²⁸ Ivi, pag.172.

mente l'effetto maggiore che la scienza ha sulla delegazione del potere «è nel senso della sua evoluzione tecnocratica», mentre uno degli effetti che il potere ha sulla scienza «è di farne un pensiero separato, incapace di pensare insieme la società e la natura»; un altro effetto essenziale di questa interazione è dovuto al fatto che il potere borghese, per imporre il proprio comando, ha avuto bisogno di conferire al pensiero scientifico i caratteri dell'*assolutezza* e dell'*unicità*:

«nel senso che alla sua egemonia politica occorre e consegue l'egemonia del modello scientifico che è suo. (...) onde emerge la candidatura praticamente incontrastata della scienza del potere ad assumere il ruolo di scienza *tout court*. Da quel momento quella è la scienza e far scienza vuol dire far quella.

Una a livello sociale perché la scienza del lavoratore non avrà altro modello che quella del padrone; *una* a livello planetario perché quella del paese sottosviluppato avrà come unico modello la scienza del paese imperialista.»²⁹

Questa operazione è resa possibile dal fatto che fin dall'inizio la distribuzione della scienza ha confermato, anzi accentuato, quella del privilegio:

«in una società ove il modo di produzione è capitalistico, ad ogni accumulazione di scienza corrisponde un'accumulazione di ignoranza anche se l'istruzione cresce: intendendo per "ignoranza" la quota di partecipazione negata, per la classe subalterna, alla scienza della classe dominante.»²⁹

In altri termini

«la classe del lavoro diventa sempre più povera di "propria" scienza - convertibile in "proprio" potere - rispetto alla classe del capitale, nello stesso modo in cui diventa sempre più povero di scienza propria il paese

²⁹ Ivi, pag.173.

dominato rispetto a quello dominatore»²⁹.

L'aver conferito alla scienza del potere borghese lo status di scienza *tout court* fa sì che qualunque tentativo di un paese di uscire dal sottosviluppo, o di una classe di liberarsi dalla subordinazione, si trasformi in un tentativo di recupero della distanza che lo separa dal modello scientifico-tecnologico dominante: in questo modo, ogni volontà di liberazione sarà automaticamente trasformata in una conferma della subordinazione al modello dato.

Il rifiuto di riconoscere *l'unicità* della scienza del potere borghese è, dunque, un punto di capitale importanza perché mette in luce la potenziale *polivalenza* dello sviluppo della scienza e mostra che essa, nella sua forma attuale, non è altro che il frutto storicamente determinato di una serie di scelte; ciò ha come conseguenza l'ammissione che la scienza moderna avrebbe anche potuto essere diversa da come è; Maccacaro si chiede, per esempio, cosa sarebbe successo se si fosse affermato il primato delle scienze sociali su quelle naturali, primato che non si è verificato perché

«a queste [ultime] la scelta borghese [ha riservato] ogni privilegio, soprattutto quello della scientificità, in funzione della loro capacità trasformativa della materia, oggettivante della natura, subordinata dell'uomo, per le necessità del capitale.»³⁰

Egli, ovviamente, afferma che noi non possiamo sapere a quale esito avrebbero condotto delle scelte diverse

«(...) sappiamo solo di essere qui, a questo punto, con questa scienza, che è di questo potere perché è il risultato delle sue scelte. Il potere del capitale l'ha creata e cresciuta per affermare la sua pretesa di soggettivare se stesso oggettivando il lavoro, di imporre il suo discorso espropriandone l'uomo.»

²⁹ Ivi, pag.173.

³⁰ Ivi, pag.175.

Con queste affermazioni viene superata l'immagine dello scienziato intrinsecamente buono a cui si contrappone il politico che decide in che modo usare i risultati della scienza e viene al contempo individuato *nella scienza stessa* il terreno in cui si effettuano scelte tra possibilità alternative. In questo modo Maccacaro mette in primo piano le responsabilità del ricercatore in quanto tale; il compito di quest'ultimo è di «scoprire a sé e agli altri la determinazione della sua *non* unica scienza, restituire a chi ne fu escluso la possibilità della sua rifondazione», deve cioè contribuire al recupero della soggettività della classe subalterna impegnandosi a rendere possibile l'espressione della sua ragione scientifica fino ad ora negata.

In questa prospettiva il corretto comportamento dello scienziato che fa una scelta di classe non è di voltare le spalle alla "scienza borghese", anzi Maccacaro sottolinea che occorre superare il falso dilemma "o integrarsi per far scienza o rinunciare a far scienza per poter far politica":

«E' un problema acutamente sentito anche dai giovani cui viene suggerita, come soluzione altrettanto falsa, la pratica schizofrenica dello "studio di giorno e di sera agito le masse". Falsa e deteriore perché sostanzialmente improduttiva sia sul piano dell'attività scientifica sia su quello dell'attività politica. "Il compito dello scienziato rivoluzionario è studiare seriamente, usando tutte le armi della scienza, i problemi del cambio del sistema sociale". (...) ci tengo a sottolinearlo, non penso a nessun luddismo scientifico né ad altra forma di abbandono della scienza. Ho detto prima: distruggiamo la delega per salvare la tecnica, salviamo la scienza cambiando l'appropriazione».³¹

Studiare scientificamente "i problemi del cambio del sistema sociale" significa per il ricercatore cercare di rendere esplicite le scelte di fondo e le contraddizioni insite nel suo lavoro scientifico; tali scelte non sono mai di tipo meramente tecnico perché dietro formulazioni tecniche alternative si nasconde sempre un problema

³¹ Ivi, pag.176.

più generale che riguarda i rapporti tra scienza e potere: alcune formulazioni, infatti, portano in direzione di una maggiore oggettivazione dell'uomo, altre verso la liberazione della sua soggettività³².

Una volta disvelata l'esistenza di diverse scelte possibili, Maccacaro, richiamandosi a Michel Foucault, afferma che ciò per cui il ricercatore si deve battere è, in ultima analisi, «il diritto di discorso, che è affermazione di soggettività».

Ritornando per un attimo alla polemica sui diversi modi di affrontare il dibattito sulla scienza, ci sembra importante sottolineare che queste opinioni di Maccacaro sul ruolo della scienza e sulle responsabilità dello scienziato non sono frutto di un'analisi astratta del valore conoscitivo delle scienze naturali, ma sono basate sull'esame di quell'«*actual life of the scientific world*» di cui parlava Levy-Leblond nella citazione che abbiamo riportata a pag.87; l'analisi di Maccacaro entra nel merito dei meccanismi concreti di produzione della scienza e tiene conto di come la scienza viene percepita dai lavoratori interni al settore

«... ma soprattutto [di] come la vivono, oggettivamente e soggettivamente, quelli che, "esterni", dal settore vengono lavorati. Fa (...) parlare chi di scienza muore e chi, sapendolo o no, di scienza fa morire.»³³

Questo approccio metodologico (che Maccacaro definisce «confronto tra scienza "oggettiva" e scienza "soggettiva"») ricalca, nelle intenzioni dell'autore, il confronto effettuato da Marx tra "lavoro astratto" e "lavoro concreto", essendo questo e non quello condizione perché i soggetti realizzino se stessi.

Questa scelta è conseguente alla volontà di Maccacaro di calare la riflessione sulla scienza nel cuore dello scontro di classe ovvero in una società e in un tempo che vedono, da una parte l'aggravarsi delle contraddizioni del sistema capitalistico, e dall'altra una classe operaia più consapevole e combattiva che lotta per cambiare il

³² Un esempio concreto di quanto qui affermato è riportato nel paragrafo successivo.

³³ G.A.Maccacaro, *Il primo documento ...*, op. cit. pag.162.

sistema. Dove da una parte c'è «il potere costituito del capitale», dall'altra «il potere rivendicato del lavoro» e di fronte a essi una scienza «come fattore di moltiplicazione del primo e come fattore di liberazione del secondo». A giudizio di Maccacaro, in questo quadro politico, lo scienziato non può esimersi dal prendere posizione e lo deve fare all'interno del suo ambito professionale.

5.1.4 Un esempio concreto: la biometria concorre a trasformare gli uomini in cose

Quanto fin qui teorizzato trova lineare e coerente attuazione nella pratica quotidiana del direttore dell'IBSUM; la critica della scienza e la necessità di studiare scientificamente «il problema del cambio del sistema sociale» penetra così profondamente nel suo modo di operare, da indurlo a ripensare radicalmente, alla luce dei concetti sopra esposti, i fondamenti stessi della biometria.

Questo strettissimo legame tra teoria e prassi è particolarmente evidente in due testi: la prefazione a *Statistica medica. Metodi statistici per la ricerca in medicina* di P. Armitage (Oxford 1971, pubblicato in Italia nel 1975 da Feltrinelli) e la *Lezione introduttiva* al decimo corso di metodologia statistica per ricercatori biologi organizzato dalla *Biometric Society* a Vallombrosa nel settembre del 1974 (ristampata con lievi modifiche in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, 798, pp. 62-64, ed in seguito apparsa come introduzione a *Biometria. Principi e metodi per studenti e ricercatori biologi* testo curato da F.Salvi e B.Chianotto, pubblicato da Piccin nel 1978).

La prima cosa che va sottolineata è che Maccacaro, come era d'obbligo attendersi dopo quanto sopra affermato, non indaga il valore e il ruolo della biometria in astratto, ma parte da una constatazione storica: in Italia, a cavallo tra gli anni '60 e '70 l'interesse per la metodologia statistica è fortemente aumentato. *Nel mondo della ricerca clinica moderna* l'attenzione è cresciuta perché la biometria permette di programmare osservazioni ed esperimenti in modo più razionale; *nel mondo del lavoro*, invece, l'interesse per la biometria è sorto da quando si è fatta strada una nuova domanda

di autogestione sanitaria: il “modello sindacale” delle indagini sulla nocività degli ambienti di lavoro e di vita basato sulle inchieste condotte direttamente dai lavoratori o dai membri delle comunità locali, ha posto in termini diversi ed originali la necessità di una metodologia partecipabile per la raccolta dei dati biostatistici e per l'interpretazione epidemiologica finalizzata a interventi di prevenzione primaria (va da sé che questa non è una affermazione astratta: le lotte per la salute hanno avuto un'ampia diffusione e i gruppi omogenei - di operai in fabbrica, di studenti nelle scuole, ecc.- hanno intrapreso centinaia e centinaia di indagini basate su dati raccolti mediante questionari che poi richiedevano una elaborazione di tipo medico-statistico; testimonianza di questi lavori si trova in moltissimi testi pubblicati in quegli anni a cura di movimenti di base e delle organizzazioni sindacali).

E' evidente che nel mondo della ricerca e nel mondo del lavoro l'uso della statistica gioca ruoli molto differenti:

«(...) nel primo essa finisce col dare, all'apporto tecnico, un blasone scientifico e un ulteriore diritto di indagine a quella *medicina separata* che, concorrendo a ribadire la condizione sperimentale dell'uomo, ne assume la riduzione oggettuale. Nell'altro si rappresenta invece come speranza progettuale e iniziale momento di una *medicina partecipata* che vuole restituire all'uomo individuo e collettivo il diritto e il primato della sua soggettività».

Confutando un'opinione molto diffusa, Maccacaro sostiene che questa pluralità degli usi possibili di una stessa metodologia non ne garantisce affatto la neutralità assiologica. La statistica non è un apparato tecnico in sé neutrale che può essere usato “bene” o “male”. La non-neutralità della biometria va cercata ad un livello più profondo.

Maccacaro attira l'attenzione sul modello matematico che viene posto alla base delle elaborazioni statistiche, aspetto che generalmente è del tutto trascurato dai testi di statistica per la ricerca medica.

I modelli matematici su cui si sofferma sono quelli dell'*insieme*

e del *sistema*.

Ricordiamo che «un insieme è definito dagli elementi che lo compongono», mentre «un sistema è definito dal plesso di relazioni che corrono tra gli elementi che lo compongono: infatti senza il disegno di quel plesso non c'è descrizione sufficiente di un sistema». Ricordiamo altresì che l'approccio tradizionalmente usato in biometria è quello insiemistico e che i metodi statistici del campionamento e dell'inferenza sono stati elaborati proprio per questo tipo di interpretazione.

Questo significa che se si vuol indagare la struttura di un sistema, l'interpretazione insiemistica risulta essere riduzionistica perché permette lo studio di una sola variabile, mentre l'interpretazione sistemistica riguarda un numero di variabili quantitativamente e qualitativamente maggiore. Quindi, assimilare una popolazione di uomini ad un *insieme* di individui piuttosto che a un *sistema* di relazioni per poter applicare a tale sistema i metodi statistici del campionamento e dell'inferenza significa senza ombra di dubbio operare «una scelta regressivamente ulteriore alla sua formulazione tecnica».

Per chiarire il concetto, Maccacaro espone l'esempio concreto di una complessa indagine compiuta dal suo Istituto riguardante la stesura di un piano per un'inchiesta campionaria sulla salute degli abitanti della Lombardia condotta con approccio sistemistico anziché insiemistico.

Con questo approccio, l'inchiesta, pur conservando alcuni caratteri della ricerca *biomedica*, è risultata in larga misura assimilabile a quella *sociomedica*:

«se lasciamo cadere la desinenza “medica” - dice Maccacaro - restiamo con due paradigmi: la ricerca biologica da una parte e quella sociologica dall'altra e con una ricerca, quella medica - intesa nel senso più pieno, cioè più umano del termine - della quale *bisogna decidere se e quando e in che misura si assimila all'una o all'altra*. Il problema è fondamentale e ci riguarda tutti, sia che siamo dei medici che imparano la biometria o dei biologi cui prima o poi qualche medico chiederà collaborazione per la biometria che hanno imparata.»

La scelta di assimilare la ricerca medica alla ricerca biologica o a quella sociologica rappresenta il cuore del problema: la biometria, infatti, ha la sua origine nelle scienze naturali e le scienze naturali sono caratterizzate da un rapporto di osservazione di tipo «catalettico», ovvero riconoscono tutta la soggettività al polo attivo dell'indagine (l'osservatore) e riducono a totale oggettività il polo passivo dell'indagine (l'osservato). Al contrario, nella ricerca sociologica il rapporto di osservazione si pone tra persone, è un rapporto «dialettico», cioè basato sul riconoscimento di soggettività ai due poli del rapporto e di redistribuzione dell'attività su entrambi.

Se, dunque, si sceglie di assimilare la ricerca medica al paradigma della ricerca sociologica non potremo ridurre l'universo (la popolazione) a un insieme perché il riconoscimento della soggettività degli osservati ne fa necessariamente un sistema, ma in questo caso dobbiamo prendere atto del fatto che l'arte di campionare sistemi non ha ancora raggiunto uno sviluppo adeguato.

Se invece la si assimila alla ricerca biologica, si ridurrà l'universo da indagare ad un insieme a cui si potrà applicare una metodologia statistica adeguatamente sviluppata con la quale, però, il rapporto osservatore-osservato si fa irrimediabilmente catalettico perché, come è appena stato detto, essa è una metodologia messa a punto per lo studio delle cose, non delle persone.

Questo fa dire a Maccacaro che l'adozione del metodo statistico per formulare indagini sull'uomo, lungi dall'essere un atto neutrale, serve a dare «la ratifica scientificamente più autorevole della cataletticità del rapporto» posto in essere da tali indagini: rappresenta un'ulteriore conferma della «logica di conversione dei sistemi di uomini in insiemi di cose»: logica che in una società basata sul modo di produzione capitalistico è onnipresente, così come lo è la conversione del rapporto dialettico in rapporto catalettico.

Di fatto, nell'oscillazione della ricerca medica tra i due paradigmi - quello biologico e quello sociologico - la biometria rappresenta un adeguato supporto al primo, ma è «assai immatura» per il sostegno al secondo. Questo è un vero e proprio problema biometrico non risolto che va messo in evidenza perché

«Tale disciplina non è, come troppo spesso presentata, soltanto un'applicazione - indifferente al suo oggetto - di tecniche altrove elaborate e formalizzate, né un corpo dottrinario è pratico ormai completamente sistemato e concluso, incapace di evoluzione e di rivoluzione.

Voglio anzi suggerire a chi verrà apprendendola (...) la necessità di conservare e tendere la propria vigilanza sulla condizione strutturale nella quale egli si troverà ad assimilare gli argomenti e a usarne gli strumenti. Perché è questa condizione a deciderne la neutralità, anzi a determinarne il segno di efficacia ed il senso di sviluppo».

Con questo siamo giunti al punto d'arrivo dell'evoluzione del pensiero di Maccacaro sull'uso della biometria; come avevamo anticipato nel capitolo 2, Maccacaro era partito da una posizione molto diversa sulla neutralità assiologica della metodologia biometrica - soprattutto quella applicata alla sperimentazione nell'uomo:

«Ricordo - egli ammette - di aver rappresentato questa neutralità affermando che all'interno di un ambito positivo di eticità è etico sperimentare con il maggior rigore biometrico. (...) Ricordo di aver pensato che l'etica sia una cosa semplice e la biometria una cosa complessa: e che basti raccomandare la prima a coloro cui si insegna la seconda. Ma il problema non era questo: non era e non è nessuno di questi.

Il problema è capire quale posizione occupi la biometria nell'evoluzione delle scienze sviluppate dall'uomo, in quanto soggetto, e quale ruolo tenga nello studio scientifico dell'uomo, in quanto oggetto.»

Il problema è dunque che in una società come la nostra le condizioni strutturali fanno sì che l'uso della biometria serva solo a «razionalizzare il rapporto catalettico» ovvero a negare la soggettività di quello che, significativamente, viene definito «oggetto» di studio anche quando questo «oggetto» è un uomo. Ciò risulta particolarmente evidente nel caso dell'utilizzo della metodologia statistica nella sperimentazione scientifica sull'uomo (per esempio - ma è solo un esempio - nella sperimentazione di nuovi farmaci). Il biometrico preparato e consapevole della non-neutralità del suo

intervento deve, secondo Maccacaro, rifiutarsi di operare come "tecnico" ovvero come applicatore asettico di una tecnica, ma deve agire da responsabile e decidere se stare dalla parte di una scienza oggettivante o se agire per l'espressione della soggettività.

Coerentemente, Maccacaro intraprenderà una durissima e personale battaglia, destinata a sollevare vivacissime reazioni della stampa, dell'opinione pubblica e del mondo medico, contro l'uso indiscriminato di uomini e bambini nella sperimentazione scientifica, nonché sulla possibilità di elaborare metodi di indagine maggiormente rispettosi della soggettività e della partecipazione attiva degli indagati.

Ma prima di intraprendere una analisi più dettagliata delle riflessioni di Maccacaro sulla sperimentazione clinica e sulla ricerca epidemiologica, dobbiamo riprendere e concludere l'esposizione della sue valutazioni più generali sul rapporto medicina-potere.

5.2. *Il capitale gestisce tutti i momenti della medicina*

Alla luce di tutte le riflessioni sulla non-neutralità della scienza espresse nelle pagine precedenti risulta più facile comprendere il pensiero di Maccacaro riguardante la subordinazione della medicina alla organizzazione sociale e produttiva del capitale. Tali considerazioni rendono più comprensibile un modo di argomentare che altrimenti, a causa della forma apodittica e del tono perentorio, potrebbe in qualche caso essere giudicato troppo schematico.

In occasione di alcuni dibattiti pubblici, infatti, per confutare la tesi della neutralità della scienza, Maccacaro si è limitato a constatare che nella società capitalista contemporanea la scienza agisce come forza produttiva ed in quanto tale opera sempre e solo a favore del capitale; ha suffragato questa tesi con ampie citazioni marxiane:

«L'economia della scienza e dell'abilità delle forze produttive generali del cervello sociale rimane, rispetto al lavoro, assorbita nel capitale e si presenta perciò come proprietà del capitale».

e ancora:

«Tutti i processi scientifici della civiltà, o in altre parole, ogni incremento delle forze produttive sociali [...] arricchiscono non l'operaio, ma il capitale, e poiché il capitale è l'antitesi dell'operaio, quei processi accrescono soltanto il potere oggettivo sul lavoro»

e dopo aver dichiarato che il riconoscimento della non neutralità della scienza non potrebbe avere in Marx «una espressione più precisa e vigorosa di questa», è giunto direttamente alla conclusione che

«la scienza, dunque, non è null'altro che un modo del potere»

e

«... come la scienza è un modo del potere, la medicina è un modo della scienza e quindi, per la proprietà transitiva, la medicina è a sua volta un modo del potere.»³⁴

La schematicità di queste affermazioni, a nostro avviso, è dovuta solo al fatto che il pubblico a cui Maccacaro si rivolge è spesso composto da persone che padroneggiano i testi marxiani e condividono le analisi di fondo sul ruolo della scienza nelle società capitalistiche, perciò il relatore si sente autorizzato a non soffermarsi sulle premesse generali per addentrarsi in analisi più approfondite del dominio scientifico che gli è proprio: quello della medicina.

A proposito dei rapporti tra medicina e potere abbiamo già ricordato che secondo il direttore dell'IBSUM il sistema capitalista si fonda da una parte sulla produzione sociale dei beni e dall'altra sull'appropriazione privata di questi stessi beni. Abbiamo ricordato altresì che l'appropriazione della forza-lavoro è la condizione necessaria per la riproduzione e la crescita del capitale attraverso il profitto; quindi il sistema è interessato da una parte a consumare, e

³⁴ G.A.Maccacaro, *L'uso di classe della medicina*, relazione di apertura del dibattito su "L'uso di classe della medicina" svoltosi a Modena il 25 febbraio 1972. Stampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina ...*, op. cit., pag.409.

dall'altra a conservare la forza-lavoro. Questa doppia esigenza di «conservare consumando e consumare conservando la forza-lavoro» rappresenta una contraddizione centrale per il sistema capitalistico il quale affida alla medicina il compito «di risolverla nella razionalità scientifica».

Volendo tradurre queste affermazioni in termini ancora più espliciti si può dire che il sistema capitalistico si basa sullo sfruttamento dell'uomo e alla medicina è affidato il compito di rendere possibile questo sfruttamento *con continuità*.

Al capitalista, ricorda Maccacaro, non interessa che la salute dell'operaio sia schiacciata completamente e nemmeno che raggiunga la pienezza della sua potenzialità, ma semplicemente che sia conservata per quella quantità cui corrisponde un costo di conservazione vantaggioso rispetto al ricavo che se ne può ottenere:

«infatti il modo di produzione capitalistico - così molteplice nella sua evoluzione e manifestazione - non fa - da sempre - che una unica semplice cosa: una continua, enorme, programmata trasfusione dalle vene di un corpo sociale, la classe del lavoro, alle vene di un altro corpo sociale, la classe del capitale. (...) il ricevente di questa trasfusione, nella misura in cui è anche padrone del donatore, non ha interesse, né alla sua morte, né al suo benessere»³⁵.

Al medico è richiesto di mantenere la salute della classe lavoratrice solo per quel tanto che basta a produrre: non di più (perché ciò metterebbe in crisi l'intero sistema), non di meno (perché altrimenti si esaurirebbe la forza-lavoro da cui trarre profitto). Il capitale dunque delimita esattamente i confini dell'intervento medico.

Naturalmente ciò non significa che la medicina e i suoi rappresentanti siano semplicemente asserviti al potere della classe egemone, ma significa riconoscere che essi gestiscono un ben delimitato potere delegato; l'ipotesi di Maccacaro è che:

³⁵ G.A.Maccacaro, *Classe e salute*, in *La salute in fabbrica*, Savelli, Roma 1974, vol.I, pp. 17-33. Ristampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina ...*, op. cit., pp.435-449.

«...la medicina - come la scienza - sia un modo del potere; che, anzi, nella conversione e gestione scientifica di dottrine e pratiche, contenuti e messaggi, enti e funzioni, ruoli e istituti, divenga propriamente potere, sostanza e forma del suo esercizio. Come tale - pur nel comando cui obbedisce - è abilitata a dettare statuti, tracciare limiti, codificare eventi, attribuire significati: è cioè capace, ad un tempo, di legge e di giudizio, ovvero di assolutezza (...)»³⁶.

Alla medicina viene riconosciuta, dunque, una chiara subordinazione al capitale, ma contemporaneamente, contro ogni semplificazione deterministica, le si riconosce anche una capacità di azione autonoma, cioè di gestione assoluta del potere *all'interno* della sfera di competenza che il capitale le ha affidato.

Ma se da un lato la medicina non è un semplice frutto dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche, e dall'altro non si può sostenere che vi sia un rapporto di soggezione gerarchica diretta della classe medica alla classe dominante, in che modo si concretizza, la pressione del capitale sulla medicina?

La risposta a questo complesso interrogativo può essere rintracciata in tre testi-chiave scritti da Maccacaro agli inizi degli anni '70:

- il primo, *Usi di classe della medicina*, è la relazione di apertura del dibattito su "L'uso di classe della medicina" svoltosi a Modena il 25 febbraio 1972; il testo corrispondente alla registrazione di quanto detto da Maccacaro in apertura di dibattito è riportato in *Per una Medicina da rinnovare. Scritti 1966-76*, pp. 406-434.

- il secondo, *Lettera al presidente dell'Ordine*, costituisce l'introduzione a Jean-Claude Polack, *La medicina del capitale*, Feltrinelli, Milano 1972, 1977 5ª ed., pp. VII-XXXVIII.

- il terzo, *Classe e salute*, è il testo del suo intervento al convegno sulla salute organizzato dal P.d.U.P. a Firenze nel novembre 1973; gli atti sono stati pubblicati col titolo *La salute in fabbrica*, Savelli, Roma 1974. L'intervento di Maccacaro compare alle pagine 17-33 del vol.I.

³⁶ Dall'ipotesi di lavoro posta da Maccacaro a guida delle scelte editoriali compiute nell'ambito della collana "Medicina e potere", edizioni Feltrinelli.

5.2.1 L'uso di classe della medicina

Nel primo dei testi citati Maccacaro mostra dettagliatamente le molteplici modalità con cui il capitale esercita la sua influenza: la contraddizione che la medicina è chiamata ad affrontare per conto del capitale è così centrale fra tutte che il capitale, per poterla risolvere

«deve assumere la gestione di *tutti* i momenti della medicina: cioè la gestione della malattia, la gestione del malato, la gestione del medico, la gestione dell'istituzione, la gestione dell'insegnamento e la gestione della ricerca scientifica ed in particolare medica».

Il sistema capitalista gestisce, dunque, tutti i momenti della realtà medica e Maccacaro, analizzando separatamente ciascuno di essi, mette in luce che il fine che guida questa gestione non è quello della difesa della salute dell'uomo, ma quello, più ristretto, del mantenimento della sua forza-lavoro dal che derivano gravi distorsioni di tutte componenti in cui si articola l'agire medico.

Gestione della malattia. Il direttore dell'Istituto di Biometria analizza i mutamenti avvenuti nella realtà medico-sanitaria con l'occhio critico di chi vi scorge uno stretto collegamento con le mutate esigenze del modo di produzione capitalistico.

La trasformazione più significativa nell'ambito della malattia è sicuramente quella rappresentata dalla diminuzione delle patologie acuto-infettive (fisiogene) e dall'emergere della patologia cronico-degenerativa (antropogena)³⁷. Maccacaro afferma che quella che è avvenuta non è un'evoluzione della salute, ma una trasformazione della malattia: si è ottenuta solamente

«una minore dissipazione della vita là dove questa dissipazione era più acutamente diseconomica (...) l'aumento della vita media (...) è sempli-

³⁷ Vd. cap. 4.

«mente un aumento della sopravvivenza di individui i quali non si realizzavano come possibili oggetti dai quali prelevare della forza-lavoro».

Inoltre la patologia stessa è una patologia fortemente classista. Infatti se invece di fermarci allo studio delle medie nazionali, ci addentrassimo nell'analisi degli indicatori di malessere riferiti alle diverse regioni d'Italia (da quelle più arretrate a quelle più sviluppate), scopriremmo che, nel tempo

«la forbice che segna la collocazione classista di un certo destino si è ulteriormente allargata e non si è affatto ristretta».

Ciò è vero non solo per quanto riguarda gli indici di mortalità, ma anche per l'incidenza delle malattie mentali, di quelle professionali e, in generale, di tutte le patologie.

Classismo nella patologia significa anche che «il sistema privilegia le malattie che hanno maggiori margini di recupero per la forza-lavoro», per esempio le malattie acute. Qui il rapporto scienza-potere è, secondo l'autore, particolarmente evidente:

«il sistema - sottolinea Maccacaro - ha bisogno di avere dalla scienza, e di trasmettere come scientifico, *un modello di normalità* che gli permetta di individuare una devianza, destinata ad abilitare tutti i meccanismi di repressione e di esclusione (...)».

In altri termini il sistema capitalista (che è intollerante nei confronti di tutte le deviazioni) chiede alla scienza di ridefinire continuamente la norma in modo che questa sia funzionale al profitto; la norma quindi varierà a seconda della eccedenza o della mancanza di forze disponibili nel mercato del lavoro, di conseguenza

«per i cronici, per gli handicappati, per i vecchi, per i subnormali non c'è che il rifiuto, non c'è l'attenzione concessa alla patologia recuperabile»;

per costoro, infatti, spesso c'è solo la segregazione nelle istituzioni totali.

Un'altra modalità di espressione del rapporto medicina-potere è rintracciabile nell'assunzione da parte della medicina accademica del modello di malattia come entità reale; non ci dilunghiamo su questo argomento perché lo abbiamo già ampiamente illustrato nel capitolo 4; ci limitiamo a sottolineare che tale modello rafforza, sul piano ideologico, l'idea che lo stato di malattia è generato dall'incontro fortuito tra un individuo e l'ente-malattia ovvero che la malattia è un accidente personale, «una disgrazia, cioè qualche cosa che in qualche modo esonera, assolve, il sistema». Per giustificare in modo ancor più efficace l'assoluzione del sistema, la medicina ha creato il mito del germe e il mito del gene. Entrambi servono a indirizzare la ricerca delle cause di malattia in direzioni diverse da quelle indicanti le responsabilità del capitale, prova ne è il fatto che la ricerca delle cause virali del cancro è fortemente enfatizzata e pubblicizzata (siamo agli inizi degli anni '70) mentre vengono sistematicamente taciuti i risultati delle ricerche sulle cause ambientali della stessa patologia. Allo stesso modo vengono utilizzate le nuove acquisizioni nel campo della genetica.

Gestione del malato. La medicina non è assistenza e soccorso, ma «gestione per conto terzi»; ciò diventa palese quando essa rifiuta la soggettività del malato:

«Questo lo si vede in mille momenti dell'atto medico che riduce sempre il malato all'obiettivo, che cerca sempre il segno, l'esame di laboratorio, il dato, la lastra radiografica, ma si disinteressa completamente di lui come soggetto ed esalta appunto l'obiettività del rilievo, manuale, strumentale o comechessia»

per questa medicina «la realtà è la malattia non il malato»

«esso è una cosa, un oggetto; questo è effettivamente quello cui si vuole arrivare, cioè la cosificazione, l'oggettivazione del malato. Quindi l'incontro tra lui e il medico che doveva essere l'incontro tra due soggetti diventa quello tra un soggetto (il medico) che oggettiva l'altro (il malato), lo fa diventare "cosa"».

Questa logica oggettivante, lo ha detto molto bene Maccacaro nella sua analisi del ruolo della biometria, è onnipresente: è la stessa che trasforma l'uomo in cosa nella fabbrica e che di nuovo lo trasforma in cosa quando entra nel circuito dell'attività sanitaria. Per completare questo processo di cosificazione la medicina «ha fatto a pezzi il malato», lo ha smontato, tant'è che la diagnosi eziologica ha lasciato il posto alla diagnosi anatomica, di apparato o d'organo. In questo modo viene meno il momento unificante che consentirebbe al malato di comprendere il suo stato, di metterlo in relazione alle cause che lo hanno determinato e lo indurrebbe a combattere contro queste cause.

Come se ciò non bastasse,

«se l'unità e l'umanità del malato sopravvivono al tentativo di frantumazione e cosificazione, allora la medicina, cui dovrebbe bastare la sofferenza del malato per riconoscergli l'autenticità del suo essere sofferente, risponde all'appello dei sintomi in uno dei suoi modi tradizionali»

i quali consistono nella *negazione* dei sintomi se questi non risultano obiettivabili; nel *silenzamento* dei sintomi tramite una terapia che è destinata a non rimuovere le cause del malattia oppure nella *falsa rassicurazione* del paziente tramite la diagnosi precoce - «un altro dei miti oggi molto in voga».

Non ci soffermiamo sull'analisi di questi temi perché sono già stati trattati in precedenza, ma ricordiamo che in ognuna di queste scelte Maccacaro mette in risalto le operazioni e mediazioni attraverso cui «il capitale continua a gestire l'uomo per un'unica cosa che gli interessa: la sua forza-lavoro»; senza dimenticare che quando il malato non è utilizzabile nella forma di forza lavoro, è ancora sfruttabile come donatore del proprio corpo, come «oggetto possibile del lavoro altrui» ovvero come cavia; oppure come consumatore di farmaci.

Alla *gestione del farmaco* il capitale ha sempre prestato una particolare attenzione perché «il controllo del farmaco è un momento del controllo della società».

Il direttore dell'Istituto di Biometria afferma che il farmaco è prima di tutto una merce e quindi viene prodotto secondo le esigenze speculative dell'industria farmaceutica la quale per difendere i propri profitti non esita a compiere scelte contrarie alla salute dei cittadini; Maccacaro ricorda con amarezza che tale settore produttivo, con la complicità delle istituzioni, non si è fatto scrupolo di non distribuire tempestivamente il vaccino Sabin contro la poliomielite (la cui efficacia era già stata ampiamente dimostrata) per avere il tempo di vendere il vaccino Salk che giaceva nei magazzini delle aziende farmaceutiche e che questa cinica decisione è costata la vita a 1.000 bambini e ha prodotto paralisi in altri 8.000.

Ma il farmaco non è solo una merce, è molto di più: esso svolge una importantissima funzione normalizzante tutta giocata a favore dell'organizzazione produttiva e sociale dominante, infatti, se il sistema ha delegato alla medicina il compito di riparare la forza-lavoro, di silenziare i sintomi, di mascherare i danni prodotti dal modo di produzione e nascondere le responsabilità, il farmaco è il mezzo ideale per il raggiungimento di questi obiettivi:

«L'individuo subisce una rarefazione del suo reticolo relazionale, questo lo spinge a interiorizzare i conflitti, le pressioni che lo circondano, in lui nasce la malattia somatica e psichiatrica.

Per liberarsene dovrebbe esteriorizzarle, ma gli è concesso di proiettarne soltanto la parte obiettivabile; *il farmaco nella misura in cui silenzia e cancella gli effetti della malattia monta la guardia alla prigione dove il sistema ha racchiuso la salute dell'uomo.* (...) Il farmaco diventa una risposta surrogatoria alla domanda dei beni sociali e mitiga le tensioni sociali conservandone le cause, mistifica quindi le cause reali delle malattie e acquisisce meriti scientifici e ideologici».

in questo senso il farmaco è «il vero punto d'incontro tra medicina, scienza e capitale».

Passando ad analizzare *la mutua*, dopo aver descritto le diverse fasi storiche del suo formarsi (dalla mutua di matrice operaia alla mutua gestita dal capitale con la mediazione dello stato), Macca-

caro mostra come essa non si faccia mai carico della prevenzione delle malattie, ma si occupi soltanto di riparare la forza-lavoro per restituirla all'uso che il capitale vuole farne.

La stessa funzione meramente riparativa è propria anche dell'ospedale.

«Questo - dice Maccacaro - nasce grosso modo nel XVIII secolo, come luogo del tacito contratto tra la borghesia e il proletariato. Cioè la prima, la borghesia, si incarica nell'ospedale di restaurare la forza-lavoro e il secondo, come scambio, dà il suo corpo all'esperienza terapeutico-diagnostica (...) quell'esperienza terapeutica e diagnostica che al netto dei rischi serve poi per il beneficio della classe ricca, della classe egemone. In sostanza questo rappresenta l'estremo prelievo del residuo pluslavoro dell'uomo in quanto malato».

Ma la logica del capitale pervade l'ospedale non solo quando si effettuano sperimentazioni sull'uomo oppure quando si ha a che fare con istituzioni totali quali l'ospedale psichiatrico. In tutti gli ospedali si realizzano «alcuni tipici momenti della concezione capitalistica del lavoro in genere, e dell'atto medico in particolare». Anzitutto *la gerarchizzazione*: con il malato al gradino più basso; poi *la divisione del lavoro*: l'ospedale diventa una fabbrica in cui prevale la logica dell'organizzazione sull'attenzione alle esigenze del paziente tanto da trasformare quest'ultimo in «qualche cosa che appartiene all'ospedale stesso»; si crea *una netta separazione* tra il malato e la vita esterna. In ospedale, come in fabbrica, l'uomo viene trasformato in cosa.

Come Maccacaro aveva avvertito all'inizio di questa sua analisi, il capitale gestisce *tutti* i momenti della realtà medica, quindi *lo stesso medico* non è esente dall'essere gestito.

L'autore ricorda che in molte occasioni storiche la categoria dei medici non ha fatto altro che difendere i suoi privilegi come una corporazione chiusa.

Ma aldilà delle scelte fatte dai medici come categoria professionale, occorre riconoscere lo stato di contraddizione continua in cui

ciascun medico si trova ad operare:

«il medico vive nella contraddizione (...) perché quando vuole curare, si rende conto che non può curare ma può soltanto ripristinare la disponibilità del malato alla malattia».

«Vuole essere scientifico, obiettivo e neutrale, perché questo è il concetto di scientificità, ma sa che la sua scienza è definita e controllata da altri».

«Rivendica la libertà del suo rapporto umano ma vede che tale rapporto è totalmente condizionato».

Maccacaro rileva però che questo stato di continua contraddizione raramente si trasforma in una presa di coscienza perché il sistema capitalistico

«sublima tutte queste contraddizioni concedendo al medico tutta la soggettività che ha sottratto al malato»,

offrendogli i miti della libertà professionale e della missione del medico; il medico si crede così portatore di valori, di libertà, non si percepisce come "gestito", al contrario si sente legittimato come gestore: «da lui, unico e patentato soggetto tutto procede»; è convinto che gestire il malato rientri nei suoi doveri perciò il linguaggio, il tempo, il luogo della medicina sono dettati dal medico e il malato, del tutto escluso dall'atto medico, può solo esserne il destinatario.

In verità, questo sistema come "fa a pezzi" il malato, "fa a pezzi" anche il medico: cioè lo impoverisce come medico globale e lo avvia verso la specializzazione come frammentazione della sua identità di medico; il tutto per evitare che fra medico e malato si realizzi un incontro autentico che, secondo Maccacaro, porterebbe inevitabilmente entrambi a riconoscere ciascuno la propria reale situazione e li unirebbe nella volontà di rivolta.

La gestione del medico avviene naturalmente anche attraverso la gestione dell'istruzione medica.

La logica del piano di studi della facoltà di medicina «è fatta per gestire la società secondo la logica del capitale».

Prima di tutto essa separa lo studente sia dalla realtà medica, sia dalla realtà sociale. Il modello imperante è quello naturalistico, secondo cui l'uomo è un caso particolare della natura, non della società. A dominare è sempre quella logica oggettivante che abbiamo già visto all'opera in molte occasioni, non è un caso infatti che «il primo uomo che il futuro medico incontra è il cadavere, che è l'uomo più cosa che ci sia». Fin dall'università lo studente medico impara che la soggettività del malato non conta nulla: lo dimostra il fatto che l'anamnesi, ovvero la raccolta dei dati riguardanti la sua storia personale, familiare, ambientale, lavorativa, è considerata del tutto secondaria. Naturalismo e riduzionismo sembrano essere le parole d'ordine.

Mai come nell'analisi dell'organizzazione degli studi medici risulta chiaro cosa intendesse Franca Ongaro-Basaglia dicendo che la medicina si limita alla visione naturalistica dell'individualità corpo-malattia e si rifiuta di interessarsi della globalità uomo-ambiente-società.

Maccacaro termina questa prima ricognizione della realtà medica ribadendo che la sua analisi non vuole essere una denuncia del "cattivo uso della buona scienza":

«Non è questo il problema; la scienza è quello che è a seconda della parte da cui si pone, a seconda della parte da cui opera, a seconda dei fini che persegue».

E conclude auspicando un radicale mutamento dell'assetto politico-sociale, condizione necessaria affinché la diagnosi, la terapia, la prevenzione e tutti gli atti medici non risultino deformati dal riferimento forzato alla capacità di forza-lavoro. Condizione necessaria, quindi, per la nascita di una nuova scienza e di una nuova medicina non è solo un cambiamento che possa avvenire all'interno del mondo medico, ma un cambiamento più generale della società.

5.2.2 Lettera al Presidente dell'Ordine

Di fronte a tali circostanziate accuse di compromissione col potere la medicina ufficiale si indigna e si erge a difesa di quella dignità professionale che - dice Maccacaro - «non si riconosce nemmeno occasionalmente macchiata ed offesa dalla venalità e dalla violenza, dal servilismo e dalla prevaricazione di alcuni suoi titolari» ma minaccia provvedimenti disciplinari contro coloro che tracciano la diagnosi di questi mali.

Così Maccacaro, con una nota datata 25 settembre 1972, è convocato presso l'ufficio del Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano e Provincia per avere espresso pubblicamente opinioni

«sul potere e la servitù della medicina nella società del capitale, sulle deformazioni che ne derivano all'atto medico ed al rapporto medico-paziente, sulle inerenti responsabilità e complicità dell'informazione sanitaria»³⁸.

A questo richiamo Maccacaro risponde con una lunga lettera (il secondo dei testi a cui si è fatto riferimento all'inizio di questo paragrafo) in cui, rivolgendosi con tono molto pungente al Presidente dell'Ordine, passa in rassegna e analizza fenomeni destinati a dimostrare anche al più riluttante dei rappresentanti della classe medica che la medicina occidentale in tutte le sue forme (scienza, pratica, didattica) e in tutti i suoi momenti (nascita, sviluppo e crisi) è davvero la "Medicina del capitale".

Poiché ci siamo già soffermati sui momenti della nascita e dello sviluppo della medicina in connessione con le esigenze dell'organizzazione produttiva e sociale, ci limitiamo a esporre le opinioni di Maccacaro sull'ultimo momento: quello della crisi.

Dopo aver ricollegato, nel modo che ormai conosciamo, la nascita della medicina moderna alla diffusione del modo di produ-

³⁸ Il Presidente dell'Ordine si riferisce alla relazione presentata nello stesso anno da G.A.Maccacaro a Perugia sul tema «Informazione medica e partecipazione» per invito dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale.

zione capitalistico, Maccacaro riconduce a questo stesso nodo centrale l'insorgere dell'attuale stato di crisi della medicina.

La scienza medica è in crisi perché un numero enorme di uomini nel mondo

«muore di malattie prevenibili e curabili oppure sopravvive nell'infermità fisica e psichica per mancanza delle più elementari prestazioni della medicina moderna»;

la scienza medica è in crisi perché non è più in grado di offrire risultati significativi nemmeno per la parte ricca dell'umanità:

«da circa 20 anni la nostra salute non conosce più progressi e, stranamente ciò coincide con una enorme espansione dei programmi di ricerca scientifica in campo medico».

La scienza medica è talmente in crisi da indurre a chiedersi

«se le grandi quantità di danaro che vengono spese oggi, in molti paesi, per la ricerca non potrebbero produrre un più rapido e cospicuo progresso della salute degli uomini ove fossero usate per applicare quanto già noto».

Queste tre citazioni riportate da Maccacaro nella lettera al Presidente dell'Ordine sono tratte dalle opere di alcuni dei più illustri studiosi di scienze mediche operanti in diverse Università nord-americane e inglesi; tutte convergono a mettere in dubbio il senso stesso della continuità della ricerca medica. La crisi è dunque indubitabilmente gravissima e, secondo Maccacaro, non potrebbe essere diversamente. Poiché questa medicina nasce per razionalizzare una contraddizione insanabile, non poteva non entrare in crisi quando fosse giunta a scontrarsi con le due nuove realtà rappresentate dalla *crescita politica della classe operaia* che nella difesa della salute ha riconosciuto un momento totalizzante decisivo delle sue lotte di classe, e dal fenomeno, più volte richiamato, dell'*emergere delle malattie di origine antropogena* che non permette più alla

scienza medica di «dirsi e viveri *dalla parte dell'uomo*, per l'immacolata concezione del bene progressivo», ma la costringe «a dirsi e a viveri *dalla parte di quale uomo*».

E' chiaro, dunque, che nel momento della sua nascita, nel suo sviluppo e persino nel momento della crisi, la medicina occidentale è segnata dal suo rapporto col capitale.

Maccacaro offre al Presidente dell'Ordine una serie impressionante di dati comprovanti l'esistenza di una «linea di discriminazione classista, vera lama di frattura sociale, che attraversa ogni mappa sanitaria». Questa lama divide i paesi sottosviluppati da quelli industrializzati e all'interno di questi ultimi separa le classi abbienti da quelle subalterne. Gli esempi illustrati da Maccacaro spaziano dal più largo orizzonte del pianeta a quello più ristretto corrispondente alla giurisdizione del destinatario del suo scritto.

Il primo caso riportato riguarda le malattie infettive e parassitarie che la medicina accademica si gloria di avere debellato; ciò corrisponde al vero solo per alcuni paesi della Terra e analizzando il caso della malaria si può facilmente constatare (basandosi sui dati forniti dall'O.M.S. riferiti all'anno 1969) che i paesi dell'imperialismo capitalista hanno sradicato la malattia dai propri territori lasciandola ai paesi da loro sfruttati e dissanguati. Citando il caso del Belgio e del Congo, Maccacaro, esorta il destinatario della sua lettera a prender atto di questa realtà:

«Vede con quale sicurezza di chirurgo il bisturi del capitale separa nella carne dell'umanità ciò che può morire da ciò cui è concesso salvarsi (...)?»

Inoltre, anche i più autorevoli medici che si sono occupati del problema della malaria riconoscono che è quanto mai difficile utilizzare efficacemente le risorse della tecnica quando le condizioni sociali ed ambientali sono al di sotto di certi livelli, ed infatti anche nei paesi già bonificati si è verificata, a causa della miseria, una riaccensione dei focolai epidemici.

Da qui l'accusa durissima rivolta dal nostro alla medicina e ai suoi rappresentanti:

«È dunque chiaro che i paesi dell'imperialismo capitalista e le loro benefiche istituzioni, quando inviano squadre di esperti e navi di farmaci ai paesi cui tuttora impongono regimi e governi che ne garantiscano il docile sfruttamento, sanno benissimo che la prima operazione è utile soltanto come copertura per la seconda. Per questo la compiono. E per questo il medico che ne partecipa deve scegliere tra il contraddire se stesso o contraddire il sistema, cioè deve affrontare la sua crisi».

Con lo stesso tono accusatorio Maccacaro descrive i drammi sanitari di un continente sottosviluppato quale è il Sudamerica: lo fa riportando un brano della II Dichiarazione de La Habana (4 febbraio 1962) che mette in relazione le morti causate da malattie curabili, da fame e da vecchiaia prematura che colpiscono le popolazioni di questo continente con lo sfruttamento imposto dagli stati imperialisti che si arricchiscono alle loro spalle.

Anche nelle regioni più progredite e prospere del pianeta si deve rilevare «con angosciosa evidenza» che il peso delle malattie grava maggiormente sulle classi subalterne. Tali affermazioni sono documentate da numerose citazioni tratte da studi che mettono in relazione morbilità, mortalità e classi sociali; particolarmente efficaci quelle tratte da A.B. Hollingshead e F. Redlich, *Classi sociali e malattie mentali* (Einaudi, Torino 1965) riguardanti la distribuzione delle malattie psichiatriche e quelle tratte da J. Clemmensen, *Statistical Studies in Aetiology of Malignant Neoplasm* (Munksgaard, Copenhagen 1964) centrate invece sulle patologie somatiche e in specifico sul cancro; a tale esposizione di dati e statistiche Maccacaro aggiunge un'acuta lettura del fenomeno della sistematica presenza di infortuni sul lavoro nelle fabbriche italiane e del problema della salute degli immigrati giunti nelle città del Nord in cerca di occupazione.

Il carattere classista della medicina non si esplica solo nella mancata presa di posizione di fronte a questi fenomeni eclatanti, si nasconde anche in comportamenti meno vistosi, ma non per questo meno discriminanti.

Maccacaro, citando J.-C. Polack (il quale a sua volta si richiama ad un'analisi proposta da M. Foucault ne *La nascita della clinica*),

rileva che classista è per esempio il comportamento del clinico che non riflette sul fatto che egli quotidianamente trasferisce nelle cliniche e nelle case di cura private i frutti delle sperimentazioni terapeutiche e dei collaudi chirurgici che ha praticato sul corpo dei «poveri cristi con la mutua o senza» ricoverati nei pubblici ospedali; a questi medici Maccacaro non rimprovera tanto la venalità implicita nella scelta di effettuare questo “doppio lavoro”, ma, in modo assai più radicale, critica il loro ruolo e la loro subordinazione al sistema:

«Illudendosi di essere signore [questo medico] serve il suo padrone due volte; quando si inchina alla classe del capitale e quando ne trasferisce e aggrava il comando sulla classe del lavoro. Quando - non importa se consapevolmente o no - realizza nel malato la massima e irrinunciabile esigenza del sistema: fare dell'uomo una cosa, della sua salute una merce, della sua vita un consumabile bene per la produzione di beni consumabili».

«Fare dell'uomo una cosa»; avevamo già incontrato questa affermazione quando Maccacaro aveva dimostrato che la reificazione dell'uomo poteva passare anche attraverso l'applicazione delle regole della statistica allo studio dell'uomo; in quell'occasione Maccacaro aveva sostenuto che la biometria trasforma «una popolazione di uomini in un insieme di cose», ora mostra che non solo nell'applicazione dei metodi quantitativi ma in tutto l'agire medico opera questa continua trasformazione:

«Fare dell'uomo una cosa, reificarlo: io dico che questo è il compito accettato della medicina del capitale»

e se dopo tutte le documentate argomentazioni fornite dall'estensore della lettera, il destinatario della stessa faticasse ancora a comprenderne il significato, Maccacaro glielo rende esplicito con il racconto sofferto di un caso «estremo e illuminante»:

«...in un cimitero di provincia, (...) per desiderio di una madre, ho assistito pochi giorni fa all'esumazione e alla autopsia del cadavere di suo

figlio. Era un operaio, aveva 32 anni, una moglie e due bambini.

Era anche donatore volontario di sangue, regolarmente tesserato. Una mattina di agosto, rientrando da un turno di notte in fabbrica, trovò una chiamata. Andò, diede cc 300 di sangue, tornò a casa e morì prima dell'alba. Morì dopo una giornata di malessere, per infarto del cuore. Ma fu un'ineluttabile disgrazia? Quell'uomo aveva un vizio cardiaco: una stenosi mitralica accertata in altro tempo ed altrove. Basta un orecchio sul torace per fare la diagnosi: ma i medici dell'ente cui quell'operaio donava il suo sangue non gli avevano mai donato nemmeno una visita.

Ora io respingo da questo nostro discorso - perché non deve esserne inquinata - ogni commozione per la sorte di quell'uomo e della sua famiglia. Così come dimetto - perché in questa sede irrilevante - qualsiasi considerazione sui servizi trasfusionali in genere e sui loro addetti. *Dico soltanto che quell'operaio è morto perché il capitale e la sua medicina lo hanno usato come una cosa.* Suo torto non averlo capito, suo torto la fiducia, suo torto l'altruismo: manifestazione autentica del desiderio di riaffermare la propria umanità.

Ma il processo di reificazione era già troppo avanzato, pur in lui così giovane, iniziato molti anni prima nella fabbrica dove “del macchinario si abusa per trasformare l'operaio stesso nella parte di una macchina parziale”, continuato fino all'ultimo giorno con l'inversione del tempo umano naturale “per l'esigenza degli impianti”, ribadito da una medicina che gli aveva curato una endocardite reumatica senza rendergliene comprensibili le conseguenze, si è finalmente concluso nell'incontro con una “banca del sangue” dove egli è stato obiettivamente gestito come una cosa: una cosa accorrente a richiesta e contenente circa cinque litri di sangue AB Rh-, sempre fresco per eventuali prelievi.

Il caso è estremo ed illuminante: quello che a lezione chiamiamo “un esempio” perché gli è sottesa una regola. E la regola ferrea del capitale è appunto questa: che l'uomo non è che una cosa necessaria a produrre altre cose. Il lavoratore è veramente l'uomo ad una dimensione: quella della forza-lavoro che può erogare e riprodurre. Fuori da questa dimensione non ha nome, cittadinanza, esistenza.».

Questo processo di reificazione costituisce il nucleo logico della

gestione capitalistica del malato che Maccacaro rintraccia in ogni sua manifestazione. Avevamo già fatto cenno al fatto che la reificazione viene realizzata non solo *escludendo* il malato (il riferimento è al concetto di esclusione espresso da Franco Basaglia in *L'istituzione negata* che Maccacaro definisce «uno dei libri medici più importanti di questo dopoguerra»), o *negando* la sua malattia se questa non è obbiettivabile, ma anche nel momento stesso della cura:

«La “cosa” guastata deve essere riparata e restituita alla sua funzione. Questo è abbastanza ovvio. Un po' meno, ma più importante, è che nel processo la “cosa” non ridiventi uomo e come tale renda impossibile la restituzione anche se si è compiuta la riparazione. Pertanto deve essere mantenuta nel suo stato, con particolare e assidua vigilanza, durante tutto il tragitto sanitario percorso sul filo sottile di questo pericolo: che la “cosa” prenda coscienza, la malattia diventi imputazione e l'imputato sia il capitale stesso».

Maccacaro descrive la deformazione e l'impovertimento derivante al processo medico dalla necessità di soddisfare questa esigenza del capitale:

«Curare vorrà allora dire, diagnosticamente, ridurre il malato alla sua malattia, la malattia alla sua localizzazione organica, l'organo malato al danno obbiettivabile, il danno a un segno e il segno alla sua misura. Poi ripercorrere, terapeuticamente, il percorso inverso: la correzione del segno mistificata come eliminazione del danno, il silenzio dell'organo come sconfitta della malattia, l'obliterazione della malattia come restituzione della salute. In questo processo, che si ripete ogni giorno negli ambulatori e nelle corsie, l'uomo fatto cosa è diventato cosa di un altro uomo: un padrone o un medico non fa differenza se la scienza del medico è quella del padrone».

Dal processo di reificazione non esce indenne nemmeno il rapporto medico-paziente che viene plasmato in modo tale da essere strettamente individuale e privato e da creare attorno al malato un clima di solitudine che ne facilita la consegna incondizionata al medico

«In quella solitudine, dove la sua storia è perduta nell'anamnesi, la sua soggettività può essere contestata dagli esami, e persino la sua individualità è spersonalizzata nella malattia, gli è insegnato a viverci come “caso”, cioè ad alienarsi come “cosa”.

Egli sarà solo con la sua paura e la sua speranza, il suo dolore e la sua “guarigione”: tanto più solo quanto più apparentemente assistito ma di fatto gestito...»

Il processo di reificazione riguarda tutti i momenti della medicina (farmaco, ospedali, mutue, ecc.) ivi compreso l'agire del medico a cui Maccacaro non manca di ricordare anche in questa occasione che di fronte a questa medicina in crisi è tenuto a fare una scelta di campo:

«Perché l'unica salvezza del medico è col malato che a lui la chiede. Se saprà passare finalmente e veramente dalla sua parte, essere con lui nella lotta per il suo diritto di salute e di vita, rifondare con lui una scienza a sua misura ed una medicina al suo servizio, schierarsi, dunque, con le classi sfruttate contro quelle egemoni, con il lavoro contro il capitale.

Il giorno in cui i medici intenderanno la profonda politicità e potenzialità liberatoria del loro lavoro, la medicina del capitale avrà cessato di esistere».

Questa lettera, mentre raggiunge l'obiettivo di far desistere definitivamente il Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano dall'intraprendere un qualsiasi procedimento disciplinare nei confronti di Maccacaro, diventa motivo di dibattito tra le varie componenti della sinistra. Significativo è il commento apparso nell'aprile 1973 su “Le Scienze” a firma di Giovanni Berlinguer, il quale, dopo aver rilevato che si è verificato un logoramento dei rapporti tra medici e movimento operaio-democratico, esprime la preoccupazione che la lontananza si trasformi in una frattura insanabile e afferma:

«In questa situazione, ho timore che limitarsi a chiedere ai medici di «riconoscere e scegliere la propria collocazione di classe», come scrive Maccacaro, significhi probabilmente indurli a compiere la scelta più

ovvia: il ritorno alla classe di origine, non certo il salto verso la classe operaia. La critica sociale della medicina va condotta senza schematismi, e poiché Maccacaro e Polack citano Marx è giusto ricordare la sua affermazione che la classe operaia (a differenza di altre classi) liberando se stessa, libera anche gli altri uomini: compresi i medici, se si vuole, anche se avviluppati in catene d'oro; compresi i medici, i cui guadagni crescono in proporzione diretta con l'impossibilità della medicina di vincere le malattie derivanti dai rapporti sociali; compresi i medici, che vivono perciò in una contraddizione fra cultura e professione, fra scienza e profitto, fra morale dichiarata e morale praticata. Mi riferisco alla maggioranza dei medici, non a quei gruppi coraggiosi, combattivi, che hanno compiuto in questi anni una scelta di campo»³⁹.

5.2.3 Classe e salute

La risposta all'obiezione sollevata da G. Berlinguer non si fa attendere; nel novembre dello stesso anno l'intervento di Maccacaro al convegno sulla salute organizzato a Firenze dal P.d.U.P. (si tratta del terzo e ultimo dei testi-chiave citati all'inizio di questo paragrafo) si apre con la seguente dichiarazione:

«(...) non si può operare per la salute degli uomini se non ponendosi dalla parte, ben precisa, di una scelta di classe ed è vero che fin quando si rimane - come politici, o come dissertatori di medicina e politica - nel compromesso fra le parti, non si opera per la liberazione della salute dell'uomo. Infatti (...) non è più concessa alla medicina nessuna neutralità, né illusione di averne.

Perdersi con il capitale o salvarsi con il lavoro: è l'unica scelta che rimane alla medicina, non come scelta morale, ma come scelta di scienza e di pratica. Pertanto è vero che portare i suoi protagonisti "ufficiali", i medici, a prendere coscienza di ciò, significa indurli a "riconoscere e scegliere la propria collocazione di classe". Non capire questa necessità e rinunciare a questo impegno, credere ancora che in medicina ci sia "con-

³⁹ G. Berlinguer, recensione al libro di J.-C. Polack, *La medicina del capitale*, apparsa su "le Scienze", n.56, aprile 1973, pp.98-99.

tradizione fra cultura e professione, fra scienza e profitto", come se questa scienza non fosse esattamente al servizio di quel profitto e quella cultura non fosse perfettamente strumentale a quella professione - riscoprire l'interclassismo in patologia e inventare l'estremismo in medicina: tutto ciò è errato e pericoloso (oltre ogni buona intenzione) perché, di fatto, induce a ripiegare su quel moderatismo riformistico cui si aggiorna il disegno non della classe operaia ma del suo antagonista storico, il capitale.»

Dopo questa premessa, che nelle intenzioni dell'autore è intesa ad aprire e non a chiudere il dibattito con le altre componenti della sinistra, Maccacaro propone un'analisi che per la sua pregnanza diventerà «la referenza politica di una generazione di militanti»⁴⁰.

Nel suo intervento il futuro fondatore di Medicina Democratica stabilisce una doppia periodizzazione dei rapporti tra Capitale e Lavoro per ciò che attiene alla salute tracciando una storia della salute operaia «dalla parte del capitale» e una storia della salute operaia «nell'esperienza della classe del lavoro».

Nella prima Maccacaro distingue quattro periodi:

Il primo è stato caratterizzato dall'indifferenza assoluta del capitale verso le condizioni di salute della forza-lavoro; è la fase di sfruttamento selvaggio di uomini, donne e bambini che cadono vittime di un lavoro inumano e che vengono prontamente sostituiti da altra manodopera in cerca di occupazione.

Il secondo periodo è quello della crescita esponenziale del progetto capitalistico la cui espansione richiede di istituire un controllo sulle gravi perturbazioni demografiche ed economiche prodotte dalle patologie infettive; nasce così la medicina moderna che sradica queste malattie là dove interferiscono con i piani del capitale; in questa fase l'intervento medico è principalmente un intervento di igiene pubblica (fognature, acqua potabile, controllo dell'igiene degli alimenti, ecc.), ma anche di emarginazione nei confronti dei malati di cui ancora non si conosce la cura: la malattia è

⁴⁰ A. Morabía, Capitalismo e salute operaia, in "Scienza Esperienza", n.7, 1981.

un fatto del tutto personale che richiama i concetti di debolezza e di colpa.

La terza fase è quella in cui il capitale si rende conto che la forza-lavoro non è inesauribile, né basta controllarla mediante interventi di igiene pubblica; è il periodo in cui la salute del lavoratore viene "estratta" e consumata con la massima razionalità tecnologica mediante l'organizzazione scientifica del lavoro; ma se da un lato l'industria "risucchia" la salute del lavoratore, dall'altro le presta tutta la sua attenzione nella produzione del farmaco che è eziologico, poi surrogativo ed infine sintomatico. E' il momento in cui le mutue passano a una gestione statale e l'istituzione medica nel suo insieme viene «modellandosi come proiezione sanitaria della fabbrica per l'accentramento e la taylorizzazione degli atti diagnostici e terapeutici». L'orientamento meramente riparativo della medicina viene nascosto dall'enfatizzazione del momento della cura e quando l'inefficacia di questo tipo di medicina diventa palese «il capitale trasforma quello che è il vero problema di *funzione* in problema di *funzionamento* da risolvere, naturalmente, in chiave di *efficienza* che, in un sistema dato è sempre una domanda del potere costituito». Così, secondo Maccacaro, può succedere che negli anni '60 sia il capitale stesso a chiedere allo stato le riforme e la razionalizzazione dei servizi sanitari.

Nella quarta ed ultima fase è ormai chiaro che la patologia prevalente è quella determinata dal progetto stesso del capitale e che la difesa della salute operaia ne costituisce una secca alternativa.

«Per questo - dice Maccacaro - non basta più il controllo sanitario: occorre il controllo sociale. Occorre cioè una medicina, questa, disposta a classificare la malattia come ribellione (...) e la ribellione come malattia (...). La nuova medicina non è, quindi, né curativa né preventiva: è soprattutto, forse soltanto, sedativa ed emarginante»⁴¹.

⁴¹ Una critica alla distinzione operata da Maccacaro tra terza e quarta fase è contenuta in A. Morabia, op. cit., pp.167-169. Tra l'altro vi si legge: «...mi risulta oscura la distinzione che Maccacaro fa tra terzo e quarto periodo...Vi è un netto cambiamento tra il metodo che Maccacaro usa per i primi tre periodi e quello con cui affronta la quarta fase. Nelle tre prime fasi i rapporti tra capitale e salute operaia sono determinati dalle esigenze della produzione capitali-

La storia della salute operaia nella gestione della classe del capitale è dialetticamente inseparabile dalla storia della salute operaia nell'esperienza dei lavoratori la quale è suddivisa da Maccacaro in tre diverse fasi.

La prima è definita "fase di resa" perché in essa la classe lavoratrice non ha coscienza di sé e quindi il singolo lavoratore si trova indifeso e senza speranza di fronte allo sfruttamento; la salute non ha alcun valore: «E' vissuta finché dura, come vanto di forza o provvidenziale benedizione: congruamente la malattia è debolezza e disgrazia». Ciò si verifica in ogni luogo e tempo in cui la «vocazione onnidistruttiva» del capitale non incontra la resistenza dei lavoratori. In Italia, dice Maccacaro, questa fase è durata fino agli ultimi decenni del XIX secolo.

Nella seconda fase, definita "di difesa", la malattia è ancora vista dal lavoratore principalmente come perdita di salario e come spesa sanitaria; per evitare le drammatiche conseguenze dello stato di malattia i lavoratori organizzano forme di solidarietà il cui sbocco è rappresentato dalla formazione delle Società di mutuo soccorso che favoriscono nello stesso tempo un innalzamento della coscienza operaia e un accrescimento della capacità contrattuale della classe.

Il capitale coglie immediatamente il potenziale dirompente di questa solidarietà di classe e vi si oppone finché non ritiene più conveniente che lo Stato diventi in prima persona gestore della mutualità riservandosi così una possibilità, seppure mediata, di controllo.

In questa fase l'operaio prende man mano coscienza di sé come soggetto di volontà politica e come elemento fondamentale del

stica, mentre nella quarta è la necessità di estendere il controllo sociale, cioè una motivazione eminentemente politica, che giustifica l'estensione della medicina (...). La medicalizzazione del politico non è una caratteristica peculiare della fase attuale del capitalismo(...). Lo stesso vale per l'imbevagliamento da parte della medicina della rivolta operaia che la malattia esprime. Si tratta di un compito fondamentale che la classe dominante ha affidato storicamente ai medici conferendo loro il monopolio delle funzioni terapeutiche, facendone l'unico referente delle masse di fronte alla sofferenza e alla malattia. E' dunque troppo riduttivo affermare che "la nuova medicina non è quindi né curativa né preventiva: è soprattutto forse soltanto sedativa ed emarginante(...)". Questo aspetto della medicina ha toccato il suo apogeo nel corso del terzo periodo individuato da Maccacaro.»

processo produttivo; della malattia vengono ancora percepiti soltanto gli effetti corporei e materiali, inoltre, la nocività dei luoghi di lavoro viene vissuta come qualcosa di non essenziale al compimento dell'atto produttivo, ma come un fattore non strutturale dovuto solo all'eccessiva avidità del datore di lavoro⁴². E' il momento storico in cui il movimento operaio accetta la monetizzazione della salute, scelta in qualche modo giustificata da una visione tutta organicistica e meccanicistica di salute e malattia.

Prima di passare ad analizzare la fase successiva, Maccacaro afferma, a scanso di equivoci, che quanto la classe aveva ottenuto fino a quel momento in materia sanitaria e assistenziale non era certo stato frutto della prodigalità altrui, al contrario era il risultato di dure lotte e sacrifici, ma tutte le azioni intraprese andavano più verso una difesa dalla malattia che rendeva impossibile la partecipazione al processo lavorativo piuttosto che verso una lotta contro la nocività in difesa della salute.

Il grande cambiamento che dà avvio alla *terza fase, definita "di lotta"*, ha luogo negli anni sessanta e consiste proprio in questo mutamento di obiettivo. Maccacaro espone una sintesi del contributo originale della esperienza italiana alla lotta per la promozione della salute dei lavoratori le cui caratteristiche principali sono costituite dal ritiro della delega, dall'individuazione di una dimensione mentale del proprio benessere-malessere, dal riconoscimento di un quarto gruppo di fattori di nocività, dall'emergenza del gruppo operaio omogeneo come soggetto produttivo, politico e scientifico, dall'utilizzo dell'inchiesta di fabbrica e dalla consapevolezza del rapporto tra fabbrica e territorio⁴³. Per la prima volta si lotta per la salute intesa come bene primario e inalienabile.

Terminato questo doppio tratteggio della storia della salute risultano chiariti i termini dello scontro in atto tra capitale e lavoro: «da una parte [vi è] la *medicalizzazione della politica*, come scelta del capitale, dall'altra la *politicizzazione della medicina*, come scelta della classe».

⁴² Vd. pag. 43.

⁴³ Su questi temi vd. cap.3.

La medicalizzazione della politica è conseguenza della necessità di controllo sociale da parte del padronato e si attua attraverso «la riduzione diagnostica e terapeutica della non conformità ai canoni del sistema produttivo, della originalità individuale e collettiva, della fantasia sociale e politica»⁴⁴; si attua altresì attraverso l'espasata tecnicizzazione dell'atto medico e del sistema sanitario che da una parte consegna la medicina al controllo industriale e dall'altra favorisce la delega totale ai tecnici.

La politicizzazione della medicina è rivolta in tutt'altra direzione: va verso il ritiro della delega per ciò che riguarda la gestione delle pratiche e delle istituzioni della medicina, ma soprattutto per ciò che riguarda la definizione della salute e della malattia, la critica della norma e della devianza.

Lo scontro tra capitale e lavoro è scontro frontale fra due ipotesi alternative dell'uso sociale della medicina come pratica e come scienza:

«Se la medicina del capitale serve a gestire la patologia del capitale la salute operaia richiede una medicina della classe operaia: veramente non "per la classe" ma "della classe operaia" nel senso che in essa la classe si esprima finalmente come soggetto medico e politico, medico perché politico».

Maccacaro conclude il suo intervento con l'analisi della posizione assunta dall'Università in questo scontro.

Secondo il direttore dell'Istituto di Biometria è di capitale importanza individuare il progetto didattico-scientifico perseguito dalla scuola medica e altrettanto importante delineare un'alternativa; non ci addentriamo in questo tema perché sarà oggetto del

⁴⁴ Ne sono un esempio la prescrizione di ansiolitici alle donne che lavorano alla catena con ritmi stressanti (S.Mistura, *Gli psicofarmaci*, in "Sapere" n.777, dicembre 1974, pp.16-20); la somministrazione di psicofarmaci "socializzanti" a bambini di 3-6 anni frequentanti la scuola materna "segnalati per turbe del comportamento nell'ambito della scuola" (in G.A.Maccacaro, *L'insidioso paradiso dei tranquillanti*, "Corriere della Sera", sabato 6 marzo 1976, p.3.); la campagna montata contro l'assenteismo a metà degli anni '70 (vd. "Sapere" n.786, ottobre 1975, pag.26.), ecc.

prossimo capitolo, anticipiamo soltanto che secondo il direttore dell'Istituto di Biometria i cambiamenti da proporre in questo settore non sono cambiamenti che l'intellettuale può progettare a tavolino, ma devono essere elaborati con i soggetti sociali del cambiamento; per questo la conquista del diritto alle "150 ore di studio" per i lavoratori è valutata da Maccacaro come un momento molto significativo sia per il cambiamento dei luoghi di produzione del sapere, sia per la fondazione di una nuova scienza della salute.

6.

UNA FACOLTÀ DI MEDICINA CAPOVOLTA

Come si può facilmente immaginare, il problema del ruolo dell'Università all'interno dello scontro tra le due ipotesi alternative che abbiamo appena descritto è uno dei temi più dibattuti negli anni in cui il movimento studentesco inizia a criticare fortemente, oltre alle modalità di insegnamento, anche i contenuti tecnico-scientifici ed ideologici dei piani di studio della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Massimo Gaglio, professore di Semeiotica medica all'università di Catania e autore di *Medicina e profitto*, un libro contenente un'analisi marxista della medicina molto letta e apprezzata durante tutti gli anni '70, sostiene che nelle Facoltà di Medicina prevale

«un insegnamento libresco e veterinario, un insegnamento spezzettato e ripetitivo, che rifiuta ostinatamente di diventare critico con se stesso, che è avulso dal mondo circostante e dai suoi problemi: in breve, un insegnamento che nulla insegna sulla stessa medicina che lo studente dovrà praticare dopo la laurea»¹.

Secondo questo autore le scuole di medicina servono principalmente a produrre medici completamente sganciati dalla realtà sociale in cui andranno a operare, ma perfettamente omologati alla logica del sistema sanitario che è manifestamente classista:

«l'unico scopo dell'università è quello di mantenersi e ripetersi come

¹ Massimo Gaglio, *Medicina e potere*, Sapere edizioni, Milano 1971, p.88.

istituzione, a vantaggio dei gruppi del 'potere accademico' (...). Il laureato in medicina continua così a trovarsi in contraddizione con se stesso e con la società: egli non riesce a realizzarsi come medico né a porsi su un corretto piano di utilità sociale. Ma il 'dottore in medicina e chirurgia' sprovvisto della pratica più elementare nei corsi universitari, ha appreso bene almeno una 'lezione': l'ideologia del profitto»².

Della stessa opinione è Giorgio Bert, libero docente di Semeiotica medica all'Università di Torino, che nel 1970 ha abbandonato la ricerca "pura" per dedicarsi alla metodologia clinica e alla sperimentazione di forme di didattica alternativa cui hanno collaborato studenti, infermieri e pazienti. Nel suo libro *Il medico immaginario e il malato per forza*, pubblicato nella collana "Medicina e Potere" nel 1975, Bert descrive la Facoltà di Medicina principalmente come una «fabbrica di consenzienti» dove vengono fornite informazioni sganciate dal contesto della medicina reale, informazioni che di conseguenza risultano inutilizzabili e servono soprattutto ad affievolire il senso critico e ad allenare il futuro medico alla accettazione passiva dei dati forniti da "tecnici competenti":

«Da tempo la medicina delle Università è andata via via distaccandosi dalla realtà; lo iato è ora di tali dimensioni da obbligare lo studente e il giovane laureato a vivere in una situazione dissociata tra quanto osserva quotidianamente e quanto gli viene insegnato.

La maggior parte dei docenti di medicina ritiene infatti che la didattica sia semplicemente un transfert di nozioni tra un individuo che ne è per definizione in possesso e un gruppo di soggetti che per definizione le ignora. Così la didattica è rappresentata da alcune ore settimanali di monologo cattedratico da cui è accuratamente eliminato ogni rapporto col reale.»³

Questa metodologia d'insegnamento è, secondo Bert, «inefficiente, insufficiente e diseducativa», ma viene mantenuta perché rappresenta il supporto ideale di quella «didattica ombra» che

² Massimo Gaglio, op. cit., p. 93.

³ Giorgio Bert, *Il medico immaginario e il malato per forza*, Feltrinelli, Milano 1974, pag. 13.

domina nelle Facoltà e serve «alla fabbricazione di un certo tipo di medico e di malato utili alla classe dominante».

Per quanto riguarda l'opinione di Maccacaro, abbiamo già detto che la formazione del medico è, come tutti gli altri momenti della medicina, gestita dal capitale e che il progetto del lavoro didattico-scientifico dell'Università è finalizzato alla produzione di medici destinati a confermarne il comando⁴.

Ciò emerge in modo palese dall'analisi della struttura dei piani di studi della Facoltà di Medicina:

il primo biennio, dice Maccacaro, è all'insegna del naturalismo: l'uomo è visto come un oggetto naturale e non come un soggetto sociale; infatti, si insegna prima di ogni altra cosa a spogliare l'uomo del suo nome, della sua storia, del suo ruolo e a considerarlo come semplice corpo;

il secondo biennio è all'insegna del meccanicismo: «la cosa inerte, risolta in apparati scomposti in organi, diventa macchina mobile, guastabile, riparabile. Lo studente apprende le tecniche dell'oggettivazione e dell'individualizzazione della macchina-paziente, cioè della sua desocializzazione»;

il terzo biennio «è diagnostico-terapeutico, ma soprattutto riduttivo», in esso si insegna al futuro medico a seguire quel percorso sanitario oggettivante che passa attraverso tappe a noi già note: si riduce «il malato alla malattia, la malattia a un organo colpito, l'organo al segno del suo danno e il danno alla sua misura» e poi simmetricamente: si corregge «il segno per nascondere il danno, far tacere l'organo per fingere la sconfitta della malattia, coprire la malattia per simulare la salute».

Alla fine di questi sei anni di studi l'iter formativo del medico viene completato da una o più *scuole di specializzazione*.

Una impostazione così marcatamente riduzionista non può che sollevare dubbi:

«L'insegnamento attuale della medicina è in grado di preparare un medico che risponda alle rinnovate esigenze della società?»

⁴ Vd. pag. 111.

A questa domanda, postagli da un redattore della rivista "Tempo medico" nel novembre del 1971, Maccacaro risponde con un secco «Sicuramente no!»⁵.

Le critiche del direttore dell'Istituto di Biometria partono dalla constatazione dell'inadeguatezza dell'apparato logico-dottrinario che funge da struttura del curriculum descritto; esso è rimasto immutato negli anni, mentre non solo il modo di intendere le malattie, ma le malattie stesse sono cambiate, sono sempre meno di origine virale e sempre più spesso di origine sociale (sono cioè determinate dalle condizioni di vita e di lavoro del singolo e delle comunità).

Inoltre, un difetto fondamentale dell'insegnamento medico sta nel suo essere *deduttivo* ovvero nel partire dall'apprendimento di alcuni postulati di normalità anatomica, fisiologica e biochimica di un uomo astratto (che letteralmente non esiste) per derivarne conoscenze di patologia su cui ipotizzare diagnosi da verificare nella clinica. In tutto ciò non c'è spazio per indagini volte a inserire la realtà del singolo malato in quella di un contesto più generale:

«E' significativo che tutte le discipline che potrebbero insegnare al futuro medico una corretta lettura della realtà individuale nel contesto di quella sociale - epidemiologia, ecologia umana, medicina del lavoro, psicologia - non siano insegnate per nulla o lo siano in maniera inadeguata, se non addirittura distorta»⁶.

Stessa misera sorte subiscono le tecniche di utilità immediata nella pratica sanitaria di base quali il pronto soccorso, la chirurgia d'urgenza e la profilassi.

Conseguenza di questa impostazione è la formazione di medici che lavorano in modo del tutto individualistico, che isolano il paziente dal contesto e gli offrono una medicina quasi esclusiva-

⁵ G.A.Maccacaro, *Una facoltà di medicina capovolta*, intervista pubblicata su "Tempo Medico", novembre 1971; ristampata in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, 798, pp. 54-57; ristampata in G.A.Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare*, op. cit., pp. 377-382.

⁶ Ivi, pag. 377.

mente curativa.

«Sembra, in sostanza, che l'insegnamento medico - pre e post laurea - sia davvero capace di produrre di tutto: dal propagandista farmaceutico al cardiologo, dall'ostetrico al dentista, dal laboratorista al neurologo. Ma un medico di base, capace di inserirsi utilmente in una comunità urbana o rurale, di averne cura, di intenderne i problemi di malattia e difendere il diritto alla salute, non c'è corso di laurea o scuola di specialità che lo produca»⁷.

In dichiarazioni come questa risulta palese che l'inadeguatezza della formazione universitaria dei medici non si supera con soluzioni tecniche o con una maggiore efficienza del sistema, ma con una chiara definizione degli obiettivi che l'istituzione accademica vuol raggiungere:

«la formazione del medico va progettata per le funzioni che deve svolgere e ci si trova a dover scegliere tra funzioni antitetiche: si decida se il medico deve essere anche medico della comunità o solo dell'individuo, se deve occuparsi di prevenzione o solo di terapia, se deve subordinarsi a una collaborazione di gruppo o deve operare singolarmente, se deve orientarsi verso la medicina di base o verso quella specialistica, se deve allargare il proprio orizzonte culturale anche in direzione extramedica o ridurlo sempre più a un ambito tecnico specifico, se deve porsi al leale servizio della comunità o dare una mano a "gestirla per conto terzi"»⁸.

Anche per ciò che attiene alla didattica, vale quanto Maccacaro aveva già detto per le altre articolazioni della medicina: è il momento di fare una scelta. Se si vuol essere coerenti con i principi deontologici e con i doveri istituzionali della medicina, se concretamente si persegue l'obiettivo della difesa e promozione della salute dei cittadini, allora bisogna progettare e perseguire una radi-

⁷ Ivi, pp. 378-79.

⁸ Ivi, pag. 379.

cale modificazione (Maccacaro usa il termine "capovolgimento") dell'organizzazione degli studi medici.

Occorre un diverso *piano* di studi, un diverso *metodo* di studio, una diverso *tempo* di studio, un diverso *contenuto* di studio e un diverso *obiettivo* di formazione.

La preparazione del medico deve partire dalla realtà sociale per conoscere l'uomo nel suo concreto essere all'incrocio di circostanze che condizionano il suo stato di salute e malattia.

Il percorso conoscitivo non dovrà più essere deduttivo, ma dovrà risalire induttivamente dalla pratica alla teoria intesa come sintesi critica dell'esperienza. La pratica sanitaria sarà presente fin dal primo anno e porterà a un sesto anno di effettivo tirocinio come medico ospedaliero e di comunità. Il contenuto degli studi dovrà essere orientato ai bisogni reali quindi darà ampio spazio alle discipline preventivistiche quali l'epidemiologia e l'igiene del lavoro. Il tutto finalizzato non più a «fare un laureato, portatore di un titolo senza competenza, ma un operatore preparato e pronto a essere efficace nella realtà sociale che gli si affida».

Maccacaro - e con lui gli altri protagonisti dei tentativi di rinnovamento della Facoltà di Medicina di Milano - oltre alle analisi acute e alle critiche puntuali ha prodotto in questo ambito anche ben articolate proposte operative; tra le tante, nel corso della già citata intervista a "Tempo medico", ne espone una definita "intermedia". Secondo questa proposta il corso di laurea deve durare sei anni, ma questi sei anni devono essere sufficienti a produrre un medico di base operativo. Ogni anno è composto di duecento giorni di otto ore ciascuno: quattro dedicate ai corsi previsti e quattro dedicate al servizio medico-sociale.

Nel primo anno gli studenti si avvicinano alla pratica sanitaria con mansioni adeguate alla loro limitata preparazione e studiano le discipline che li mettono in grado di interpretare la realtà sociale in cui dovranno operare. Nel secondo acquisiscono una preparazione di tipo morfologico e fisiopatologico rimanendo sempre in contatto con la realtà clinica.

Nei quattro anni successivi l'insegnamento porterà lo studente sempre più vicino all'esperienza medica con l'attenzione a mante-

nerne l'equilibrio tra *medicina curativa* (si studieranno, infatti, diagnostica e terapia medica - chirurgia diagnostica e di primo intervento - clinica dell'accrescimento, dello sviluppo e della riproduzione) e *preventiva* (medicina preventiva, medicina del lavoro, difesa della salute mentale); all'interno di tutti gli insegnamenti saranno affrontati i problemi dell'epidemiologia intesa come ponte tra medicina preventiva e medicina curativa; l'insegnamento clinico e quello preventivistico saranno limitati alle voci che interessano nella pratica medica di base e non si svolgerà in maniera teorica ma "sul campo".

Il sesto anno sarà tutto sul campo dove oltre i tre tirocini tradizionali (medico-chirurgico-ostetrico) ci sarà anche un *tirocinio didattico* in cui il medico, attraverso esperienze di educazione sanitaria, «deve imparare a rendere comprensibile se stesso e la propria medicina all'assistito, perché questi possa assumere un ruolo attivo nella difesa della salute propria e collettiva»; infine segue un più lungo tirocinio come medico di comunità in cui devono convergere tutte le conoscenze e le esperienze precedenti.

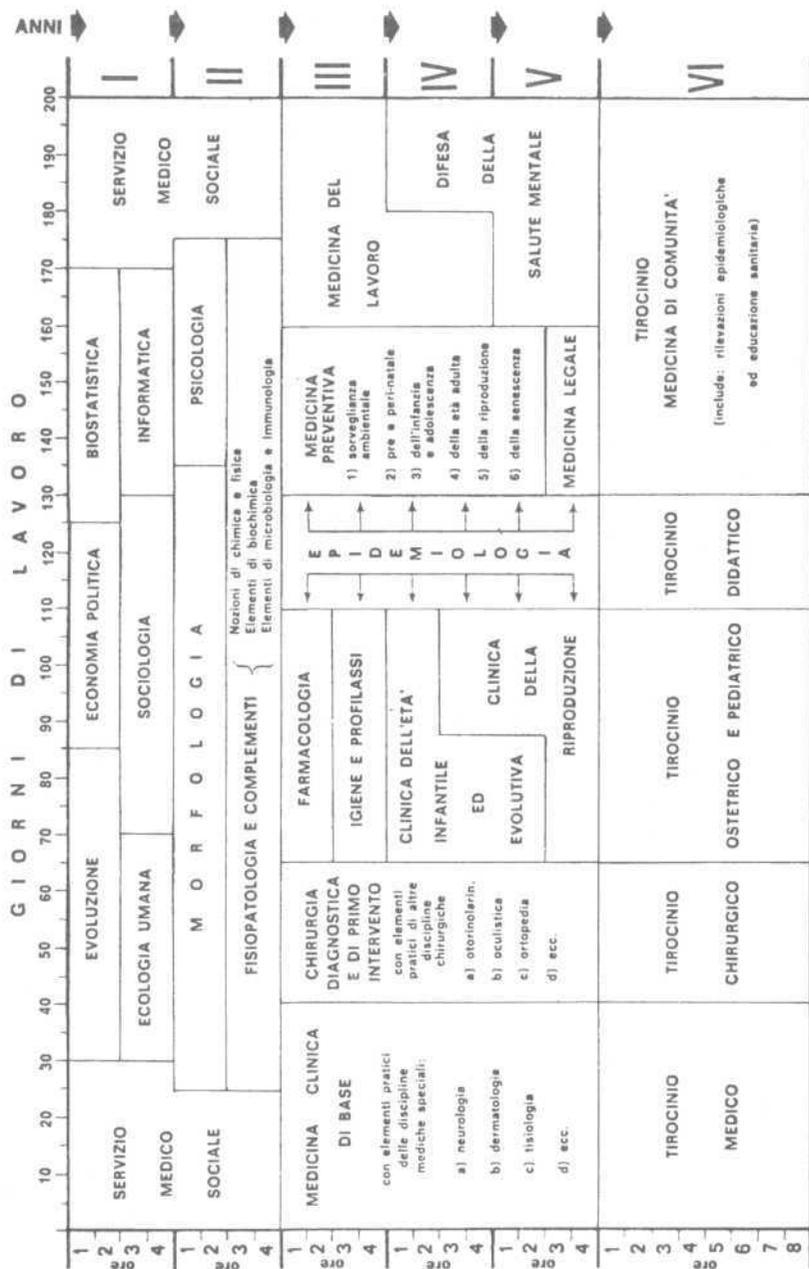
Non ci dilunghiamo nella descrizione dettagliata delle attività perché lo schema approntato da Maccacaro (vd. pag. 134) ne rappresenta una sintesi efficace.

Questa proposta è stata elaborata in connessione con le lotte studentesche che a partire dal 1967-68 hanno travolto le Facoltà di Medicina.

Il direttore dell'IBSUM si schiera da subito col movimento, questa sua presa di posizione è testimoniata dalla serie di articoli dedicati ai problemi dell'Università che il nostro ha pubblicato sulla pagina dedicata a "Scienza, tecnica e medicina" del quotidiano "Il Giorno".

Il 7 maggio 1968, dopo due mesi di occupazione della Facoltà, Maccacaro riconosce agli studenti il merito

«di avere individuato, con puntualità davvero sorprendente, le radici latenti e patenti del disfunzionamento universitario. La loro denuncia, partendo dalle inadempienze degli enti e delle persone, passando per la verifica di tutte le insufficienze istituzionali e strutturali, è arrivata ad



investire l'insegnamento stesso, nei suoi metodi e contenuti. Onde la facile accusa di estremismo.

Ma quando si dice che le facoltà mediche non adempiono al loro primo dovere, che è quello di dare alla società i buoni medici di cui ha bisogno, non si dice niente di eccessivo».

Il nostro accusa l'istituzione universitaria non solo di non aver saputo affrontare per tempo il problema dell'inadeguatezza delle strutture rispetto alle nuove esigenze dettate dall'aumento del numero degli iscritti (dopo due anni di proteste per la mancanza di aule, laboratori, ecc., la Facoltà di Medicina di Milano non aveva saputo fare altro che affittare una sala cinematografica per permettere a tutti di assistere almeno alle lezioni), ma, in sintonia con gli studenti, denuncia che nella Facoltà regna sovrano l'autoritarismo:

«un autoritarismo che permette ai professori di insegnare ciò che gli è più comodo in luogo di ciò di cui gli studenti hanno più bisogno, che gli consente di bocciare più della metà degli esaminati senza fare un esame di coscienza»

autoritarismo che, in definitiva, provoca un divorzio completo tra studenti e insegnanti.

Va ricordato che le lotte degli studenti e le prese di posizione di Giulio Maccacaro si compiono in un contesto ben preciso: nel nostro paese si era cominciato a parlare di riforma universitaria già negli anni '50, quando ancora non si era registrato l'aumento della popolazione scolastica, ma cominciava a farsi sentire la necessità di modificare l'organizzazione della didattica per favorire una più vivace vita culturale e perché l'espansione del sistema produttivo richiedeva forza-lavoro più qualificata e un maggiore impegno nella ricerca scientifica; all'inizio degli anni '60, il tema dell'Università si impone con più forza perché si inizia a sentire la pressione del rapido aumento del numero dei giovani che si avvicinano agli studi universitari; il problema sembra acquistare importanza anche a livello istituzionale quando la commissione di indagine sulla scuola operante in quegli anni individua nella riforma univer-

sitaria un tema di primo piano da affrontare subito dopo l'avvio della riforma che istituiva l'obbligo scolastico sino ai 14 anni, tale legge infatti rendeva più pressante la necessità di una revisione dei tradizionali meccanismi di formazione degli insegnanti e richiedeva all'università di fornire un personale docente culturalmente e professionalmente più qualificato.

Tutto questo interesse portò all'emanazione di direttive che sfociarono nella legge 2314 la quale si rivelò un modesto tentativo di riordino sostanzialmente conservatore che non recepiva minimamente l'espressa necessità di rinnovamento. Tale disegno naufragò e si perse in interminabili dibattiti in Parlamento dove la maggioranza opponeva la più strenua resistenza anche a tentativi di cambiamento timidi e marginali. La legge 2314 venne comunque definitivamente accantonata dopo le lotte studentesche del '67-68⁹.

In una situazione di tale gravità, in cui è palese la mancanza di una reale volontà politica di rinnovamento, in cui la necessità di progettare e programmare uno sviluppo culturale e scientifico è subordinata alla difesa di interessi di categoria, in cui l'università continua a essere afflitta da carenze di strutture, da modalità di insegnamento autoritarie e da contenuti inadeguati, Maccacaro sostiene che l'analisi più appropriata del problema è quella elaborata dagli studenti, così come gli appare appropriata la "terapia" da loro proposta: è necessario andare al cuore del problema, occorre rinnovare la didattica mediante la sperimentazione di nuove modalità d'insegnamento e di apprendimento. Il movimento studentesco propone, dunque, che si costituiscano gruppi di studio e di lavoro; tali gruppi, formati da non più di 30 persone, con l'aiuto e la guida di un professore o di un assistente, dovranno sviluppare collettivamente programmi di studio e di ricerca possibilmente interdisciplinari.

Ecco come Giulio Maccacaro valuta il tentativo di rinnovamento nato dalla base studentesca e come reagiscono i vertici dell'istituzione accademica:

⁹ G. Chiarante e A. Tortorella, *Per la riforma universitaria*, Editori Riuniti, Roma 1976.

«Come ha accolto la facoltà la proposta di questa nuova didattica? Avrebbe potuto farla sua, almeno in via sperimentale, impegnandovi solidamente tutti i suoi membri o respingerla dimostrandone la fallacia e inattuabilità. Ha preferito, purtroppo, un tiepido agnosticismo che lascia ai singoli professori ogni discrezionalità, secondo le auree regole di sempre. E come hanno reagito i singoli? In tutti i possibili modi: dal rifiuto scettico e astioso, dal consenso accomodante a quello convinto, ma gli esempi di quest'ultimo si contano sulle tradizionali dita di una mano un po' infortunata.

Comunque - ed è quel che conta - l'esperimento della nuova didattica è iniziato e procede in qualche Istituto e in poche cliniche. Un primo bilancio è nettamente positivo: gli studenti seguono più numerosi e con maggior assiduità, le discussioni sono nutrite e attente, l'apprendimento più immediato e uniforme. Per i professori e gli assistenti che vi si dedicano questo nuovo insegnamento rappresenta un impegno e una fatica di non lieve entità ma ricco di quelle remunerazioni interiori che tutti riconoscono e che restituiscono senso di moralità alla scuola»¹⁰.

Nonostante questa valutazione positiva Maccacaro conclude il suo articolo con una previsione fortemente pessimistica: questo esperimento didattico sarà destinato a fallire se continuerà a restare tale e non avrà l'opportunità di generalizzarsi.

Ed ecco che nel febbraio dell'anno successivo, a nove mesi dalla pubblicazione dell'articolo sopra citato, mentre la protesta studentesca continua a bruciare lentamente e si discutono nuovi progetti di legge, Maccacaro, sempre sulle pagine de "Il Giorno", commenta in questo modo la situazione:

«A prima vista nulla è cambiato da allora nei nostri Atenei: le aule continuano a essere insufficienti, i laboratori sguarniti, i professori inadeguati. Oggi come allora il potere è dei cattedratici, il dovere degli assistenti, la frustrazione degli studenti. (...) si pensava che bastasse scuotere l'autoritarismo didattico per mettere allo scoperto e rendere più vulnerabile le

¹⁰ G.A. Maccacaro, *La facoltà di medicina è malata: la diagnosi è...La vera terapia indicata dagli studenti*, in "Il Giorno", martedì 7 maggio 1968, pag.7.

radici dello strapotere accademico. Che così non fosse risultò subito chiaro (...) lasciare ai singoli professori l'iniziativa e la responsabilità di ogni innovazione didattica così ridotta ad un'episodica senza connotati né valore di norma, atto - peraltro - ad invischiare proprio gli studenti e gli insegnanti più impegnati in un esercizio scolastico assorbente; rinviare, invece, ogni dibattito sulla gestione del potere e sulla partecipazione delle altre componenti universitarie finché la prevedibile defervescenza del movimento contestativo non rendesse possibile non contrabbandare come prove di buona volontà grotteschi simulacri di democrazia formale. Tutto questo è avvenuto: è avvenuto cioè il fallimento di un'esperienza didattica che - se pure ha dato ottimi frutti nelle poche aule in cui è stata ed è tuttora vissuta, non è valsa a portare nelle altre un generale rinnovamento dell'insegnamento universitario; ed è avvenuto il naufragio di ogni speranza che l'impetuosa sollecitazione giovanile potesse imprimere od imporre, nelle singole facoltà, l'evoluzione democratica di un potere accademico da troppo tempo arroccato nei suoi privilegi»¹¹.

Questa amara constatazione di Maccacaro riguarda l'esperienza condotta nella Facoltà di Medicina e Chirurgia di Milano, ma può essere generalizzata a tutte le analoghe iniziative intraprese nel resto del territorio nazionale; del resto, che la speranza "di imprimere un'evoluzione democratica del potere accademico" fosse effettivamente già naufragata è stato in seguito dimostrato dal fallimento di tutti i successivi tentativi di elaborare una nuova legge di riforma complessiva dell'università; infatti, dopo l'accantonamento della legge 2314, si giunse alla elaborazione della 612, che sebbene fosse frutto di una "ingegneria istituzionale" tanto lontana dalle richieste degli studenti, rappresentava pur sempre un tentativo di avviamento della tanto attesa riforma. Dopo il passaggio in senato, la discussione di tale legge venne dapprima rallentata da forti resistenze conservatrici e poi definitivamente bloccata nel 1972 dallo scioglimento anticipato delle camere.

¹¹ G.A.Maccacaro, *Il potere accademico resta nelle sue fortezze. Un'occhiata dal di dentro per vedere se davvero è naufragata ogni speranza di riforma universitaria. Intanto per cominciare...*, in "Il Giorno", martedì 4 febbraio 1968, pag.6.

In seguito vennero varate misure di emergenza per dare almeno una possibilità di sopravvivenza all'Università; nel 1976 G.Chiarante, parlamentare comunista, nel corso di una ricostruzione storica di "due decenni di mancata riforma" descrive tali "provvedimenti urgenti" con queste parole:

«...presentati per dare all'università una boccata di ossigeno e preparare in tal modo la via alla riforma, costituivano nella realtà, nelle reali intenzioni del governo, l'abbandono di ogni serio proposito riformatore. Le conseguenze dell'applicazione di quei provvedimenti sono oggi sotto gli occhi di tutti. Ispirati a una logica riduttiva e settoriale di assestamento corporativo del corpo docente, del tutto sganciati da qualsiasi previsione di rinnovamento dell'organizzazione didattica e scientifica, essi non solo non hanno posto riparo a nessuno dei mali dell'università italiana, ma per molti aspetti li hanno ulteriormente aggravati»¹².

Questo è il desolante quadro generale, ma torniamo a Maccacaro: *da una parte* egli continua a seguire tutto ciò che avviene all'interno delle Facoltà; i suoi articoli del 1969 costituiscono una vera e propria carrellata sui problemi dell'Università, in essi si parla dei cambiamenti intervenuti nelle associazioni di categoria dei Professori Ordinari, degli Incaricati e degli Assistenti¹³, si difende la proposta di dare una "giusta mercede" ai professori in cambio di un loro impegno a tempo pieno nelle Università¹⁴, si discute del ruolo unico dei docenti con uguale dignità¹⁵, della necessità dell'integrazione tra ricerca e insegnamento¹⁶ e della necessità di riorganizzare l'università a partire dai concetti di autonomia e parteci-

¹² G. Chiarante e A.Tortorella, op. cit., pag.15.

¹³ G.A.Maccacaro, *Morte le vecchie, si può gridare "viva le nuove"? Un'occhiata dentro le università: le associazioni*, in "Il Giorno", martedì 11 febbraio 1969, pag.7.

¹⁴ G.A.Maccacaro, *Giusta mercede e tempo pieno ma sono loro a dire di no*, in "Il Giorno", martedì 11 marzo 1969, pag.7.

¹⁵ G.A.Maccacaro, *Ruolo unico dei docenti con uguale dignità*, in "Il Giorno", martedì 18 marzo 1969, pag.7.

¹⁶ G.A.Maccacaro, *La ricerca condizione per ogni insegnamento. Un punto fondamentale da porre nella riforma universitaria*, in "Il Giorno", martedì 4 marzo 1969, pag.7.

pazione¹⁷.

Dall'altra si impegna in prima persona nella realizzazione di modi nuovi di insegnare la medicina. Il processo di rinnovamento didattico messo in atto da Maccacaro ha avuto come sede naturale il suo Istituto; fino a quel momento la scuola di specializzazione di biometria e statistica medica aveva prodotto solo specialisti per l'industria farmaceutica, «era una scuola chiusa per questa scelta di fondo» - dice Giorgio Duca, allievo di Maccacaro e attualmente docente presso l'Istituto di Biometria¹⁸. Ebbene, Maccacaro, come abbiamo già detto nel cap. 4, comincia ad aprire l'Istituto e non solo nel senso a cui avevamo accennato ovvero facendo *entrare* rappresentanti delle forze sociali, presenze inconsuete nei luoghi di produzione della scienza, ma anche nel senso che faceva *uscire* i suoi studenti all'esterno.

Una testimonianza molto significativa è registrata nella relazione collettiva redatta dagli studenti al termine del seminario che ha affiancato il corso di Biometria e Statistica Medica svoltosi nel 1972 presso l'Istituto di via Venezian¹⁹.

6.1 Il bambino è dell'ospedale? Esempio di un "seminario alternativo"

Il seminario era stato voluto per verificare nel confronto con temi reali la validità delle proposte metodologiche e delle premesse politiche del corso stesso. Gli studenti non si sono limitati ad apprendere le tecniche statistiche da applicare in medicina, ma hanno compiuto un percorso più articolato: hanno messo in relazione il programma del corso col piano di studi e col tipo di pratica della Facoltà e hanno cercato «di vedere la Facoltà, come produttrice di cultura e di professionalità medica, in rapporto alle esigenze della società».

¹⁷ G.A.Maccacaro, *Se non si fa il motore la riforma non partirà*, in "Il Giorno", martedì 18 febbraio 1969, pag.7.

¹⁸ Walter Fossati, *Uno scienziato per la salute*, in "Azimut" n. 33/34 1988, pp. 9-11.

¹⁹ *Il bambino è dell'ospedale?* pubblicato come introduzione a James Robertson, *Bambini in ospedale*, Feltrinelli, Milano 1973, 1976 2a ed., pp. XI-XL. Ristampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare*, op. cit., pp. 219-243.

Il primo ostacolo incontrato è stato proprio quello di definire cosa si debba intendere per "esigenze della società": dalle diverse componenti della società provengono diverse richieste, per valutare tali richieste occorre *prima* analizzare la società, occorre cioè «una ricognizione della topografia del potere che emerge dal riconoscimento delle classi che vi si articolano e si confrontano».

E' interessante sottolineare che i testi utilizzati per questa analisi sono i più significativi libri collettivi prodotti nel periodo in cui fervono le lotte per la salute e per il rinnovamento della medicina: si tratta di AA.VV., *La medicina contestata*, Ed. Riuniti, 1968; Collettivo dell'Istituto Superiore della Sanità, *La Salute e il Potere in Italia*, De Donato, Bari, 1971 e del già citato testo di Massimo Gaglio, *Medicina e Profitto*, Sapere Edizioni, 1971.

Questa analisi preliminare ha condotto il gruppo alla formulazione delle affermazioni a noi già note²⁰ secondo cui in una società capitalistica la medicina è uno strumento della gestione del potere ed è contrapposta ad un'altra medicina, quella che le classi del lavoro costruiranno insieme alla propria liberazione; in questo scontro di prospettive la scuola medica serve a produrre medici al servizio del capitale.

Da tali premesse gli studenti concludono che, essendo quello di Biometria e Statistica medica un corso di approfondimento metodologico per l'inchiesta e per l'esperimento, può essere trasformato in una «occasione didattica per l'apprendimento e l'esercizio di strumenti critici capaci, oltre che di rendere più rigoroso il lavoro scientifico, di portare ad evidenza talune contraddizioni proprie della medicina capitalistica».

Dovendo scegliere una delle contraddizioni della medicina capitalistica da sottoporre ad indagine, gli studenti pensano prima di tutto alle contraddizioni più evidenti e più dibattute in quegli anni: l'istituzione psichiatrica e l'uso sperimentale dell'uomo. Ma nel corso del dibattito emerge che questi sono solo gli esempi estremi di una regola che, stando alle premesse del loro seminario, è operante in *tutto* il sistema sanitario e che quindi può valere la

²⁰ Vd. cap. 5.

pena di andare a verificare l'ipotesi di partenza proprio là dove meno ci si aspetta di vedere all'opera la violenza che è propria di una medicina classista.

In questo modo di procedere non possiamo mancare di vedere all'opera le stesse ipotesi e modalità di lavoro espresse nella dichiarazione d'intenti premessa alla pubblicazione dei volumi della collana "Medicina e Potere" progettata e diretta da Maccacaro proprio a partire dal 1972 in cui si legge:

«E' ipotesi di lavoro di questa collana che la medicina - come la scienza - sia un modo del potere (...)
Anche la verità di questa ipotesi, come di altre, può essere saggiata ai limiti del suo campo di applicabilità: così l'analisi della pratica psichiatrica ai limiti della violenza asilare e quella della sperimentazione umana ai limiti dell'asilo violento confermano, con i loro risultati, la penetranza del metodo nella misura in cui questo raggiunge e scopre le radici di classe di un potere medico esercitato per conto di un privilegio sociale.
Ma i limiti se centrali mancano di generalità esauriente e se marginali si vestono di apparente eccezionalità: in un caso e nell'altro è sempre nelle loro vicinanze che si alza la polvere delle dispute di appartenenza; (...)
Per questo un'ipotesi già formulata ha bisogno di nuove verifiche, ulteriori ricerche, più ampie ricognizioni che attraversino tutte le mappe della cittadella sanitaria. Il potere che le appartiene, così come quello cui appartiene, può celarsi in ogni suo punto ma estinguersi in nessuno: cercarlo e scoprirlo è già sfidarlo»

Dal dibattito tra gli studenti sono emerse infine tre proposte: condurre un'inchiesta sugli studenti di medicina (collocazione sociale, processi selettivi, loro rapporto con lo studio e la pratica della medicina, condizionamenti sulla loro formazione, ecc.), condurre un'inchiesta sulle cause di malattia associate al modo capitalistico di produzione (rilevazione delle nocività in alcuni luoghi di vita e di lavoro), condurre un'inchiesta all'interno del sistema sanitario e più precisamente in un punto dove è meno evidente la discriminazione classista della medicina.

Così, mentre il corso di Biometria e Statistica medica seguiva il suo normale calendario, sono state aggiunte delle ore di lavoro e si sono formati tre gruppi che hanno svolto le tre diverse inchieste.

Il gruppo a cui ha partecipato anche Maccacaro in qualità di docente è quello che si è occupato del terzo dei temi elencati: gli studenti sono andati in cerca di un settore della medicina che da un lato rappresentasse una esperienza sanitaria comune, e dall'altro si presentasse come un'attività medica apertamente benevola e soccorritrice. Il reparto pediatrico dell'ospedale civile, come luogo in cui il bambino malato è destinatario di particolari cure e attenzioni, è sembrato corrispondere a queste caratteristiche.

Ecco quindi l'ipotesi su cui ha lavorato il gruppo:

«l'ospedale (o reparto) pediatrico regola il suo funzionamento e la erogazione dei suoi servizi al fine di ottimizzare la gestione di sé come momento di una più larga "impresa" sanitaria obbediente alla logica di cui si è detto e non al fine di ottimizzare l'effettiva assistenza alle infermità ed alle necessità del bambino; tale divaricazione incide, con tutti i suoi effetti negativi, sui figli delle classi subalterne piuttosto che su quelli delle classi dominanti»²¹.

E' significativo il fatto che il gruppo si ponga immediatamente il problema della mancanza di esperienza personale in reparto

²¹ Relazione collettiva del seminario degli studenti di Biometria e Statistica Medica dell'Università di Milano, in James Robertson, *Bambini in ospedale*, Feltrinelli, Milano 1973, 1976 2a ed., pp. XI-XL.

pediatrico, cioè si renda conto del rischio rappresentato dall'individuazione *dall'esterno* del problema da discutere. Tale rischio è stato superato grazie alla possibilità di consultare alcuni testi e alcuni operatori sanitari impegnati in quel settore specifico.

Il punto di partenza dell'inchiesta è costituito dal riconoscimento del fatto che il bambino piccolo, tra il secondo semestre e il terzo anno di vita, ha necessità di un rapporto regolare con la madre (o con chi ne ricopre il ruolo) e ogni interruzione prolungata di tale rapporto viene vissuta come privazione e grave perdita; se il ricovero ospedaliero determina tale interruzione, il bambino ne risente dolorosamente; l'operato dell'ospedale verrà quindi giudicato per il modo e la misura in accoglie o nega questa necessità del bambino. Infatti la domanda che il gruppo di studio si pone è la seguente:

«Può, dunque, il reparto pediatrico che accoglie un bambino per curarne un broncopolmonite o una gastroenterite o qualsiasi altra patologia dei suoi organi e delle sue funzioni, imporre su di lui tanta violenza quanta corrisponde alla lacerazione di un rapporto che gli è tuttora essenziale, alla negazione di una necessità esistenziale? E se questo avviene, quale razionalità medica e quale scelta politica lo determinano e spiegano? E se, veramente, dietro una "razionalità" così implausibile si cela una precisa scelta politica, come invertirne il segno, come imporre una sostanziale alternativa? Ed infine: come tutto ciò è presente o rimosso nella vera o nella falsa coscienza dei portatori di ruoli diversi all'interno dell'assistenza al bambino: il medico, l'infermiera, la madre?».

Per rispondere a questi interrogativi il seminario esce dall'aula e si sposta nella realtà che intende indagare.

Grazie alle conoscenze di concetti e metodi statistici che man mano gli studenti acquisiscono nel parallelo corso di biometria e statistica, si stabilisce che una ricerca sistematica ed esauriente nell'universo pediatrico è fuori dalla portata del seminario perché richiederebbe un gruppo di lavoro molto più numeroso e una maggiore disponibilità di tempo, ma si stabilisce anche che un'inchiesta di tipo statistico oltre a essere tecnicamente impossibile,

sarebbe anche metodologicamente scorretta perché dal confronto e dalle discussioni di esperienze compiute da altri ricercatori dell'Istituto risulta chiaro che un questionario finalizzato ad un'inchiesta sul campo si dimostra efficace (sia per la raccolta di dati significativi, sia per l'accrescimento della coscienza degli intervistati) solo se non sarà formulato dal ricercatore, ma sarà frutto di un dialogo con persone come quelle che verranno intervistate: in breve il questionario deve nascere dall'interno della realtà che intende interrogare. Il gruppo di studio, quindi, decide di non fare l'inchiesta, ma di condurre le interviste preliminari i cui risultati saranno utilizzati per la formulazione più adeguata di una successiva inchiesta sistematica ed estensiva.

Divisi in sottogruppi, gli studenti raccolgono informazioni sugli assetti organizzativi e normativi, sul personale, le degenze e la qualità di vita dei bambini nei reparti di 12 diversi ospedali di Milano e dintorni. Dalle osservazioni raccolte si conclude prima di tutto che l'unità madre-bambino non è stata trovata in nessuno dei reparti visitati.

Si rileva che per la madre in ospedale non c'è tempo (gli orari di visita sono molto brevi e spesso non compatibili con i normali orari di lavoro), non c'è spazio (non è prevista alcuna sistemazione della madre presso il suo piccolo) e non c'è possibilità di un reale incontro madre-figlio in tempi così compressi e in spazi affollati. Le uniche eccezioni sono fatte per i bambini gravemente malati i quali, avendo bisogno della presenza costante di qualcuno, costerebbero troppo all'ospedale e per i bambini delle famiglie agiate per i quali nelle stanzette a pagamento c'è tempo e spazio a sufficienza perché la madre ricrei col figlio il clima di familiarità abituale.

La ragione che sembra guidare queste scelte viene individuata nella volontà dell'ospedale di mantenere l'ingombro del bambino ricoverato entro certi limiti:

«Fino a un certo livello di malattia e di assistenza richiesta, la presenza della madre è un ingombro aggiunto per l'ospedale che cerca di eliminarla o ridurla a minimi termini, quale che possa esserne il risentimento

del piccolo paziente. Oltre quel livello, le esigenze "pratiche", materiali, non ignorabili del bambino diventano più ingombranti che la presenza di sua madre: questa sarà allora - ma solo allora - ammessa per un servizio da lei dovuto al proprio figlio ma dall'ospedale assunto nella propria economia»;

Nel prosieguo dell'indagine, dopo l'organizzazione strutturale dei reparti, viene indagato il ruolo del medico il quale, pur nella varietà di posizioni assunte, arriva sempre allo stesso risultato:

«nella comune trascuratezza del sistema referenziale sociofamiliare così importante per il bambino, [il medico] realizza una volta di più quell'atomizzazione del rapporto sanitario tanto congrua alla scomposizione sociale operata dai modi capitalistici di produzione».

La mancanza di spazio e di tempo per la madre, l'allontanarsi del medico dal reparto all'avvicinarsi dell'orario di visita, il giustificare questi comportamenti mediante l'affermazione della negatività della presenza delle madri in ospedale o della positività della solitudine del bambino in ospedale, vengono tutti interpretati dagli studenti come tentativi del medico (e quindi dell'ospedale) di "difendersi dalla madre".

Il paziente del pediatra è l'unità madre-bambino. All'interno di tale unità la madre rappresenta agli occhi del medico il polo della soggettività, mentre il bambino il polo dell'oggettività ovvero «il bambino è l'organo malato della madre mentre la madre è la coscienza vigile del bambino»; nella separazione della madre dal figlio il gruppo di lavoro vede un caso particolare di quel processo di oggettivazione che il medico compie in genere sul paziente adulto.

Nelle società capitalistiche il rapporto capitale-lavoro è tale che il primo termine assume su di sé tutta la soggettività riducendo ad oggetto il secondo, tale processo viene riprodotto tale e quale nel rapporto medico-paziente, e, nel caso del bambino malato, assume una evidenza particolare perché se all'adulto il medico toglie mano mano la sua soggettività (escludendo la sua storia personale, il suo

legame con l'ambiente sociale da cui proviene ecc.) fino a vederlo solo come un corpo, il bambino si presenterebbe già in partenza come mero corpo se non fosse per la madre che pretende di parlare per lui.

«Ecco perché il pediatra - in quanto ruolo - cerca di allontanarla: per realizzare attraverso questa espulsione il proprio comando su quella medicina degli oggetti che è la medicina nel comando del capitale».

Anche le eccezioni rappresentate dai medici che riconoscono la necessità della presenza delle madri in ospedale hanno poi dimostrato di non sottrarsi a questa esigenza del capitale. Infatti, tali medici hanno sì mostrato più sensibilità verso i problemi affettivi del bambino, ma non hanno mai riconosciuto la necessità di una nuova comprensione del ruolo e del diritto di intervento del genitore nella vita dell'ospedale pediatrico:

«Questo genitore non sarebbe, in ogni caso ammesso come soggetto di una critica o di una proposta che, partendo dal letto del bambino, arrivino a coinvolgere la "fabbrica sanitaria" e i suoi modi di produzione - perché tutte le scelte a ciò inerenti devono restare nelle mani di chi detiene il potere - ma gli verrebbe concessa quella parvenza di cogestione che può farne un ausiliario gestibile per la gestione del bambino».

Che sia così - sostengono gli studenti e Maccacaro - sembra dimostrato dal fatto che anche i medici teoricamente disposti a riconoscere la necessità di riforme e in particolare la necessità di una maggiore istruzione sanitaria dei genitori, non si impegnano affatto in iniziative di incontro e dibattito con i genitori, i quali, al contrario, incontrano una crescente difficoltà a comprendere un linguaggio medico sempre più oscuro e tecnicistico.

Lo studio procede con interviste al personale infermieristico e alle madri dei bambini ricoverati; dall'analisi del loro ruolo deriva, tra l'altro, che un reale cambiamento dell'ospedale non potrà venire soltanto dal riscatto degli infermieri o dall'ingresso delle

madri in funzione assistenziale, ma dal riconoscimento della loro comune subalternità al potere medico che è potere della classe del capitale per cui non può esserci liberazione del lavoro in ospedale senza l'impegno per «l'affermazione del diritto del malato a porsi come soggetto nella pienezza politica del termine».

Anche dall'interpretazione dei risultati delle interviste a madri e infermieri l'ipotesi iniziale non pare contraddetta, anzi è risultata arricchita di nuove implicazioni e ha generato la necessità di approfondimenti. Il gruppo di lavoro conclude che l'inchiesta vera e propria potrà basarsi su quanto fin qui appurato, potrà cioè partire dalla constatazione che, pur essendo l'ospedale pediatrico così distante dagli orrori di quello psichiatrico, entrambi obbediscono ad una logica comune: quella della riduzione del paziente ad oggetto. Non solo: da questa ricognizione preliminare deriva anche il suggerimento che vi sia la possibilità che l'intero ospedale civile venga plasmato sul modello del reparto pediatrico, ovvero che venga perseguita in ogni reparto la regressione infantile del malato.

Così la relazione del seminario si chiude con l'immagine un po' inquietante di un primario che con tono bonario dice che «i malati sono come bambini» lasciando agli studenti la sensazione che a parlare fosse «la voce del padrone»²².

6.2 I soggetti del cambiamento

Dall'esperienza didattica che abbiamo qui ripercorso, al di là della ricchezza dei contenuti e delle indicazioni metodologiche su come si progetta e si conduce un'inchiesta, ci arriva la conferma che la didattica, se vuole essere efficace, non può essere separata dalla realtà medica e la realtà medica non può essere separata dalla realtà sociale.

²² Un altro esempio di didattica medica alternativa è citato da Maccacaro nell'inchiesta intitolata «L'habitat corrotto» apparsa su «SE», supplemento al n.101 della rivista «Abitare» dic. 1971, pp.8-12; in questa occasione un gruppo di studenti della Facoltà di Medicina dell'Università di Torino ha condotto una serie di colloqui per accertare come vengono percepiti i problemi della salute e dell'assistenza sanitaria dall'individuo in ambiente domestico; dalle risposte emerge soprattutto l'interiorizzazione dell'identità tra salute e capacità lavorativa.

Del resto la realtà sociale che l'istituzione accademica cerca in tutti i modi di tenere lontana, arriva comunque alle porte delle Facoltà. Secondo Maccacaro l'impulso più potente, sia in termini quantitativi che qualitativi, verso il rinnovamento della medicina e del suo insegnamento è venuto proprio dall'esterno o perlomeno è nato dall'incontro con esigenze già in atto al di fuori dell'università.

Secondo il direttore dell'IBSUM non è l'intellettuale che ha fatto una scelta di campo a dover progettare il cambiamento che dovrà avvenire all'interno dell'università perché gli obiettivi di trasformazione del piano di studio delle Facoltà di Medicina e Chirurgia sono obiettivi non solo degli studenti o dei docenti, ma delle masse popolari e dei lavoratori i quali «nelle varie forme delle loro avanguardie e nell'esperienza delle loro lotte possono rivendicare il diritto di imporre questo rinnovamento e di guidarne il processo»²³.

Anche quando si tratta del rinnovamento dell'Università, la preoccupazione costante di Maccacaro è quella di non sostituirsi alla classe operaia, di non fornirle un percorso predeterminato, ma di assecondarne il processo di appropriazione delle conoscenze necessarie a costruire gli strumenti di autocontrollo e autogestione della salute perché è convinto che solo dal mondo del lavoro può venire un pensiero che, diversamente da quello dominante, non contrapponga natura a società, salute a lavoro, ma sia in grado di pensarli insieme. *Solo da questo pensiero integrato, contrapposto al pensiero separato della classe dominante, può arrivare un nuovo modo di intendere la medicina e quindi un nuovo modo di insegnarla;* in quest'ottica Maccacaro considera particolarmente importante la conquista delle 150 ore di studio da parte dei lavoratori:

«Di questa capacità [di pensare insieme salute e lavoro, natura e società], la conquista delle 150 ore di studio è un'altra prova e un'altra possibilità di espansione: è l'inizio di un processo che può andare molto lontano e che mi auguro passi anche attraverso la conquista delle 150 ore di lavoro in fabbrica per i Professori, gli studenti e i medici. (...)

Ma fin da ora le 150 ore rappresentano, per quanto riguarda i problemi

²³ G.A.Maccacaro, *Classe e salute*, op. cit., vol.I, pp.17-33.

della salute, la possibilità di un ingresso dei lavoratori nelle facoltà e negli ospedali con *una domanda di studio che diventa immediatamente proposta di insegnamento*, comunque ipotesi di ricerca comune - tra i lavoratori, studenti e operatori sanitari - per proseguire e sviluppare quel processo di appropriazione operaia della medicina come pratica e come conoscenza che è già iniziato e che, esso solo, può portarci a ritrovare una nuova salute dell'uomo e a fondare una nuova scienza della salute.»²⁴

Quanto qui espresso da Maccacaro non è solo un auspicio, ma la fotografia di un fenomeno in qualche modo già avviato: con le battaglie per la salute si è realizzato un rapporto tra lavoratori e "tecnici della salute" che ha portato questi ultimi nelle fabbriche e gli operai nelle Facoltà.

Per quanto riguarda il primo di questi due passaggi (quello quantitativamente più rilevante) la documentazione disponibile è molto ampia: il "modello sindacale", che ha trasformato la Medicina del Lavoro in Medicina dei Lavoratori²⁵, è stato applicato in migliaia di imprese italiane tra il 1969 e il 1977 e ha coinvolto milioni di lavoratori i quali, una volta divenuti titolari del diritto alla tutela della loro salute nei luoghi di lavoro (grazie all'art. 9 dello Statuto dei Lavoratori), hanno trovato utile e opportuno servirsi delle prestazioni e della collaborazione di tecnici di loro fiducia; questi ultimi o erano tecnici (medici, studenti, docenti universitari, ingegneri, avvocati, ecc...) che avevano già fatto una scelta di campo e si erano resi disponibili ad operare a fianco dei lavoratori, oppure, dove l'impegno del movimento operaio era sufficientemente forte, erano forniti dagli Enti Locali, coerentemente con le tesi della riforma sanitaria allora in discussione che vedeva nell'Unità Sanitaria Locale il centro della gestione unitaria e globale dei servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Per quanto riguarda invece la presenza di rappresentanti dei lavoratori nelle università, il fenomeno è stato sicuramente più

²⁴ Vd. nota 23. Il corsivo è mio.

²⁵ "La Medicina del Lavoro" è il titolo di una pubblicazione della Clinica del Lavoro dell'Università di Milano, mentre "La Medicina dei Lavoratori" è il titolo di una pubblicazione della Federazione dei Lavoratori Metalmeccanici di Milano.

ristretto, ma non meno significativo; esso non ha riguardato solo le Facoltà di Medicina e l'insegnamento della medicina del lavoro, ma anche, per esempio, le Facoltà di Ingegneria e di Chimica. Un esempio molto illuminante di ciò che stiamo dicendo è contenuto nella pubblicazione curata dalla FLM milanese di una monografia dedicata ai *Fattori di rischio nell'industria siderurgica. Analisi dei rischi in relazione ai processi produttivi e alle aree di lavoro*: tale lavoro è stato eseguito nell'ambito di convenzioni tra il Politecnico di Milano, la Clinica del Lavoro dell'Università di Milano e l'Amministrazione Comunale di S.S. Giovanni ed è frutto della collaborazione di un gruppo di lavoro formato da delegati di Consigli di Fabbrica di aziende siderurgiche (Falk, Breda Siderurgica, Dalmine e Italsider), dai medici degli SMAL (Servizi di Medicina Preventiva del Lavoro) e dal "gruppo di Metallurgia" della Facoltà di Ingegneria del Politecnico di Milano che collaborava da tempo con i lavoratori e gli operatori dei servizi preventivi territoriali.

Un altro esempio, ben documentato, della presenza dei lavoratori nelle università è rappresentato dall'esperienza del *Controcorsò e 150 ore al Politecnico di Milano. Processi produttivi ed organizzazione del lavoro nei cicli di Acciaio - Piombo - Alluminio e loro conseguenze sull'ambiente di lavoro* svolto presso il Politecnico di Milano nell'ambito del Seminario Chimici dell'anno accademico 1973-74²⁶. Nella lunga introduzione a questo "controcorsò" viene messa in risalto con chiarezza l'azione esercitata dalla presenza operaia: *le 150 ore rendono immediatamente interdisciplinare un insegnamento che fino a quel momento è stato invariabilmente monoindirizzato*. La chimica industriale non è più vista solo nell'ottica della produzione, ma anche in quella dell'organizzazione capitalistica del lavoro, della creazione di nocività, dello sfruttamento della salute

²⁶ Si tratta della prima esperienza di utilizzazione delle 150 ore all'interno dell'università svolta a Milano e una delle prime a livello nazionale, tutti i materiali del seminario sono stati raccolti e pubblicati in 4 volumi dalla CLUP. Il testo a cui si fa riferimento è l'ultimo dei quattro volumi: *Controcorsò e 150 ore al Politecnico di Milano*, CLUP, Milano 1975. Primi bilanci dei risultati raggiunti nelle esperienze dei corsi "150 ore" effettuati nelle Università si trovano nei seguenti articoli: *L'università e le 150 ore*, "L'inchiesta" anno IV, n. 14, aprile-giugno 1974; *150 ore: Università, scienza e lavoro*, "Sapere" n. 795, ottobre 1976, pp. 2-26.

dei lavoratori: durante il seminario si sono avute lezioni di medici della Clinica del Lavoro e di alcuni centri di medicina preventiva; è stato possibile non solo acquisire indispensabili nozioni di carattere medico, ma anche e soprattutto la capacità di valutare la nocività dell'ambiente di lavoro. Si sono avute relazioni sulle esperienze di controllo della salute realizzate dai lavoratori alla Breda Fucine di Milano e al Petrolchimico di Porto Marghera; oltre allo studio "tradizionale" dei processi produttivi sono state espone relazioni sullo sviluppo industriale, sulla situazione in fabbrica e nel territorio, sulle lotte operaie, sulla politica della Montedison al Petrolchimico, sulla ristrutturazione del settore chimico in Italia e nel contesto internazionale.

Inoltre le 150 ore hanno permesso di mettere in relazione lo studio teorico con la pratica sul campo (ricostruzione dei cicli produttivi con i lavoratori e visite agli impianti), di rimettere in discussione il tradizionale rapporto fra studente - docente - istituzione scuola - realtà sociale esterna alla scuola, di realizzare un concreto collegamento tra patrimonio del movimento operaio e contenuti del movimento studentesco e soprattutto di fare un passo avanti nella diffusione della cultura della prevenzione.

Questi tentativi di incontro tra università e esperienze operaie in difesa della salute sono apertamente sostenuti da Maccacaro il quale non lesina l'impegno personale e del proprio Istituto. Per definire le dimensioni di questo impegno riportiamo la testimonianza di Licia Pinelli, assunta da Maccacaro come segretaria dopo la tragica morte del marito Giuseppe Pinelli avvenuta nei locali della questura di Milano qualche giorno dopo la strage di Piazza Fontana (12 dicembre 1969): «Nei tre anni che sono rimasta a Biometria avrò battuto a macchina 300 relazioni sulla salute in fabbrica e non so quante sulla questione delle cavie umane»²⁷; questo significa che, oltre il resto, l'Istituto produceva, in media, una relazione collegata alle indagini operaie sulla nocività degli

²⁷ Piero Scaramucci, *Licia Pinelli - Una storia quasi soltanto mia*, A.Mondadori Editore, Milano 1982, pp.69-70.

ambienti di lavoro ogni tre giorni.

Questo stretto collegamento con le lotte per la salute in atto nel territorio contribuiva non solo a ridefinire i concetti di salute e malattia e a ripensare il ruolo della medicina nelle società industriali, ma contribuiva effettivamente a modificare nei fatti anche l'insegnamento universitario; pensiamo alla distanza che corre tra la tradizionale lezione *ex cathedra* descritta da Bert all'inizio di questo capitolo e l'esperienza di insegnamento sul campo a cui fa riferimento Walter Fossati, sindacalista legnanese, in questa testimonianza:

«Negli anni '71-'72 si conduceva in una grande fabbrica della provincia di Milano, la Franco Tosi, un'indagine conoscitiva sulla salute dei lavoratori della fonderia ghisa. Lavoratori, consiglio di fabbrica ed un ristretto gruppo di medici l'avevano avviata in un antagonismo con la direzione aziendale che non voleva accettare le prerogative unilaterali dei lavoratori di essere soggetto di controllo e di iniziativa, così come sono sancite dallo Statuto dei Lavoratori (Art. 9 - Legge 300/70).

Ebbene Maccacaro venne coinvolto. Per circa un anno, con frequenza costante, garantì la presenza presso la sede della Cisl di Legnano di un suo assistente. L'indagine fu seguita, passo passo, anche da tre studenti che dovevano dare l'esame di biometria. Maccacaro tenne più di una "lezione" nel salone del Cral della Franco Tosi parlando, in un modo che a tutti risultò comprensibile ed approfondito, di malattie dell'apparato respiratorio, di bronchite, di silicosi...

Verso la fine dell'esperienza, i tre studenti sostennero l'esame di biometria in Via Alberto Da Giussano a Legnano, appunto, presso la sede della Cisl. Maccacaro presiedette un'anomala commissione d'esame, della quale erano membri il suo assistente, i medici legnanesi che avevano seguito l'indagine, la commissione "ambiente" del consiglio di fabbrica della F. Tosi.

L'impressione che ne ricavammo, aldilà dell'irritualità, fu di grande serietà, proprio nel momento in cui l'università veniva accusata di facilità nel distribuire lauree e promozioni»²⁸.

²⁸ Walter Fossati, op. cit. pag.11.

Vogliamo anche accennare al fatto che la presenza dei lavoratori con la loro «domanda di studio che diventa immediatamente proposta di insegnamento» non si fa sentire solo negli atenei, ma anche in altri luoghi sacri della formazione e trasmissione del sapere medico: i congressi scientifici.

I lavoratori hanno imparato a non delegare agli “esperti” i propri problemi di salute, hanno imparato a parlare in prima persona, hanno prodotto cultura e conoscenza su molti temi riguardanti le strategie da seguire per difendere la salute dagli attacchi quotidiani subiti nei luoghi di produzione, per questo in qualche occasione è capitato che venissero invitati a congressi “ufficiali” su questi temi ed in particolare sui problemi dell’esposizione ai cancerogeni; molto più spesso è capitato che si siano presentati senza essere invitati prendendo la parola dal pubblico per contestare un modo di produrre scienza sulla testa dei lavoratori e un modo di trasmettere il sapere medico che esclude i diretti interessati; riprenderemo questo tema nel capitolo dedicato a «cancro, lavoro e scienza».

6.3 Milano come Shanghai

Concludiamo l’esposizione delle opinioni di Maccacaro sul rinnovamento della Facoltà di Medicina con un suo commento sulla struttura sanitaria e sull’organizzazione degli studi medici che si andava attuando in quegli stessi anni in Cina; il confronto è interessante perché il “capovolgimento” delle Facoltà auspicato da Maccacaro sembra prendere corpo in alcune delle sperimentazioni messe in atto in quel paese dopo la rivoluzione culturale.

Maccacaro, come molti altri intellettuali occidentali, guardava con grande interesse e ammirazione ciò che succedeva «in quel grande paese che aveva saputo liberarsi dall’oppressione imperialista»; Dario Paccino, che andò in Cina con Maccacaro nella primavera del 1973, ricorda:

«quello che volevamo vedere con i nostri occhi era se l’ammalato fuori del palazzo fosse, come è normale nel nostro mondo, tanto nell’area dello sviluppo quanto in quella del sottosviluppo, un oggetto, o se

invece, come avevamo letto in diversi libri, era in grado, con l’aiuto del medico compagno, di autogestire, per così dire, la propria malattia, fino a liquidarla, se possibile, comunque non restandone mai socialmente schiacciato.»²⁹

Nell’analisi elaborata dopo quel viaggio, Maccacaro rileva quattro notevoli differenze che distinguono il sistema sanitario cinese dal nostro: in Cina vige *il primato della politicizzazione sulla tecnicizzazione* infatti il futuro medico viene scelto non solo per i meriti scolastici, ma per la maturità politica e la dedizione al benessere degli altri; i malati non vengono scaricati nell’istituzione sanitaria, ma vengono presi in carico dalle comunità e la prevenzione è messa al primo posto di un impegno collettivo politicamente qualificato e non semplicemente di una gerarchia di interventi tecnici da delegare agli esperti. In questo paese è stato stabilito anche *il primato della partecipazione sulla corporazione*: mentre da noi la medicina si costituisce come corpo separato, con un linguaggio specialistico difficilmente comprensibile ai non addetti ai lavori, con una rigida gerarchizzazione e con la pretesa della delega e del potere, in Cina la partecipazione è un’alternativa a tutto ciò:

«La medicina è veramente un fatto di tutti (...) l’educazione sanitaria è parte integrante di quella politica, in cui tutti sono impegnati; i ruoli sono talmente dimessi da non essere più riconoscibili oltre le funzioni. Non si tratta soltanto dei “medici scalzi” ma di tutta una “medicina scalza” che, in ambulatorio, in ospedale o altrove, pur essendo capace di prodigi tecnici ormai noti nel mondo, rimane cosa del malato e per lui riesce a sdrammatizzarsi»³⁰.

Maccacaro sottolinea inoltre *il primato dell’integrazione sulla separazione* che fa sì che il medico si impegni non a specializzarsi, ma a sviluppare la sua capacità di rispondere alla multiforme

²⁹ Dario Paccino, introduzione a G.A.Maccacaro, *Un rovesciamento di portata fondamentale*, in “Sapere” n.798, marzo 1977, pag. 59.

³⁰ Questa e tutte le seguenti citazioni sono tratte da G.A.Maccacaro, *Un rovesciamento di portata fondamentale*, in “Tempo Medico”, ottobre 1974, 125.

domanda sanitaria proveniente dalla comunità in cui si deve inserire.

Infine, il direttore dell'IBSUM è colpito dal *primato della diffusione sulla concentrazione* sia delle conoscenze, sia degli atti medici. Mentre nell'organizzazione sanitaria dell'occidente industrializzato l'ospedale diventa sempre più il centro di gravitazione di tutta l'attività sanitaria, in Cina i veri protagonisti sono i "medici scalzi" e la rete di stazioni sanitarie e di ambulatori che copre l'intero paese; questo decentramento delle competenze - che ha portato notevoli risultati quali l'eradicazione di malattie epidemiche che una volta flagellavano la popolazione - è stato possibile anche grazie al ripensamento delle modalità di trasmissione delle conoscenze:

«C'è una specie di docenza ambulante continua che esce dalle facoltà e dagli ospedali e raggiunge gli ambulatori e le stazioni sanitarie, portandovi con frequente periodicità conoscenze, esperienze, consigli, assistenza. Simmetricamente i "medici scalzi" tornano per un mese all'anno nei luoghi dove erano stati educati e addestrati. Così si stabilisce una vascolarizzazione di tutto il sistema sanitario che assicura una continua diffusione del patrimonio teorico-pratico della medicina».

All'interno di questo sistema le scuole di medicina ricoprono un ruolo di grande importanza; Maccacaro ha avuto l'opportunità di visitare una delle Facoltà mediche di Shanghai in cui, dopo la rivoluzione culturale, era iniziata la sperimentazione di un nuovo piano di studi che riduceva drasticamente il corso di laurea da sei a tre anni.

Alla domanda di Maccacaro sul perché di questa riduzione il "preside" della Facoltà ha risposto con una descrizione della situazione precedente in termini che - dice Maccacaro:

«mi hanno ricordato quella della facoltà di Milano in cui insegno. Gli studenti, ci è stato detto, avevano una estrazione sociale in qualche modo privilegiata rispetto agli altri; durante i sei anni ricevevano un insegnamento accademico e imparavano poco o nulla di concreto; alla fine per fare i medici dovevano trattenersi per altri tre o quattro anni a far pratica

ospedaliera; così occorrevano dieci anni, circa, per fare un medico. Alla fine dei quali, concluse sorridendo il preside, "gli studenti erano diventati superbi". Cioè avevano perso il contatto con la vita del popolo, pensavano a un uso egoistico della professione, cercavano di praticarla in città ma non in campagna, eccetera. Dieci anni buttati via per creare dei "superbi" dimentichi del loro primo dovere che è "servire il popolo". Da qui la necessità di riformare il piano di studi (...).

La sperimentazione condotta in questa Facoltà di Shanghai (diversa da quella in atto nello stesso periodo in altre università cinesi) è stata attuata con la riduzione dei corsi partendo dalla convinzione che i piani di studio precedenti erano stati dettati più dall'esigenza di soddisfare ambizioni accademiche che dai bisogni reali della popolazione. Le stesse malattie venivano studiate più volte (fino a 12) con riferimento a discipline diverse; partendo invece dalle malattie e dalla conoscenza dei malati anziché dalle discipline, lo studio può essere grandemente semplificato; un altro metodo per accorciare i tempi di preparazione consiste nel fatto che l'insegnamento non è più condotto in modo unidirezionale dall'insegnante allo studente, ma passa anche dallo studente all'insegnante e dallo studente allo studente.

Inoltre, l'integrazione tra teoria e pratica permette di apprendere più velocemente, in modo più sicuro e immediatamente fruibile, infatti

«fin dal primo anno gli studenti incominciano la loro attività trascorrendo due o tre mesi "fuori": negli ospedali, negli ambulatori, in campagna e in fabbrica eccetera, e ci vanno e ci stanno non da soli, ma con i loro professori. Così imparano da una parte cosa vuol dire servire il popolo e dall'altra cos'è la realtà e qual è la dimensione epidemiologica delle malattie. Poi tornano all'università, dove studiano intensamente per alcuni mesi le discipline che consentono di capire e di intervenire nella realtà che hanno cominciato a conoscere».

Grazie a questa preparazione derivante da attività di apprendimento mista all'attività pratica svolta fuori e dentro l'università, si

forma un medico laureato capace di inserirsi e di essere immediatamente operativo nelle diverse strutture urbane o rurali del sistema sanitario cinese.

Come avevamo anticipato, il nuovo dottore prodotto dal piano di studi sperimentale sopra descritto sembra corrispondere in modo sorprendente al medico che secondo Maccacaro dovrebbe uscire dalle nostre università dopo il necessario "capovolgimento" del piano di studi.

Non dobbiamo però dimenticare che il vero perno del sistema sanitario cinese rimane il "medico scalzo":

«Il medico di base è lui - dice Maccacaro - e lui non è un "dottore"».

Il nuovo dottore e il "medico scalzo", presi insieme, sono il frutto di una rivoluzione nell'insegnamento e nella pratica della medicina.

«Come ogni vera rivoluzione anche questa nasce dalla necessità per affermare una nuova libertà. Che è quella di una medicina finalmente del popolo e di un medico finalmente compagno. Tale è il senso politico che ho creduto di cogliere in ciò che ho visto e sentito. Senza il quale mi pare che non ne avrei capito nemmeno il senso medico».

Con ciò si conferma una convinzione spesso ripetuta da Maccacaro: un vero mutamento della medicina, e quindi un vero mutamento del modo di insegnarla, non può venire solo dall'interno del settore medico-sanitario, ma deve essere frutto di cambiamenti sociali più generali, che riguardano l'assetto di una società nel suo complesso.

7.

UNA SOCIETÀ DI SPERIMENTATI

Se la società cinese era vista da Maccacaro come «una società di sperimentatori, dove tutto è in farsi e a questo fare tutti contribuiscono», la nostra, per contro, è descritta come «una società di sperimentati, dove, non solo in medicina, ciascuno è isolato, ogettivato, fatto cosa, confrontato a una norma».

Secondo Maccacaro nelle società capitalistiche la condizione sperimentale è diffusa e permanente.

Grandi laboratori sperimentali sono *le fabbriche*, dove gli operai dei reparti produttivi sono cavie esposte a sostanze notoriamente nocive per le quali si stabiliscono arbitrariamente delle soglie di accettabilità (in verità assai mobili) oppure a sostanze di cui non si conoscono gli effetti sull'uomo, la cui pericolosità verrà accertata solo dopo gli studi epidemiologici effettuati contando il numero dei decessi e delle malattie che si saranno verificati tra le lavoratrici e i lavoratori.

Grandi laboratori sono *le città inquinate*, dove le condizioni dell'aria, dell'acqua e degli spazi vitali, sottostanno a criteri ben diversi da quello del rispetto della salute; ricordiamo che le peggiori condizioni di inquinamento atmosferico nelle città italiane si è avuto proprio a metà degli anni '70, anni in cui Maccacaro si chiedeva:

«Io abito in città" o "Io abito la città"? Intanto - i polmoni insudiciati dal suo fumo, le orecchie ottuse dal suo rumore, gli occhi affaticati dalle sue luci, i nervi franti dalla sua tensione e il sangue, ora, avvelenato dai suoi cibi - è lei, la città inumana che abita il nostro corpo e lo consuma».

Inoltre, se già in condizioni di "normalità" le città e le fabbriche

sono paragonabili a laboratori, che dire dell' "esperimento" di Seveso con le sue emissioni di diossina (e di tutti i casi simili che continuano a verificarsi¹)?

Condizione sperimentale, seppur blandamente controllata, è anche quella dei consumatori di cibi che l'industria chimica «non ha esitato a inquinare con un numero enorme di additivi chimici che servono ai suoi scopi quanto nuocciono alla nostra salute poiché sono - dimostratamente - possibili cancerogeni, mutageni, neurotossici, arteriosclerogeni e così via»².

Ma se la condizione sperimentale scaturisce spontaneamente dall'organizzazione classista della società ed è onnipresente, ciò non diminuisce l'orrore della condizione sperimentale in senso stretto di chi viene sottoposto a esperimenti in nome della "Scienza". Ci riferiamo all'uso e abuso che la medicina scientifica fa dei soggetti umani per i suoi esperimenti.

Giulio Maccacaro è sempre stato molto sensibile a questo tema che, peraltro, essendo egli direttore dell'Istituto di Biometria ed essendo la biometria un metodo per programmare ed analizzare gli esperimenti scientifici, riguardava in modo diretto il suo ambito professionale.

Giulio Maccacaro non tollerava la violenza insita nella pratica della sperimentazione sull'uomo ed in particolare quella che si manifesta nella mancata richiesta del consenso delle persone coinvolte negli esperimenti, nell'esposizione del paziente a rischi non giustificati dalle esigenze di diagnosi e di terapia, nell'occultamento delle responsabilità, nella deliberata induzione di malattie, nell'assenza di protezione e di risarcimento, nonché nell'abuso di minori e minorati.

"Non tollerava" significa che in molte occasioni, pubbliche e private, ha preso chiaramente posizione contro tutto ciò; lo ha fatto principalmente in due modi: pubblicando nella collana "Medi-

cina e Potere" - da lui fondata e diretta - la traduzione di *Cavie umane*, un testo dell'inglese M.Pappworth, dedicato appunto al tema della sperimentazione medica sull'uomo, contenente una ricca ed accurata documentazione su numerosi aspetti della violenza insita in questa pratica; e denunciando pubblicamente sulle pagine della stampa nazionale, con nomi e cognomi dei responsabili, alcuni degli abusi compiuti nel nostro paese affinché si sollevasse nell'opinione pubblica, nelle facoltà di medicina, nelle istituzioni sanitarie, il problema dell'uso dell'uomo sano e malato come oggetto di esperimento.

Leggiamo su "Il Giorno" di giovedì 25 marzo 1971, pag. 11:

«C'è qualche motivo per credere che in Italia la sperimentazione clinica sia condotta con maggior rispetto per l'uomo che altrove? Vorrei rispondere con i risultati di un'indagine ampia e sistematica che è ancora da compiere: lo farà, forse, qualche studente coraggioso preparando la sua tesi di laurea su questo argomento. Ora posso soltanto rivolgermi alla memoria di quanto so e sono in grado di documentare, lo spazio disponibile mi costringe alla citazione di pochi esempi tra i molti possibili in un ambito a sua volta limitato: quello degli esperimenti condotti su bambini. Ne ricordo uno compiuto presso l'Istituto di igiene e la Clinica pediatrica dell'Università di Pisa. Gli autori, G. Santopadre e L. Poli, erano curiosi di sapere se alcuni tipi di un microbo, l'«Escherichia coli», possono produrre enteriti nei bambini «i nostri studi - essi scrivono sulla Rivista dell'Istituto Sieroterapico Italiano, '54, p. 493 - sono stati condotti su soggetti affetti da gravi alterazioni cerebropatiche e, successivamente, anche su bambini sani e convalescenti». A questi bambini - dell'ospizio della clinica - Santopadre e Poli hanno fatto ingoiare colture di germi «noti come capaci di accompagnarsi ad episodi acuti di gastroenterite» per poi vedere cosa succedeva agli sventurati.

Ricordo anche i quattordici bambini «ricoverati per affezioni acute banali» cui i medici S. Nordio, E. Bartolotti, L. Vignolo, G. Vignola e A. Berio della clinica pediatrica dell'Università di Genova strappavano - per loro esclusivi interessi di studio ma non per giovare ai piccoli pazienti - un pezzetto di mucosa intestinale mediante uno speciale tubo infilato in bocca. I nominati medici lamentano che «la difficoltà» maggiore consiste

¹ Vd. L.Mara, M.Palagi e G.Tognoni (a cura di), Tribunale Permanente dei Popoli, *Da Bhopal alla Farmoplant. Crimini e chimica di morte*, Ecoapiano editore, Carrara 1995.

² G.A.Maccacaro, *Il veleno occheggia sui banchi*, in "Se", 3 (suppl. al n. 102 di "Abitare", gennaio-febbraio 1972), pp.26-27.

nel superare il piloro» (Minerva Pediatrica, 1966, p. 707). Per analogia, mi tornano alla mente i bambini sui quali G.C. Mussa, M. Martini Mauri e D. Bacalli della Clinica pediatrica di Torino hanno studiato l'impiego della scintigrafia per la diagnosi delle affezioni cerebrali (Minerva Pediatrica, 1969, p. 1264). Questa tecnica implica la iniezione endovenosa o direttamente endocranica di sostanze radioattive che, una volta localizzate nel sistema nervoso, permettano «la registrazione grafica dall'esterno della radioattività emessa» dal cervello. I medici torinesi che usano «una siringa blindata per proteggere le mani dalle radiazioni» eseguono le loro prove in dieci bambini idrocefalici ma anche «in bambini sani di entrambi i sessi di età compresi tra i 10 giorni e i 2 anni» per i quali l'iniezione di sostanze radioattive nel cervello è certamente inutile e potenzialmente dannosa.

Absolutamente dannosa è la allergia al dicromato di potassio ed altre sostanze che la C.L. Meneghini e collaboratori - prima nella Clinica dermatologica dell'Università di Milano e poi in quella dell'Università di Bari - hanno cercato di indurre, spesso riuscendoci, in numerosi soggetti umani tra i quali anche bambini di età tra 1 e 4 anni: una vera e propria malattia prodotta deliberatamente e destinata a durare tutta la vita. Cito da Minerva Medica, 1968, p. 1420: «Il più frequente elemento eczematogeno è certamente il dicromato potassico e questo sale si trova in molti prodotti industriali e dell'uso comune». Quando in un lavoratore «si è prodotta un'allergia per contatti di dicromati si forma uno stato d'inabilità professionale perché il semplice contatto anche con tracce di tale sale provoca inevitabilmente una recidiva dell'eczema dopo qualche ora o qualche giorno, senza alcuna possibilità di protezione per mezzo di guanti o di pomate; questo stato di sensibilità una volta acquisito dura poi per sempre o per un tempo imprevedibile. E' esattamente quello che i dermatologi di Milano e di Bari hanno voluto indurre, per i loro studi, in soggetti che non l'avevano (Giornale Italiano di Dermatologia, 1956, p. 399 e molte altre successive pubblicazioni).

Carlo Sirtori, direttore generale dell'Istituto Gaslini di Genova, non è secondo né a loro né ad altri quando decide di «usare» i bambini ricoverati nelle cliniche universitarie convenzionate e ospitate dal Gaslini. Un bel giorno egli sente l'urgenza di fotografare il virus dell'epatite virale. Allora prende 3 bimbi - S.P. femmina anni 2; D.L. femmina, anni 3;

C.T. maschio, anni 8 - ricoverati al Gaslini per questa grave malattia e a ciascuno, perfora l'addome asporta un pezzetto di fegato da guardare al microscopio elettronico. Per essere più sicuro di riuscire nell'intento - racconta C. Sirtori su «Gazzetta Sanitaria», 1970, p. 266, da lui diretta - «ero ricorso a un espediente farmacologico: prima della biopsia somministrai ai primi due bimbi 8 milligrammi per chilogrammo di peso al giorno di azatioprina per tre giorni e al terzo bimbo per cinque giorni... L'azatioprina poteva, nel nostro caso ridurre i poteri immunitari... e rendere pertanto più agevole la maturazione del virus».

Ripeto per il profano di cose mediche: tre bambini vengono ricoverati nella clinica genovese perché il loro fegato è infettato da un virus non di rado letale; non c'è farmaco per questa malattia: la cura consiste nel proteggere il fegato da altre cause lesive e favorire contemporaneamente lo svilupparsi di quelle difese naturali - cioè immunitarie - che sole possono portare a guarigione. Invece Sirtori fa somministrare ai tre bambini del Gaslini una sostanza che paralizzi tali difese perché il virus possa svilupparsi più rigogliosamente nel fegato e sia più facile fotografarlo in quel pezzetto dello stesso fegato che egli strapperà tre o cinque giorni dopo.

E' chiaro che nessuna di queste operazioni configura il più piccolo vantaggio terapeutico o diagnostico, anzi un gravissimo rischio per: S.P. femmina, anni 2; D.L. femmina, anni 3; C.T. maschio, anni 8. Ma Sirtori assicura che più tardi i bimbi sono guariti. Se fossero morti ne avremmo mai letto la storia scritta da lui e da lui conclusa con queste incredibili parole: «per un traguardo che trasforma l'ambizione in virtù?»

Queste denunce innescarono un dibattito e il dibattito provocò vivaci reazioni; ci fu uno scontro televisivo con uno dei professori denunciati (Carlo Sirtori, Direttore dell'Istituto Gaslini di Genova) che destò molto scalpore, così come destarono scalpore alcuni interventi a Congressi come quello alla IV riunione della Società Italiana di Neurofarmacologia tenutosi a Bologna il 23-24 ottobre 1971. In questa occasione Maccacaro denunciò il caso di un asilo nido dell'OMNI di Reggio Emilia in cui veniva somministrato sistematicamente del Valium a lattanti perfettamente sani al solo scopo di evitare che piangessero e disturbassero. Un altro caso denunciato

riguardava una scuola materna di Modena in cui erano stati somministrati psicofarmaci ad un centinaio di bambini in età compresa tra i 3 e i 5 anni "segnalati per turbe del comportamento nell'ambito della scuola" i quali, stando al commento di chi aveva prescritto la "cura", in seguito sono diventati "adattati, socievoli e tranquilli" dimostrando che il farmaco era "elettivamente socializzante anche per il bambino di 3-6 anni frequentante la scuola materna".

Come nel caso della mancata attenzione alle esigenze dei bambini ricoverati in ospedale e nel caso del giovane deceduto dopo la donazione di sangue (di cui si è scritto rispettivamente nei capitoli 6 e 5) così anche nel caso della sperimentazione sui bambini, l'azione di Maccacaro non si ferma alla denuncia del singolo episodio:

«La denuncia del fatto in sé non è mai sufficiente, così come è insufficiente la teorizzazione del sistema nel quale il fatto si avvera. Ciò che occorre è la ricerca dei modi per cogliere il sistema sul fatto o nel fatto; voglio dire che la pura analisi dell'episodio è inefficace se le manca una prospettiva teorica e interpretativa; la pura teorizzazione è altrettanto inefficace ed evasiva, se non riesce a verificarsi nei fatti, nella realtà. Quindi è una scelta di metodo e non soltanto di costume quella di prendere un fatto, preciso e definito, anatomizzarlo, scoprirne i contenuti, farne esplodere i significati».

Il punto di riferimento è dichiaratamente il *Capitale* di Karl Marx:

«Marx diceva "non mi interessano i capitalisti, mi interessa il capitale" ed aveva ben ragione di dirlo proprio perché era arrivato all'analisi teorica del capitale attraverso quella dei suoi momenti reali. (...) nel primo volume del *Capitale*, ci sono due parti: una intitolata *La giornata del lavoro* e l'altra intitolata *La grande industria* che sono proprio un ammaestramento in questo senso. Marx vi fa l'analisi puntuale ed esemplificata di certe situazioni viste una per una con precisi riferimenti, e poi condotte e poste all'interno di una visione globale; egli ci indica l'approccio metodologico corretto: la ricognizione della realtà come momento analitico

che apre il momento sintetico della teoria».

Nel caso della sperimentazione di farmaci nella scuola materna di Modena l'uso di tale metodo sembra particolarmente adatto a mettere in luce il problema sotteso al caso specifico perché:

«... erano in giuoco non solo delle persone ma dei ruoli, tipici ed esemplari: il professor Vivoli, che rappresentava l'autorità, il professor Pachiooli che rappresentava la scienza accademica, le maestre che rappresentavano l'istituzione scolastica, infine un'industria, la Farmitalia, che rappresentava il capitale farmaceutico».

Quindi si trattava di un modello esemplare in cui per Maccacaro è stato facile partire dalla denuncia dell'uso di bambini come cavie per giungere alla denuncia più generale dell'uso autoritario della medicina per un controllo repressivo della società.

La stessa denuncia viene ripetuta da Maccacaro qualche anno più tardi (1976) quando, dopo aver letto il tema di un bambino di seconda elementare in cui il piccolo, riferendosi al Valium prescritto dal medico, candidamente scrive: «Oggi sono stato cattivo perché la mamma non mi ha dato le gocce», si ritroverà di nuovo ad indignarsi per il continuo «uso sociale» dello psicofarmaco:

«Siamo dunque a questo: che si possa pensare di "socializzare" un infante somministrandogli psicofarmaci? (...) vengono ad evidenza non solo l'innocenza della vittima, ma anche la natura del reato e l'identità del mandante. Infatti quella che si esercita come repressione del comportamento infantile non è che un momento di quel controllo sociale che va facendosi sempre più pervasivo e oppressivo. Per esso si cerca di trasferire nell'area medica e risolvere sul piano farmacologico ogni forma di conflittualità, particolarmente giovanile: perché la ribellione sia espulsa come malattia e la malattia sia soffocata come ribellione».

Sicuramente sono episodi come questi che hanno convinto Maccacaro a dire che nella fase attuale (la quarta fase della periodizzazione che abbiamo esposto nel capitolo 5) la medicina,

rispondendo all'esigenza di medicalizzazione della politica espressa dal capitale, è diventata «soprattutto, forse soltanto, sedativa e emarginante».

Ma ritorniamo alla denuncia dell'uso di bambini come cavie: ecco come Maccacaro stesso racconta la reazione dei colleghi alla lettura della relazione sui bambini di Modena:

«Mi ricordo che quando lessi quella mia comunicazione al Congresso di Bologna ci fu un vero e proprio caso di isteria: un collega bolognese ad un certo punto si alzò gridando: "Toglietegli la parola, basta con i nomi, non vogliamo più sentire fare nomi" e cose di questo genere. Ebbene, in quel momento ho capito che il metodo era effettivamente corretto; l'ho capito proprio dalla reazione che aveva determinato in quel collega. E' un metodo non facile e un po' faticoso, ma mi propongo di non abbandonarlo».

Che questo metodo fosse "non facile e un po' faticoso" lo conferma Marco Margnelli in questo commento:

«Quel che caratterizzò in modo più incisivo e determinante questi gesti, - dice Margnelli nel numero speciale di "Sapere" dedicato agli scritti di Maccacaro - fu il coraggio fisico con cui vennero condotti: presentarsi in un luogo, sconvolgere un rito attento ad altre celebrazioni e obbligare le coscienze dei presenti e quelle dei singoli protagonisti a rispondere di precisi reati, che non erano meramente riconducibili ad un numero di codice e come tali, indennizzabili o derubricabili per naturale decadimento. Il vero reato che feriva Giulio Maccacaro era il servilismo acritico verso il potere, l'ottusa ossequienza ai meccanismi del profitto, la colpevole complicità di chi, pur avvertendone gli estremi, finge di non capire e l'ipocrisia di chi invoca l'Istituzione, pur sapendola corrotta, per nascondere le proprie mancanze di singolo».

E infatti come reagisce l'Istituzione? Col silenzio più totale.

Due mesi dopo la pubblicazione delle prime denunce, Maccacaro, sempre dalle pagine de «Il Giorno», fa un primo bilancio delle reazioni: nessuna facoltà medica, nemmeno quelle direttamente

coinvolte, ha aperto un dibattito o si è pubblicamente interrogata sui gravi fatti denunciati; su questo punto il direttore dell'IBSUM è durissimo:

«Se le facoltà fossero ancora sodalizi di uomini dediti all'insegnamento, allo studio e alla ricerca, avrebbero conservato abbastanza sensibilità per rendersi conto che un problema come quello della sperimentazione nell'uomo - che ha turbato e turba i cittadini - le coinvolge tutte e totalmente. Se questi corpi accademici non fossero ormai che stanche retroguardie di un sistema cui si sono perfettamente integrati, sentirebbero il bisogno di scegliere tra il rifiuto di accuse insopportabili e la rinuncia a metodi ingiustificabili (...)».

Stessa silenziosa reazione da parte dell'Ordine dei Medici che avrebbe dovuto assolvere il compito istituzionale di «garantire tecnicamente e moralmente il regolare e buon esercizio della professione»: nessuna indagine è stata avviata dall'Ordine nonostante ce ne fosse motivo:

«perché i casi sono due: o un collega ne ha infondatamente discreditati altri e merita adeguate sanzioni oppure gli altri hanno commesso azioni tali da discreditarne in se stessi la professione di cui l'Ordine è tutore».

Infine, nonostante si parlasse di bambini usati come cavie e si denunciassero i nomi di persone ed Istituti responsabili, nonostante si levassero voci di preoccupazioni e di protesta, anche la Magistratura ha ritenuto di non dover intervenire.

Per quanto riguarda la reazione delle istituzioni politiche Maccacaro tirerà le somme qualche tempo dopo in una *Lettera al Ministro della Sanità* pubblicata nel gennaio 1974 in "M+P - Medicina e Potere" inserto di "Sapere". In essa si ripercorrono le azioni intraprese dalle istituzioni sul tema specifico della sperimentazione nell'uomo.

In questa lettera si legge che a seguito delle reazioni dell'opinione pubblica innescate dalle denunce di Maccacaro, l'allora Ministro della Sanità Mariotti (socialista) costituisce una Commissione

per l'elaborazione di una normativa per la regolamentazione della sperimentazione nell'uomo da trasformare in legge.

Poco dopo, alla testa del Ministero della Sanità, l'On. Mariotti viene sostituito dall'On. Valsecchi (democristiano), a cui segue l'On. Gaspari (anch'egli democristiano) che scioglie immediatamente la suddetta Commissione prima che possa concludere compiutamente il lavoro per cui era stata creata, ma che riesce in extremis a presentare almeno un progetto di massima. Subito dopo il Ministero della Sanità viene affidato all'On. Gui (a cui è indirizzata la lettera di Maccacaro) e il progetto di legge sulla sperimentazione scompare dall'orizzonte.

Nel frattempo, gli assessorati alla sanità della regione Lombardia e della regione Emilia Romagna avevano provveduto a elaborare in proprio dei progetti di legge sulla stessa materia (in altre occasioni criticati da Maccacaro) che vennero bloccati dal Ministero perché eccedevano le competenze delle regioni e perché sul tema stava già lavorando l'apposita Commissione (cosa peraltro falsa perché, come fa notare Maccacaro, lo stesso Ministro aveva ordinato lo scioglimento di quella Commissione un mese prima di bloccare i progetti regionali).

A questo punto il direttore dell'IBSUM scrivendo al ministro in carica gli sottopone un'ipotesi inquietante:

«L'ipotesi è questa: il Ministero nega alle regioni la capacità di legiferare in una materia che rivendica alla sua esclusiva competenza della quale, peraltro, preferisce non avvalersi rinunciando a qualsiasi iniziativa legislativa. Così, chi può fare la legge non vuole e chi vuole farla non può. Perché, naturalmente, tutto rimanga come prima, come se niente fosse accaduto, come se niente si fosse saputo».

E mentre sul piano politico-legislativo si compiono i passi ora descritti, sul piano dell'attività giudiziaria avviene quanto segue: Adriano Sansa, pretore di Genova indizia di reato i responsabili dell'episodio avvenuto presso l'Ospedale Gaslini; poco dopo la procura della repubblica di Genova avoca a sé l'indagine e richiede l'archiviazione del caso; la richiesta viene immediatamente accolta

poiché il legislatore non intende «coercire l'attività di ricerca scientifica in incongrue apposite formule giuridiche limitative e punitive, poiché ne rimarrebbe ostacolato e mortificato, per un presunto rispetto della persona umana, il progresso della scienza». Naturalmente Maccacaro critica duramente questa presa di posizione del capo della procura di Genova (Francesco Coco), ma riconosce la liceità del suo comportamento che fa leva sulle inadempienze del Ministero della Sanità il quale, dopo aver promesso una legge, non solo non ne presenta alcuna, ma blocca i tentativi fatti in tal senso dai governi regionali. Maccacaro, che ha fatto parte e della Commissione ministeriale e di quelle che hanno elaborato le proposte presentate in Lombardia ed Emilia, si rivolge direttamente al Ministro esortandolo ad agire:

«Signor ministro, in Italia vivono dei poliomielitici che sono tali soltanto per colpa di un suo predecessore; crescono dei fanciulli che a un altro suo predecessore devono la sventura di essere focomelici.

Altri bambini - così come donne, vecchi, malati e internati - sono esposti al rischio di esperimenti che si svolgono tuttora fuori di ogni controllo, oltre ogni verifica, in dispregio di ogni morale.

In ultima analisi ciò dipende da Lei. La nostra domanda è rivolta a sapere se Ella intende portare ancora questa responsabilità, con tutte le conseguenze che ne derivano, o se invece, come ci auguriamo, Ella sta predisponendo risolutivi provvedimenti.

Le chiediamo di dare - non tanto a noi quanto a tutti i cittadini che ne hanno buon diritto - una risposta sollecita, circostanziata e impegnativa. Lei ne ha facoltà e, dunque, anche il dovere».

Quelle che abbiamo fin qui descritto sono le azioni intraprese per denunciare lo stato di fatto, ma qual è l'opinione di Maccacaro sulla sperimentazione, quale la collocazione di questo tema nella sua analisi più generale riguardante il ruolo della medicina, quali le proposte specifiche avanzate all'interno delle Commissioni di cui ha fatto parte?

L'analisi condotta da Maccacaro porta prima di tutto a distinguere la sperimentazione *sull'uomo* dalla sperimentazione *nell'uomo*

e con l'uomo.

Per prevenire facili obiezioni, Maccacaro chiarisce subito che la formula "sperimentazione *nell'uomo*" è quella più tecnica, corrispondente a quella *in vitro* o *in vivo*, che indica solo il tipo di substrato utilizzato per l'esperimento. Negare la possibilità di questa sperimentazione - dice il direttore dell'IBSUM - equivarrebbe a negare non solo la medicina scientifica ma anche quella pratica. Il fatto che la medicina, per diventare scienza, ha fatto proprio il metodo delle scienze fisiche, che è appunto metodo sperimentale, giustifica solo e unicamente la necessità di sperimentare *nell'uomo* non certo quella di sperimentare *sull'uomo*. Ma la sperimentazione nell'uomo, dice Giulio Maccacaro, non ha alcun riscontro nella realtà:

«Perché nella realtà si può sperimentare soltanto *sull'uomo* o *con l'uomo*, operando una scelta che non è più soltanto scientifica ma politica»³.

Le scienze mediche hanno accolto dalle scienze fisiche un modo di intendere il rapporto tra osservatore e osservato tale per cui quest'ultimo è passivamente sottoposto all'attività di ricerca messa in atto dal primo. Del resto abbiamo più volte sottolineato che il piano di studi delle facoltà di medicina insegna proprio a mantenere questo atteggiamento:

«Infatti e providamente il primo uomo con il quale [il futuro medico] dovrà convivere per il compimento della sua iniziazione gli sarà presentato nudo e mondo di ogni accessorio attribuito che non sia la sua ormai perfetta oggettualità: cioè come cadavere. Un cadavere che più tardi vedrà animarsi nel laboratorio del fisiologo, gemere nel letto del clinico,

³ Questa e tutte le restanti citazioni sono tratte dalla prefazione di Maccacaro a M.H.Pappworth, *Cavie umane. La sperimentazione sull'uomo*, Feltrinelli, Milano 1971, pp. 7-26. Ristampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-76*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 178-192; e da G.A.Maccacaro, *Verso un'etica collettiva della sperimentazione scientifica*, Articolo apparso in "il manifesto", 16 gennaio 1979, testo inedito dell'intervento di Maccacaro nella commissione insediata nel 1971 dal ministro Mariotti. Ristampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina...*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 192-200.

sanguinare sul tavolo del chirurgo, ma al quale non sarà più tolto il sudario della sua reificazione. Affinché sia consegnato "oggetto" ad una scienza cui occorre tale per poter credere alla continuità della sequenza "in vitro - in vivo - in homine" ...».

Nonostante l'influenza negativa esercitata da questo percorso formativo, una parte dei ricercatori si è posta il problema di fare del suo lavoro di ricerca sull'uomo un atto di solidarietà e non di sopraffazione, ma non è riuscita a trovare una via d'uscita perché - dice Maccacaro - per trovarla dovrebbe spingere la sua analisi fino a capire che:

«il problema della sperimentazione nell'uomo non ha una soluzione autonoma perché problema autonomo non è: nella piccola concavità del suo specchio si raccoglie tutta l'immagine di una medicina che non sceglie il suo rapporto con l'uomo perché l'ha già scelto per lei la società che la esprime».

Ancora una volta Maccacaro riconduce tutto al problema centrale dell'organizzazione della società fondata sulla separazione del capitale dal lavoro e sulla progressiva accumulazione del primo raggiunta mediante lo sfruttamento del secondo; ancora una volta mostra che la funzione della medicina all'interno di questo tipo di società è ben delimitata; ancora una volta vien messo in luce l'autoritarismo insito nel rapporto medico-paziente non solo nella fabbrica o nel manicomio, ma anche nella clinica e nell'istituto universitario dove la sperimentazione *nell'uomo* non può che diventare sperimentazione *sull'uomo* «per forza di una logica onnipervasiva dettata da una ben individuata committenza».

«A questa luce, la sperimentazione sull'uomo - intesa esattamente come rapporto di soggezione dell'osservato all'osservatore e di sostanziale violenza dell'osservatore sull'osservato - scopre i suoi connotati più veri non soltanto (...) nell'entità del rischio imposto e del danno inflitto al paziente o nella sostanziale franchigia concessa all'iniziativa del medico (...) quanto invece nel suo assegnare ad entrambi (...) i ruoli di poli dialettici

di una medicina di classe che ha assimilato la logica della società del capitale».

La discriminazione di classe è l'unica presenza veramente costante durante tutto l'arco dell'attività del medico: dalle fasi iniziali della sua preparazione fin all'azione nella corsia clinica. Anche la più superficiale indagine sociologica, dice Maccacaro, può agevolmente mostrare che il medico appartiene sempre ai ceti della promozione sociale, mentre l'"oggetto" di studio e dell'esperimento proviene sempre dalle istituzioni del rifiuto sociale. Infatti quando il medico-scienziato dovrà scegliere gli uomini per i suoi esperimenti non li cercherà certo nelle cliniche private o nei reparti "solventi", al contrario

«riserverà il privilegio dell'esperimento ai secondi [ai mutuati] anche se avrà la delicatezza di non farglielo sapere».

Al di là della selezione sociale delle "cavie", un'ulteriore dimostrazione del fatto che la sperimentazione medica viene condotta *sull'uomo* e non *con l'uomo*, sta nel fatto che mentre il medico viene pagato dalle case farmaceutiche per le sue ricerche, la "cavia", non solo non riceve nulla, ma quando un giorno si troverà a comprare quel farmaco dovrà pagare un prezzo in cui sono state incluse anche le spese per la ricerca.

«Naturalmente, rilevanti non sono la dimensione economica dell'appropriazione o il rigore esclusivo della selezione (...). *Rilevante è il tipo di rapporto medico-malato che esse nitidamente definiscono ed al di fuori del quale non sarebbero concepibili: un rapporto di totale subordinazione del malato al medico che su di lui, ma non con lui né per lui, progetta e compie le sue prove.*

E' proprio questo tipo di rapporto che rende possibili tutte le aberrazioni che sono state denunciate, perciò Maccacaro mette in guardia dal facile modo di liquidare il problema consistente nell'incolpare i singoli responsabili di forme deteriori di sperimentazione:

«Imputarle interamente alla responsabilità dei singoli - così condizionati, a volte, da non averne coscienza - sarebbe un modo, probabilmente il migliore, per assolvere il sistema - prima di tutto medico ma poi sociale e finalmente politico - che le ha determinate».

Stando così le cose, Maccacaro sostiene che il solo rimedio proponibile consiste nel mutamento *sostanziale* del rapporto medico-paziente; le proposte che non puntano a questo obiettivo generale sono riduttive, mistificanti e comunque destinate al fallimento. Per esempio la proposta della richiesta di consenso "informato", consenso "delegato" o consenso "volontario" non muterebbe i termini del problema, se contemporaneamente non venisse annullato l'autoritarismo del rapporto medico-paziente; infatti nel primo caso, se il criterio di scelta dei pazienti continua a essere discriminatorio, «nessuna dichiarazione scritta od orale, informata o disinformata, rilasciata da un salariato giustificherà - a parità nosologica - il suo uso per un esperimento cui potrebbe servire altrettanto bene il suo datore di lavoro».

Nel secondo caso, un comitato etico di riconosciuta competenza ed integrità che valutasse, nell'interesse del paziente, le proposte di sperimentazione provenienti dai medici, ancora non risolverebbe nulla (anzi sollevarebbe il medico da alcune responsabilità ma continuerebbe a lasciare solo il paziente, per quanto un poco più protetto) perché in definitiva, dice Maccacaro, l'unica differenza starebbe nel fatto che la reificazione del paziente sarebbe sancita «da alcuni gentiluomini invece che da uno solo».

A proposito del terzo caso, quello delle cavie volontarie, Maccacaro si limita a rilevare che «non esiste volontà senza libertà»; che nelle prigioni, nella miseria, nell'ignoranza, nell'alienazione, in una società basata sullo sfruttamento, l'uomo non è libero; solo in una società basata sulla partecipazione l'uomo può esprimere un'autentica volontà, quindi anche questa soluzione rischia di essere fuorviante.

Maccacaro critica anche il correttivo proposto da Pappworth nel suo libro consistente sostanzialmente nella definizione di un precetto morale per il medico-scienziato. L'autore di *Cavie umane*

propone il principio di eguaglianza secondo cui:

“LO SPERIMENTATORE NON DEVE CONSIDERARE, PROPORRE O INTRAPRENDERE ALCUN ESPERIMENTO OVE QUESTO SIA TALE CHE - IN CIRCOSTANZE IDENTICHE A QUELLE RIGUARDANTI IL PAZIENTE - LO SPERIMENTATORE ESITEREBBE A SOTTOPORVI SE STESSO O MEMBRI DELLA SUA FAMIGLIA O ALTRE PERSONE PER LE QUALI EGLI SENTA RISPETTO ED AFFETTO”

Maccacaro fa notare che limitarsi a porre quella scritta all'ingresso dei luoghi dove i medici-scienziati attuano le loro sperimentazioni vuol dire riconoscere ancora una volta il diritto del medico di decidere della liceità dell'uso sperimentale del paziente che è completamente subordinato ad esso; inoltre, i precetti morali non sono sufficienti a proteggere i pazienti dalle possibili violazioni ⁴:

«Infatti - in una società dove il potere, la ricchezza e il benessere procedono proprio dalla violazione istituzionalizzata di quello stesso precetto - richiamare alla coscienza dei loro doveri coloro che detengono l'autorità non si è mai dimostrato così efficace come restituire la coscienza dei loro diritti a coloro che tale autorità subiscono».

La proposta di Maccacaro consiste dunque nel restituire protagonismo e soggettività al paziente che ne è stato ingiustamente privato, quindi suggerisce di affiancare alla scritta proposta da Pappworth una seconda scritta rivolta questa volta ai ricoverati in cui si legga:

⁴ Del resto anche le leggi da sole non sono una garanzia sufficiente se in Germania, unico stato al mondo ad avere avuto una regolamentazione della sperimentazione prima del 1946, ha potuto aver luogo il più crudele e sistematico uso di esseri umani come cavie che si sia mai verificato nella storia. Vd. Lorenzo Tomatis, *Some Ethical Considerations about Human Experimentation and Prevention*, in "Doctors for environment, an international bulletin", n.1/95, pp.4-9.

“IL PAZIENTE NON DEVE CONSIDERARE, LASCIARSI PROPORRE O SUBIRE ALCUN ESPERIMENTO OVE QUESTO SIA TALE CHE - IN CIRCOSTANZE IDENTICHE A QUELLE CHE LO RIGUARDANO - LO SPERIMENTATORE ESITEREBBE A DIMOSTRARGLI DI AVERVI SOTTOPOSTO SE STESSO O MEMBRI DELLA SUA FAMIGLIA O ALTRE PERSONE PER LE QUALI EGLI NUTRE RISPETTO ED AFFETTO”

Se non si punta a minare alle radici il rapporto autoritario che si instaura tra sperimentatore e sperimentato si finisce sempre per giungere «al bivio di una scelta impossibile: tra la negazione dell'uomo e la negazione della ricerca» (nel prossimo capitolo troveremo un altro bivio cruciale: quello tra negazione della salute e negazione del lavoro); secondo Maccacaro questo aut-aut va rifiutato e al suo posto va prospettata un'alternativa:

«Se la sperimentazione *nell'uomo* è assolutamente necessaria all'uomo stesso e quella *sull'uomo* irrimediabilmente ostile dobbiamo rivolgere speranze e propositi alla sperimentazione *con l'uomo*. Una sperimentazione, si vuol dire, nella quale non siano più soggetto ed oggetto, autorità e subordinazione, violenza e alienazione. Nella quale i pazienti che si prestano alla ricerca diventino collaboratori del medico con pienezza di riconoscimenti e diritti. Nella quale la prima autenticazione del fine collettivo della ricerca stia nel suo essere vissuta collettivamente da chi vi partecipa a qualsiasi titolo».

Il direttore dell'IBSUM fa notare che questo non significa che il paziente deve far suo tutto il sapere del medico, ma che i due devono avere la stessa immagine del ruolo che andranno a sostenere nell'impresa scientifica che intraprendono insieme, il che implica che vi sia una completa conoscenza reciproca e che nessuna richiesta di informazione sarà vietata all'uno o all'altro dei protagonisti.

Maccacaro sottolinea la differenza tra la sua proposta e le “generose utopie” delineate da altri ricercatori; in particolare egli crede

che «l'offerta di sé alla ricerca da parte di persone entusiasticamente rivolte all'esplorazione di nuove conoscenze, non solo per il bene dell'Umanità ma per la pura gioia di associarsi a grandi avventure intellettuali ...» come prospettata nella primavera del 1969 dalla ricercatrice americana Margaret Mead, non potrà mai attuarsi nel consenso e nella gioia, per pura vocazione. Al contrario, Maccacaro è convinto che affinché ciò possa avvenire bisognerà combattere durissime battaglie contro interessi e poteri ben consolidati; l'impresa è immane

«Perché la scienza *con l'uomo* è incongrua e inaccettabile alla medicina *sull'uomo* e questa non ha alternative in un sistema che non può concederene.

Rendersene conto non significa disimpegnarsi nel pessimismo o nell'avventismo. Significa intendere che la intrinseca solidarietà del sistema distribuisce in ogni punto non solo la sua forza ma anche la sua debolezza. C'è dunque, una posizione di attacco per tutti: anche per lo scienziato, anche per il medico che devono scegliere i modi della loro sperimentazione nell'uomo».

Mettere in discussione le norme che regolano la pratica della sperimentazione nell'uomo significa dunque mettere in discussione l'intera medicina; nonostante la vastità e la difficoltà del compito, Maccacaro indica a medici e ricercatori la via della lotta.

Questa lotta si concretizza nella definizione e nel perseguimento di obiettivi ben precisi che possiamo desumere dalla lettura delle note presentate da Maccacaro alla Commissione insediata nella primavera del 1971 dal Ministro della Sanità Mariotti con il compito di formulare il progetto di legge sulla sperimentazione⁵.

Maccacaro sostiene per prima cosa che occorre operare una netta distinzione tra "uso della scienza per fini medici" e "uso della medicina per fini scientifici".

Per ciò che riguarda la sperimentazione sull'uomo si è sempre

⁵ G.A.Maccacaro, *Verso un'etica collettiva della sperimentazione scientifica*, "il manifesto", 16 gennaio 1979, inserto culturale.

giocato sull'ambiguità determinata dal fatto che il medico svolge il doppio ruolo di medico e di ricercatore all'insaputa del paziente; quest'ultimo infatti si rivolge al medico per chiedere aiuto contro la malattia e vede in lui sempre e solo un soccorritore cioè una persona che usa la sua scienza ai fini dell'assistenza medica; è a questo medico soccorritore che il paziente dà tutta la sua fiducia, la sua gratitudine e concede tutta la libertà d'iniziativa.

A volte, invece, il medico si avvicina al paziente con intenzioni diverse da quella del soccorso, quindi la libertà d'iniziativa che gli era stata concessa dovrebbe decadere così come ogni facoltà di decisione dovrebbe essere subito restituita al paziente perché questi non aveva dato al medico alcun mandato per usare il suo corpo al fine di acquisire nuove conoscenze scientifiche e mediche.

Per chiarezza nei confronti del paziente, Maccacaro chiede una cosa molto semplice: che vi sia una chiara distinzione tra i ruoli del "medico soccorritore" e del "medico ricercatore":

«Basti immaginare che nello stesso reparto, al letto dello stesso paziente, i due ruoli siano affidati a due medici diversi ed esattamente identificati per le loro funzioni e per i fini delle loro azioni: in tal caso il paziente sarebbe in grado di decidere la misura e il modo del suo affidarsi all'uno e all'altro. (...). Pertanto è elementare dovere del medico ed in particolare del clinico, operante nel doppio ruolo di soccorritore e di ricercatore, scoprirsi come tale di fronte al paziente e verificare lealmente con lui i limiti concessi alla sua iniziativa».

In questo modo risulterebbe chiaro che tutto è consentito all'uso della scienza per l'uomo e tutto è negato all'uso dell'uomo per la scienza o, in altri termini, che a nessuno (sia esso un singolo medico o un comitato) è concesso di disporre di altri.

Un altro punto cruciale da affrontare è quello dell'estrazione sociale dell'uomo cui proporre la sperimentazione. Risolverlo - dice Maccacaro - significa che i rischi connessi alla sperimentazione non devono più essere concentrati in un sottogruppo (quello socialmente svantaggiato), ma, diversamente da quanto fatto fino ad allora, devono essere distribuiti evitando l'esposizione dei sog-

getti socialmente sfavoriti, i quali generalmente sono meno in grado di riconoscere i rischi e di difendersene.

La redistribuzione dei rischi, però, non basta da sola a risolvere il problema; altrettanto importante è che il problema venga discusso collettivamente e, inoltre, che "il bene collettivo" non prevalga sul "bene individuale"; e che il consenso sociale non sostituisca quello individuale perché

«La scienza e la medicina non hanno il diritto di scegliere i martiri della società. Ma nemmeno la società ha diritto di scegliere i martiri della scienza e della medicina».

Detto questo, il direttore dell'Istituto di Biometria afferma un altro principio importante: che il tema della istituzione di norme in questo settore travalica i limiti delle competenze mediche e scientifiche e quindi vanno interpellate su questo tema anche le forze politiche e sindacali; i progetti di ricerca vanno sempre sottoposti a commissioni collettive nominate democraticamente quali il collettivo del personale (medico, paramedico, ausiliario, ecc.) operante nell'ente dove ha luogo la sperimentazione, una commissione della comunità locale creata ad hoc, una commissione della comunità regionale e/o nazionale.

Inoltre le proposte di sperimentazione (che devono essere giustificate da un punto di vista sociale oltre che scientifico) devono sempre essere presentate davanti alla collettività di tutti i candidati e davanti alla collettività delle persone che i candidati avranno indicato come propri "patroni". I candidati potranno formulare domande, chiedere tempo per formulare la propria adesione e potranno ritirarla in qualunque momento. I pazienti e i loro patroni sono, per tutto il tempo della ricerca, soggetti della stessa, come individui e come gruppo e conservano, pertanto, ininterrottamente il diritto di domande e di controllo sull'andamento della sperimentazione.

E' certo che introdurre queste regole significherebbe togliere alle multinazionali del farmaco la possibilità di usare gli ospedali italiani «come stabulari umani e luoghi di compiacente sperimen-

tazione» e impedirebbe di fare un uso autoritario dell'uomo sano e malato; significherebbe ridare al paziente «ogni diritto e possibilità di conoscere, valutare, discutere, consentire, rifiutare, vigilare, - direttamente o indirettamente, ma per sua scelta - ciò che si vuol fare di lui, del suo corpo e della sua persona», ma soprattutto trasformerebbe il rapporto analitico, entro il quale l'unico soggetto è il medico ed il paziente è una cosa, in un rapporto tra due soggetti con pari diritto di interrogarsi l'un l'altro fino a raggiungere la stessa immagine di ciò che stanno per compiere. Tutto ciò non è accettato e non è accettabile dalla medicina del capitale perché:

«Quand'anche si trattasse di una trentina di pazienti su un centinaio, tale trasformazione coinvolgerebbe inevitabilmente - questo è il punto - tutti gli altri ed il personale e le gerarchie dei ruoli e le regole dell'ordine e le strutture dell'istituzione fino a riversarsi, con inquietante dinamica, nel più largo ambito sociale dove la condizione sperimentale non è più del singolo ma della classe subordinata, fatta cosa da quella dominante: in particolare della classe del lavoro per imperio di quella del capitale. La nostra è tuttora, infatti, la medicina del capitale così come tuttora il capitale è il più grande sperimentatore sull'uomo. Sotto i suoi ferri e sotto i suoi occhi, che sono l'organizzazione scientifica del lavoro e il lavoro dell'organizzazione scientifica, la classe subalterna vive da due secoli in una condizione sperimentale, come cavia collettiva: ma diversamente da una cavia, lotta per affermare il proprio diritto a porsi come soggetto di storia. Anche per questo una battaglia, perché sia ritirata ogni "licenza di sperimentare" sull'uomo e perché a questo uomo sia restituita l'integrità non solo del corpo ma della persona, è una battaglia scientifica, civile, legislativa: insomma, politica».

Una battaglia molto impegnativa che non ha avuto seguito; Maccacaro ha reso noto che anche i medici ben intenzionati ⁶ che gli si sono avvicinati per sapere come sperimentare in modo corret-

⁶ G.A.Maccacaro, *Sperimentazione nell'uomo* - serie di articoli apparsi nel febbraio-marzo 1976 sul settimanale "Tempo" (Milano), ristampati in G.A.Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare...*, op. cit., pp. 244-252.

to, quando hanno capito la portata del cambiamento richiesto, si sono ritirati in silenzio. Margnelli commenta:

«Il risultato di questi sforzi fu modesto: forse trattenne qualche mano dall'eseguire iniezioni criminali o risparmiò qualche sofferenza a un piccolo malato, ma a livello delle istituzioni la reazione fu praticamente nulla».

Infatti le proposte di Maccacaro non hanno avuto seguito a livello istituzionale, anzi possiamo dire che da allora nulla di sostanziale è cambiato, tanto che Gianni Tognoni, direttore del Laboratorio di farmacologia clinica dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" di Milano, allievo di Maccacaro ⁷, a distanza di 20 anni dalle denunce del suo maestro, può scrivere sul giornale della federazione nazionale dei medici un editoriale dedicato a *La regolamentazione delle ricerche sull'uomo* che inizia con queste parole:

«Questo articolo potrebbe aprirsi e chiudersi con una semplice frase: "Non esiste in Italia una legislazione nazionale operante relativa alla sperimentazione clinica dei farmaci".

La "provocazione" di un'affermazione di questo tipo sarebbe evidente, e potrebbe essere accusata di non-corrispondenza con le realtà, facendo riferimento alle leggi che regolano il percorso di registrazione dei farmaci. Da un punto di vista formale la provocazione dovrebbe essere dunque abbandonata, magari ricordando anche le ripetute affermazioni che collegano il comportamento del Ministero italiano alle direttive comunitarie. L'affermazione iniziale deve essere tuttavia presa come un punto di partenza tutt'altro che provocatorio, una volta che ci si confronta con la sostanza del problema».

Intendendo per sostanza del problema

«il mosaico di tendenze, esigenze, problemi esistenti, in Italia e fuori, per

⁷ Gianni Tognoni si è laureato con Giulio Maccacaro nel 1970 con una tesi sulla valutazione dell'uso delle tecniche di automazione in medicina; la citazione è tratta da Gianni Tognoni, *La regolamentazione delle ricerche sull'uomo*, Federazione Medica, XLIV, 1. 1991, pp. 19-25.

quanto riguarda più complessivamente il rapporto tra:

- le forme e gli strumenti di tipo legislativo;
- la realtà, culturale e tecnica, della sperimentazione così come oggi si deve affrontare, non tanto come sequenze delle classiche fasi della sperimentazione orientata alla registrazione, ma come cuore stesso del fare-conoscere-ricercare della medicina».

Dobbiamo stupirci di questo stato di fatto? Lo stesso Maccacaro, stigmatizzando il silenzio che era seguito alle sue denunce, aveva detto:

«Forse la lezione dei fatti è proprio questa: non è più possibile né ammissibile una medicina organizzata, esercitata e insegnata per delega ai tecnici, fuori dal diretto controllo di coloro cui essa deve servire»

e ne aveva tratto la conclusione che anche il problema di una corretta sperimentazione clinica poteva essere risolto solo attraverso il controllo diretto degli utenti del servizio sanitario, controllo da conquistare a partire dalla presentazione di una proposta di legge di iniziativa popolare.

In mancanza di un tale controllo esterno e di un potente stimolo verso il cambiamento, il mondo della medicina si è limitato, come dice Tognoni, al rispetto formale delle regole che normano il percorso di introduzione dei nuovi farmaci nel mercato, ma ha evitato accuratamente (e continua ad evitare) di mettere in discussione le proprie scelte di fondo.

Tutti i temi che abbiamo fin qui trattato trovano espressione nelle diverse esperienze editoriali di Maccacaro. Abbiamo già accennato al fatto che il direttore dell'IBSUM scriveva sulle pagine scientifiche di alcuni dei più diffusi quotidiani italiani: dal luglio 1963 al gennaio 1965 collabora col "Corriere della Sera", in questo periodo i suoi articoli non sono ancora taglienti come saranno in seguito, al contrario, troviamo in essi un tono in qualche modo celebrativo nei confronti del mondo della ricerca. L'atteggiamento si fa più critico col passare del tempo, come testimonia la lunga serie di articoli apparsi su "Il Giorno", quotidiano milanese su cui scrive, con cadenza pressoché settimanale, dal marzo 1966 al settembre 1971; i suoi scritti sono un esempio di divulgazione scientifica attenta e intelligente, ma spesso sono molto più: si fanno sempre più numerosi gli scritti che riguardano i rapporti scienza-società, trovano spazio i problemi dell'Università, della ricerca, di politica sanitaria; Maccacaro mette in risalto che *"Il dubbio e la crisi investono la medicina"*, si interroga su *"La responsabilità politica del lavoro scientifico"*, si chiede se *"La scienza sarà capace di contestare se stessa"*, si batte, come abbiamo visto, contro l'uso degli *"Uomini come cavie"*; in altri termini, utilizza il suo spazio su "Il Giorno" come cassa di risonanza del dibattito in corso sui limiti e le contraddizioni insiti nel mondo della produzione scientifica.

Negli anni 1970-71 è stato direttore della collana "Salute e società" della Etas/Kompass; nella seconda metà del 1971 riceve da parte del giornalista Giovanni Cesareo l'invito a partecipare ad una esperienza editoriale piuttosto anomala nel panorama italiano: si

tratta di "SE", supplemento alla rivista "Abitare"¹, un mensile di architettura e arredamento. "SE" è un giornale che, come leggiamo nell'editoriale del primo numero, propone

«(...) inchieste, servizi e cronache che permetteranno di individuare l'effettiva portata dei problemi che travagliano la nostra società e che condizionano così pesantemente la nostra vita di ogni giorno; saranno obiettive analisi della realtà attraverso le quali ciascuno potrà acquisire, se lo vuole, nuovi e diversi strumenti di valutazione e di interpretazione; saranno radiografie esatte dei fenomeni che coinvolgono in forma diretta la nostra esistenza, di fronte ai quali non rinunceremo, per viltà o per pigrizia, a risalire alle cause che hanno potuto generarli. (...)».

Anziché contattare degli specialisti da utilizzare semplicemente come consulenti, Cesareo fa in modo che si instauri un rapporto di collaborazione continuativa tra un gruppo di intellettuali che darà vita ad una vera e propria redazione in grado di operare collettivamente².

Maccacaro si rivela entusiasta dell'iniziativa, abbandona le collaborazioni sulle altre testate per dedicarsi con passione a questa pubblicazione che tratta, in forma indubbiamente innovativa, il tema dell'ambiente (il termine "ecologia" non è ancora molto diffuso): speculazione edilizia, inquinamento, deturpazione del paesaggio naturale, la vita nelle grandi metropoli, i rapporti dei bambini con la città, i problemi del traffico, i rapporti dei bambini con la scuola, il ciclo perverso inquinamento/depurazione, gli omicidi in fabbrica, la demografia e l'urbanistica.

Maccacaro cura per il numero 2 di "SE" un'inchiesta dal titolo eloquente: "L'habitat corrotto", incentrata sui rapporti tra salute e

¹ I numeri 1-5 di "SE" sono pubblicati come supplementi della rivista "Abitare" nn. 100-104, nov.1971-mag.1972.

² Partecipano alla elaborazione del giornale: Virginio Bettini (per l'ecologia), Giuseppe De Luca (per la psicologia), Giulio A. Maccacaro (per la medicina), Francesco Indovina e Massimo Pinchera (per l'economia), Novella Sansoni (per l'istruzione), Alessandro Tutino (per l'urbanistica), Guglielmo Zambrini (per la politica del traffico) e diversi corrispondenti dall'estero.

ambiente³.

"SE" ha un discreto successo di pubblico, ma disturba eccessivamente gli sponsor di "Abitare" i quali, dopo sei numeri, impongono di sospendere la pubblicazione dell'inserito (il sesto numero, già stampato, non verrà distribuito).

Questa esperienza arriva così al capolinea nel giro di un semestre, ma Maccacaro, che già in precedenza aveva ricevuto la proposta di assumere la direzione di "Sapere", la più antica rivista di divulgazione scientifica in Italia, avverte la necessità di continuare su questa strada; è così che decide, con l'aiuto di Cesareo, di accettare finalmente l'invito dell'editore Coga ad assumere la direzione di "Sapere-nuova serie".

Nel documento di impostazione della rivista, che abbiamo già ampiamente citato, si dice che questa iniziativa editoriale non assume ruoli di

«aggiornamento divulgativo, meditazione filosofica, illuminazione enciclopedica, aruspicio scientifico. Non è interessata a discorsi del tipo: "una politica per la scienza", "gap tecnologico", "sopravvivenza planetaria", "medioevo prossimo venturo", ecc. Non fa suoi temi scientifici - particolari o generali - in quanto tali o in quanto iscritti in una generica sociologia della scienza. Infatti l'iniziativa si concentra su un solo tema: *scienza e potere*»

quindi, per quanto riguarda impostazione e contenuti, essi rispecchiano quanto abbiamo già sopra ricordato ed in particolare il fatto che la scienza non riguarda solo gli addetti ai lavori, ma riguarda tutti, in primo luogo coloro che ne subiscono le conseguenze.

In occasione di un convegno dedicato alla "Attualità del pensiero e dell'opera di Giulio A. Maccacaro" organizzato dal "Centro per la salute G.A.Maccacaro" di Castellanza, tenutosi il 24 maggio 1989 presso la facoltà di Scienze dell'Università degli Studi di

³ Vd. pag. 148, nota 22.

Milano, il geologo Enrico Guazzoni ha ricordato che l'idea che la scienza riguardasse tutti e non solo gli scienziati era a dir poco dirompente:

«La scienza perdeva così la sua impronta magica, di "fatto arcano" operato da stregoni iniziati a cui ogni decisione era delegata, perché essi soli possedevano il "Sapere". Per la prima volta in Italia, in maniera continuativa e sistematica, tutti i settori del sapere scientifico erano sezionati e se ne discuteva la validità o l'implicazione politica».

Condividiamo l'opinione di Guazzoni quando individua proprio nella fucina culturale di critica scientifica e politica rappresentata da "Sapere" il luogo di nascita di importanti idee e obiettivi che avrebbero avuto un seguito di massa solo parecchi anni più tardi: per quanto attiene all'analisi ambientalista, fu qui sviluppata la demolizione del mito dell'espansione illimitata della produzione e dell'infinita disponibilità di risorse con il sottaciuto corollario in base al quale il 20% dell'umanità ha il diritto indiscutibile di utilizzare l'80% di queste risorse, spiegando nel contempo agli altri, i poveri, che per sopravvivere è necessario controllare rigidamente l'incremento demografico indicato come unico responsabile del sottosviluppo dei paesi del Terzo Mondo. È questo il messaggio contenuto nella monografia intitolata "Siamo troppi?" (aprile-maggio 1974), che seguiva di poco quella dedicata al tema della "Crisi energetica" (febbraio 1974) in cui dall'analisi della politica energetica italiana emergeva la critica ad un modello di società che crea bisogni sempre nuovi con il miraggio di uno sviluppo senza fine; critica che porterà alla nascita del Comitato per il Controllo delle Scelte Energetiche e del movimento antinucleare italiano.

"Sapere" era anche l'unico spazio di dibattito sulla scienza da cui emergeva una critica articolata e puntuale all'idea dell'infinita adattabilità dell'ambiente alle scelte dell'uomo: i fautori di tale orientamento sostenevano e sostengono tuttora che per quanto l'uomo possa recare offesa all'ecosistema, questo ha in sé i meccanismi omeostatici sufficienti per autoregolarsi e depurarsi e qualora ciò non fosse sufficiente, la scienza e la tecnica sarebbero certamen-

te in grado di escogitare apparecchiature adatte a rimediare ai propri errori e chiudere il ciclo dell'inquinamento e del disinquinamento. Altrettanto importanti sono state, in questa prospettiva, le monografie dedicate a "L'industria chimica" (agosto-settembre 1974), ai falsi modelli di sviluppo nel mezzogiorno ("L'acciaio del sottosviluppo" giugno 1975), alle alternative energetiche (gennaio 1976) e al rapporto tra "Ricerca e società" (febbraio-marzo 1976); per quanto riguarda in particolare la critica della medicina (anche se è difficile tracciare nette divisioni tra un settore ed un altro perché mai approccio fu più interdisciplinare di quello perseguito dalla redazione di "Sapere"!) segnaliamo le monografie dedicate al "Cancro da lavoro" (marzo 1974), al "Comportamento controllato" (dicembre 1974), alla "Medicina del lavoro" (febbraio 1975), alla "Organizzazione del lavoro" (ottobre 1975), a "Vera e falsa prevenzione" (settembre 1976). Segnaliamo inoltre le analisi dedicate a temi di attualità quali la monografia intitolata "Informatica come controllo" contenente uno studio sulle implicazioni politiche dell'allora incipiente computerizzazione di massa (giugno 1974), "La socializzazione infantile" (maggio-giugno 1976), "La strategia della droga" (agosto-settembre 1975), "La generazione involontaria" (novembre-dicembre 1975); senza dimenticare l'ultima importantissima monografia prodotta sotto la guida di Maccacaro dedicata al disastro ambientale di Seveso.

L'attività editoriale del direttore dell'Istituto di Biometria non si è però limitata alla direzione di riviste; con altrettanto impegno e altrettanta passione Maccacaro ha curato, insieme a Marcello Cini, le scelte editoriali della collana "Scienza e Politica - sezione dei Nuovi Testi" pubblicata dall'editore Feltrinelli in cui troviamo, tra gli altri, il famoso AA.VV., *L'ape e l'architetto. Paradigmi scientifici e materialismo storico*, e i già citati O. Varsavsky, *Lo scienziato e il sistema nei paesi sottosviluppati*, e AA.VV., *Scienza e potere* con la presentazione del Comitato organizzatore di Chianciano.

Sempre per l'editore Feltrinelli, Maccacaro fonda e dirige, a partire dal 1972, la collana "Medicina e Potere".

L'ipotesi di lavoro che sta alla base delle scelte editoriali di que-

sta collana è già stata riportata per esteso a pag. 142; in essa si sostiene, in estrema sintesi, che la medicina è un modo del potere, che questo potere può nascondersi in ogni punto della cittadella sanitaria, ma estinguersi in nessuno, occorre dunque cercarlo, scoprirlo e sfidarlo.

L'azione di Maccacaro si esplica principalmente in tre modi: 1. stimolando i medici italiani più impegnati nella critica, nell'analisi e nel rinnovamento della medicina a scrivere sui temi da loro già affrontati; 2. traducendo in italiano i testi di autori stranieri che hanno prodotto, anche in ambiti ristretti della medicina, studi critici significativi; 3. scrivendo prefazioni ai testi stranieri in modo che le analisi prodotte in altri paesi non venissero calate in modo asettico nel nostro panorama culturale, ma diventassero occasione di analisi del contesto italiano.

Un elenco dei titoli da lui proposti è già sufficiente a testimoniare il suo vivissimo impegno in questa direzione, infatti la collana si apre con *La medicina del capitale* di J-C. Polack preceduta da quella *Lettera al Presidente dell'Ordine* che abbiamo presentato nel capitolo 3; il secondo volume pubblicato è la traduzione de *Il talidomide e il potere dell'industria farmaceutica* degli svedesi H.Sjöström (avvocato), e R. Nilsson (biochimico) i quali avevano denunciato le responsabilità della industria farmaceutica produttrice del famigerato psicofarmaco che, somministrato a donne gravide, ha fatto sì che nascessero in tutta Europa migliaia di bambini affetti da focomelia e da altre gravissime deformità. La battaglia per far ricadere le responsabilità di questa tragedia su chi l'aveva compiuta è stata durissima perché contro chi l'ha intrapresa si sono schierati non solo i rappresentanti dei produttori con tutto il loro peso, ma anche l'intero establishment medico «abituato a compiacere l'industria farmaceutica e il potere di questa». Anche in questo caso il testo è preceduto da una nota di Maccacaro che a proposito della diffusione del talidomide si domanda: *E in Italia?* portando il lettore a conoscenza, in modo accuratamente documentato, del fatto che anche nel nostro paese, diversamente dalla convinzione corrente, si sono verificati casi di focomelia causati dalla somministrazione di specialità medicinali talidomidiche; le domande di

Maccacaro sono pressanti: «Quali sono state le dimensioni del fenomeno? E che fine hanno fatto i bambini citati nelle relazioni suddette? Chi provvede ai loro bisogni?». Di fronte a tali domande il Ministero della Sanità, secondo uno cliché che già conosciamo, ha mantenuto il più rigoroso silenzio. Non c'è dubbio, dice Maccacaro, che anche in questo caso la salute pubblica è stata sacrificata a vantaggio del capitale privato e che «la pena e l'infermità dell'uomo sono state pagate all'avidità e all'arroganza di un potere: quello dell'industria farmaceutica».

Il potere dell'industria farmaceutica è anche il tema di un altro dei libri pubblicati nella collana fondata da Maccacaro: si tratta di *Farmaci, salute e profitti in Italia* di A. Del Favero e G. Lojacono in cui l'analisi economica del farmaco inteso come veicolo per la realizzazione di cospicui profitti, si intreccia con l'analisi dell'uso sociale del farmaco, tant'è che gli autori si chiedono: «Il farmaco, che viene sempre più usato come surrogato sociale, farà precipitare anche noi nella repressione e nel controllo farmacologico, come sembra avvenire negli USA, il paese modello della civiltà occidentale?».

La collana prosegue con la pubblicazione di J. Robertson, *Bambini in ospedale* preceduto da *Il bambino è dell'ospedale?* relazione del seminario degli studenti di Biometria e statistica Medica dell'Università di Milano che abbiamo esposto dettagliatamente nel capitolo 6 mostrandone, tra l'altro, proprio l'aderenza all'ipotesi di lavoro espressa in apertura della collana «Medicina e Potere».

Un altro testo di cui abbiamo già parlato è *Il medico immaginario e il malato per forza*, di G. Bert in cui si analizza la formazione curricolare del medico e il ruolo (subalterno) riconosciuto al malato all'interno delle istituzioni sanitarie.

Su quest'ultimo argomento una scrittura a più mani ha prodotto uno dei volumi della collana che ha avuto maggior successo: *I diritti del malato. Guida critica alla conoscenza e all'uso dell'ospedale civile*, a cui hanno collaborato G. Bert, A. Del Favero, M. Gaglio, G. Jervis (che ne è stato anche il curatore), R.A. Rozzi e M. Viviani.

L'incremento demografico in atto a livello planetario strumentalizzato per giustificare politiche repressive trova spazio nel libro

di Mahmood Mamdani *Il mito del controllo demografico* debitamente introdotto dal saggio di Maccacaro intitolato *Siamo troppi?*

I rapporti tra patologia e ambienti di vita costituiscono invece il tema di altri due volumi della collana: *Essere o malessere. Le neurosi viscerali* di M. Gaglio e *Malaria urbana. Patologia delle metropoli* di G. Berlinguer; nel primo testo si parla di malattie degli organi interni che colpiscono soprattutto l'apparato cardiovascolare e digerente caratterizzate dalla mancanza di lesioni strutturali dimostrate e da condizioni protratte di ansia e/o depressione determinate da una situazione conflittuale con l'ambiente; si tratta secondo l'autore di «precise devianze "funzionali", causate da condizioni oggettivamente "ecologiche"» che egli definisce anche «patologia dello sviluppo» o «sociosi» cioè malattie derivate da degenerazione della società.

Nel secondo si esamina la vita nelle città dal punto di vista della salute: si spazia dalle scelte urbanistiche al problema degli orari di lavoro, dalla condizione dei centri storici ai problemi del trasporto, si parla di malattie come segnali di conflitto sociale, della condizione di «cavie urbane» in cui vivono autoferrotranvieri e netturbini, delle differenze sociali di morbosità e mortalità, ma anche di esperienze e progetti di partecipazione democratica alle scelte riguardanti la salute che si compiono negli enti locali.

Un altro argomento trattato in modo aperto è quello dell'uso degli stupefacenti contenuto in *Rapporto sulle droghe* di Giancarlo Arnao.

Anche ai problemi della malattia e della sofferenza psichiatrica sono dedicati parecchi titoli: Th. J. Scheff, *Per infermità mentale. Una teoria sociale della follia*, preceduto da una prefazione di G. Jervis; N. Boulanger, J.-F. Chauv, *Lavoro, famiglia, psichiatria. Il ruolo della psichiatria nelle istituzioni*, con prefazione di S. Mistura; A. Mitscherlich, *Malattia come conflitto*; infine, pubblicato dopo la morte di Maccacaro, D. De Salvia, *Per una psichiatria alternativa*, con prefazione di G. Minguzzi.

Un altro gruppo di titoli molto importanti è dedicato a medicina e lavoro: J. M. Stellman, S. M. Daum, *Lavorare fa male alla salute. I rischi del lavoro in fabbrica*; Olivier Targowla, *I medici dalle*

mani sporche. La medicina del lavoro; Pier Mario Biava, *L'aggressione nascosta. Limiti sanitari di esposizione ai rischi*.

Anche alcuni titoli che verranno pubblicati in questa collana dopo l'improvvisa morte di Maccacaro risentono fortemente delle sue scelte; si pensi, per esempio, alla traduzione dell'importantissimo testo di A. Cochrane *L'inflazione medica. Efficacia ed efficienza nella medicina* oppure al testo di Paola Manacorda *Informativa sanitaria* che senza l'incoraggiamento del direttore dell'IBSUM probabilmente non avrebbe nemmeno visto la luce⁴.

Vogliamo sottolineare che tutti i testi pubblicati hanno la caratteristica di non essere indirizzati solo agli operatori della sanità (medici, infermieri, tecnici, ecc.), ma per quanto trattino di argomenti settoriali, sono diretti a tutti coloro che si occupano di salute in senso lato.

Sono strumenti critici messi nelle mani di chi deve farsi soggetto di salute, di chi vuole essere protagonista di scelte sanitarie, di chi non intende più delegare agli «esperti»; allora il target non è costituito solo da operatori, ma da chiunque soffra disagi e malattie e voglia comprenderne cause e rimedi: da medici, sociologi, sindacalisti, studenti, lavoratori, amministratori, cittadini.

Questa collana ha nutrito di idee e prospettive di azione una intera generazione di militanti che ha fatto del diritto alla salute un obiettivo centrale di lotta; del resto non era stata pensata solo per far conoscere la realtà sanitaria del nostro paese, ma anche e soprattutto per offrire le conoscenze necessarie a cambiarla.

Questa volontà di «conoscere per agire» viene messa definitivamente in primo piano nell'ultima iniziativa editoriale intrapresa da Maccacaro poco prima della morte avvenuta nei locali dell'Istituto di Biometria la mattina dell'11 gennaio 1977: ci riferiamo alla fondazione del trimestrale scientifico «Epidemiologia e Prevenzione» (E&P); nella presentazione del numero zero si legge:

«...abbiamo scelto il binomio che ci intitola non soltanto per accostamento di due modi tanto essenziali, oggi, di fare medicina scientifica e

⁴ Vd. P. Manacorda, *Informativa sanitaria*, Feltrinelli, Milano 1979, pag. 15.

pratica, ma per rendere esplicita la convinzione che l'epidemiologia è anche e soprattutto questo: il momento conoscitivo di una scienza che si fa trasformativa - e, dunque, solo allora si compie - quando promuove prevenzione».

La prevenzione di cui si parla è naturalmente la prevenzione primaria che si realizza attraverso una partecipazione basata sul fatto che le conoscenze sono diffuse tra i diretti interessati e le decisioni sono prese collettivamente.

Con tragico tempismo, mentre il gruppo raccolto intorno a Maccacaro inizia nella primavera-estate del 1976 ad impostare ed elaborare la rivista, accadono «i fatti di Seveso»:

«(...) una larga nube di sostanze straordinariamente tossiche si alzò da uno dei cento punti in cui si articola nel mondo la produzione di una gigantesca impresa multinazionale per abbattersi e rotolare su una regione densamente popolata del nostro Paese, investendo da sé uomini, abitazioni, culture, animali, corsi d'acqua ed estesi terreni, avvelenando non si sa ancora quanti, producendo danni non si sa completamente quali, per un unico, noto, identificato fine: il profitto del capitale che trasforma in se stesso non solo il pluslavoro degli uomini, ma anche le condizioni, la nocività, i rischi di questo lavoro.

Non si è trattato di un incidente ma di un delitto. Data: 10 luglio 1976; luogo: Seveso ed altri comuni della Brianza; colpevole: ICMESA di Meda; mandante: HOFFMANN-LA ROCHE di Basilea; complici: governanti e amministratori italiani di vario livello (centrale, regionale, locale); arma: organizzazione scientifica di produzioni tossiche; reato: lesioni e danni di varia natura e gravità; vittime: lavoratori, popolazione, ambiente.

Un delitto, diciamolo chiaramente, di cui nessuno vorrebbe più sentir parlare(...). Noi, invece, insistiamo a dire che si tratta di un delitto (...) Se ciò che è accaduto all'ICMESA il 10 luglio 1976 fosse stato imprevedibile e, ove prevedibile, imprevenibile ma altamente improbabile, l'alibi dell'incidente potrebbe ancora essere giocato. Ma se l'evento era probabile, prevedibile e prevenibile e ha potuto verificarsi, cade l'alibi e il delitto si scopre»⁵.

⁵ G.A.Maccacaro, *Seveso: un crimine di pace*, in *Sapere*, nov.-dic. 1976, vol. LXXIX, 796, pp. 4-9.

Non possiamo entrare nel merito di quanto successe a Seveso nell'estate del 1976, ma vogliamo sottolineare - come fa Maccacaro nella pagina di presentazione del numero zero di "E&P" - che quei fatti hanno dolorosamente confermato che non c'è prevenzione senza informazione e partecipazione: a Seveso se ci fosse stata una conoscenza partecipata del pericolo che da tempo incombeva sulla popolazione probabilmente non si sarebbe potuto con tanta facilità perpetrare quel "crimine di pace".

«A Seveso non si è fatta prevenzione e, forse, si farà solo ora qualche epidemiologia» dice Maccacaro, ma sarà solo una epidemiologia che interviene a rilevare i danni *a posteriori*.

E' ben diversa l'epidemiologia a cui pensa Maccacaro:

«E' dunque, chiaro che l'epidemiologia cui pensiamo è anche questa, (...), ma è soprattutto un'altra: quella che si impegni ovunque le cause morbigeno siano ancora oscure o celate, nella molteplicità della genesi degli interessi sottesi, a svelarne intrepidamente l'identità, a parteciparne lealmente la conoscenza, a stimolarne efficacemente la prevenzione, ante factum, almeno prima, cioè, che la minaccia per la salute dell'uomo sia diventata, oltre che il rischio temuto, il danno compiuto per una comunità».

Per fare un'epidemiologia di questo genere occorre l'impegno non solo degli studiosi che sviluppano la ricerca nelle sedi istituzionali, ma anche dei soggetti della esperienza, degli «operatori della pratica che in varie sedi - dalla fabbrica al territorio, dalla scuola alla sanità e in ogni altro dove sociale - sono protagonisti attivi e creativi di una epidemiologia e di una prevenzione che, pur a diversi livelli di analisi e di sintesi, vanno accolte nella riflessione collettiva». La nuova rivista, dunque, si apre agli interventi di tutti questi soggetti. I quali, tra l'altro, hanno dimostrato di essere indispensabili proprio in occasione della lettura critica dei fatti di Seveso in cui l'esperienza dei lavoratori del G.P.I.A. della Montedison di Castellanza (Gruppo di Prevenzione e Igiene Ambientale) e la loro capacità di analizzare e ricostruire il ciclo produttivo dell'ICMESA, unita alle competenze di B. Mazza e W. Scatturin, docenti del Politecnico di Milano, hanno fatto sì che, contro la disinformazione e

minimizzazione dell'accaduto, si iniziasse l'accurato lavoro di controinformazione che ha costituito il tema monografico del numero 796 di "Sapere" intitolato *Seveso: un crimine di pace*, lavoro che ha avuto risonanza non solo a livello nazionale, ma che ha costituito un importante punto di riferimento per le inchieste e le lotte degli ambientalisti di tutta Europa.

Per ritornare alla rivista "E&P" dobbiamo constatare che i temi toccati nell'introduzione sono particolarmente numerosi e pregnanti: la prevenzione, la produzione e la trasmissione delle conoscenze, la partecipazione, il ruolo dell'epidemiologia, il rifiuto della logica che mette in conflitto la salute dell'uomo e le esigenze della produzione; inoltre il primo articolo ospitato dalla rivista apre un dibattito a più voci su un altro tema centrale: quello della funzione della "soggettività nella prevenzione".

Sempre nel numero zero troviamo un editoriale del direttore su di un tema che più di altri dimostra la compiuta compenetrazione tra le posizioni del Movimento Operaio e le elaborazioni di Maccacaro, dove le idee di entrambe le parti si sono arricchite e hanno prodotto uno dei punti più alti raggiunti dalla lotta per la difesa della salute dei lavoratori; il titolo dell'editoriale è "L'onere della prova di cancerogenicità: sulle cose o sugli uomini?" e la tematica è quella più generale che avevamo già annunciato: «cancro, lavoro e scienza».

9.

CANCRO, LAVORO E SCIENZA

Abbiamo già parlato della creazione dei miti del germe e del gene utilizzati per distogliere l'attenzione dall'origine antropogena delle malattie degenerative e indirizzarla verso una presunta origine fisiogena. Il caso più evidente di questo utilizzo riguarda il tentativo di dare una spiegazione alla "malattia del secolo": il cancro.

Maccacaro, in accordo con gli studiosi più attendibili, sostiene che l'80-90% dei tumori è attribuibile a fattori ambientali costituiti prevalentemente da agenti chimici e fisici¹; tali agenti raggiungono le più alte concentrazioni nei luoghi di lavoro e da qui si diffondono negli ambienti di vita causando inquinamento atmosferico e idrico; poiché la quantità e la distribuzione di questi fattori nell'ambiente dipendono interamente dal modo di produzione, il cancro può essere definito come malattia prodotta dal progetto capitalistico; di conseguenza una battaglia contro il cancro non può che partire da qui: dalla messa in stato di accusa di tale progetto e dalla realizzazione di un rigoroso programma di prevenzione finalizzato all'abbattimento delle fonti di nocività.

Al contrario, il mondo della ricerca biomedica decide di dare tutto il suo appoggio al colossale programma di "Conquista del cancro" lanciato dal presidente americano Richard Nixon nel 1971; progetto che, in modo significativo, privilegia lo studio dei problemi di diagnosi-prognosi, terapia e riabilitazione e presta minore attenzione al momento della prevenzione primaria.

¹ G.A.Maccacaro, prefazione a L.Tomatis, *La ricerca illimitata*, Feltrinelli, Milano 1974, pp. 7-31.

Un'analisi e una valutazione della direzione imboccata dalla ricerca sul cancro è espressa da Maccacaro nell'introduzione a *La ricerca illimitata* di Lorenzo Tomatis.

Tomatis è uno dei massimi esperti mondiali di cancerogenesi sperimentale, ha diretto dal 1982 al 1993 l'International Agency for Research on Cancer dell'O.M.S. (IARC-Lione); tra le sue pubblicazioni, oltre a importantissimi saggi scientifici, figurano alcuni diari² in cui racconta le sue esperienze di ricercatore e ci rende partecipi delle sue riflessioni su quanto avviene negli ambienti scientifici di più alto livello.

Maccacaro e Tomatis si incontrano per la prima volta nel 1971 ed evidentemente i due entrano in sintonia, forse perché profonda cultura, intelligenza scientifica, coerenza e grande onestà sono caratteri che li accomunano, forse perché Maccacaro rivede nel percorso intellettuale di Tomatis il proprio percorso:

«...c'era un giovane medico che aveva deciso di dedicarsi interamente alla ricerca, senz'altro calcolo, perché era esigente di cose essenziali e pensava che la ricerca scientifica, in quanto tale, lo fosse.

Ma pensava anche che "il nostro lavoro non può che essere un impegno costante, condotto con precisione e onestà come una infinità di altri lavori". Se questo impegno fosse stato mantenuto, questa precisione e onestà coltivate, la ricerca avrebbe avuto un senso e ne avrebbe dato alla vita di un uomo (...) ma dov'era l'onestà s'era smarrito l'impegno, dove ferveva l'impegno languiva l'onestà e in molti posti s'era perduto il ricordo di entrambi. O forse non era questo il metro per giudicare, il modo per capire?

Questa amara scoperta e alcune altre credute - soprattutto intorno al contrasto tra l'ambigua realtà e la chiara immagine della scienza - sono la ragione del primo diario di Tomatis (...) Infatti, come nel pensiero e nel discorso di molti di noi allora, tutto vi è messo in discussione di ciò che

² I due testi a cui si fa riferimento in questo capitolo sono i seguenti: R. Tomatis, *Il laboratorio*, Einaudi, Torino 1965; ristampato da Sellerio editore, Palermo 1993. R. Tomatis, *La ricerca illimitata*, Feltrinelli, Milano 1974. In seguito sono stati pubblicati altri due diari: Renzo Tomatis, *Visto dall'interno*, (1976). Renzo Tomatis, *Storia naturale del ricercatore* (1982).

attiene alla scienza - uomini e istituzioni, strutture e tradizioni - fuorché la scienza stessa: che non è mai nominata perché lo sarebbe invano. (...) Ma ben poco, forse nulla, di tutto ciò sopravvive in questo secondo diario (...) Accortosi che essere onesti non è la garanzia assoluta per produrre dei buoni risultati scientifici e superato il moralismo esigente che tendeva a risolversi nel proprio individuale "far bene", avvertito "il dubbio che la grande impresa cancerosa della quale anche noi facciamo parte assomigli troppo a una colossale mistificazione" e inteso che nel contesto dato, "proclamare la priorità assoluta dei criteri scientifici obiettivi non può che proteggere oggi certi interessi non certo quelli dell'uomo" egli ci avverte dall'interno del suo ruolo e della sua esperienza - che "l'autonomia [del ricercatore] si giustifica come opposizione ideologica e non come conseguimento di ambizioni intellettuali".

Ora Tomatis può rivolgere la sua domanda direttamente alla scienza per chiederle conto non più della sua tecnica funzione ma della sua ragione politica: perché ora sa che è questa a decidere di quella, e ad essere decisa, a sua volta, nella sorte di ben altre battaglie.»

E qual è la ragione politica che guida le scelte nel settore della ricerca biomedica e segnatamente della ricerca sul cancro?

Nella prefazione al libro di Tomatis, Maccacaro elenca gli obiettivi perseguiti dal progetto "Conquista del cancro":

1. Trovare il modo di ridurre gli effetti degli agenti cancerogeni esterni.
2. Trovare il modo di modificare le persone così da rendere minimo il rischio che sviluppino dei tumori.
3. Trovare il modo di impedire la trasformazione di cellule normali in cellule tumorali.
4. Trovare il modo di impedire l'evoluzione cancerosa delle cellule in stato precanceroso, lo sviluppo di tumori da condizioni pretumorali, la diffusione dei tumori dalla sede primaria.
5. Trovare il modo di ottenere un'accurata valutazione di:
 - a) il rischio di sviluppare tumori per individui e popolazioni;
 - b) la presenza, l'entità e il probabile andamento dei tumori in atto.
6. Trovare il modo di curare i pazienti cancerosi e di limitare l'avanzamento del cancro.

7. Trovare il modo di migliorare la riabilitazione dei pazienti cancerosi.

e fa subito notare che il punto debole di un progetto del genere sta nel fatto che la presenza nell'ambiente di agenti cancerogeni è assunta come un dato di fatto ineluttabile.

La ricerca può tentare di ridurre gli effetti negativi di questa presenza oppure può tentare di aumentare le difese degli organismi che verranno esposti agli agenti cancerogeni; ma non si parla mai della necessità di evitare o ridurre drasticamente la possibilità che agenti cancerogeni e uomini entrino in contatto perché ciò avrebbe delle implicazioni decisamente destabilizzanti per il modo di produzione dominante.

Tali implicazioni consisterebbero, infatti, nella *rimozione da tutte le lavorazioni e produzioni di qualsiasi agente chimico o fisico già noto come potenziale cancerogeno* e nella necessità della *valutazione dell'attività cancerogena di tutte le sostanze e le tecniche impiegate in qualsiasi produzione e lavorazione*.

Questo implicherebbe a sua volta che la salute dell'uomo fosse considerata una variabile indipendente e che i processi produttivi venissero adeguati alle esigenze della salute, mentre sappiamo che avviene esattamente il contrario cioè che il modo di produrre viene considerato intoccabile, mentre è la salute dell'uomo a doversi adattare ad esso.

Per ciò che riguarda poi la valutazione della cancerogenicità delle sostanze utilizzate nell'industria, essa dovrebbe essere condotta sperimentalmente *prima* dell'immissione nel mondo della produzione (e quindi in quello del consumo), mentre nei fatti vige la prassi opposta secondo cui una nuova sostanza è considerata innocua fino a che non è provata la sua pericolosità.

Quest'ultima affermazione solleva una questione cruciale sulla quale vogliamo soffermarci: l'onere della prova di cancerogenicità deve ricadere sulle cose (le nuove sostanze immesse in produzione) o sugli uomini (che poi non sono "gli uomini in generale", ma sono i lavoratori esposti a quelle sostanze)?

Tale quesito ci rimanda al già citato editoriale apparso sul numero zero di "E&P"; in esso per prima cosa Maccacaro distin-

gue tra agenti noti ed ignoti di cancerogenesi professionale. Per ciò che riguarda i primi la presa di posizione è netta ed inequivocabile:

«(...) per un cancerogeno di nota identità, c'è un solo M.A.C.³ scientificamente accettabile ed è quello zero: il cancerogeno deve semplicemente scomparire dall'ambiente e restare negli impianti purché questi siano costruiti in modo da escludere ogni contatto tra l'agente e l'uomo, entro e fuori la fabbrica».

Da qui la necessità di ristrutturare gli impianti di produzione in modo che siamo forniti di tutti i dispositivi necessari per l'azzeramento dei MAC (impianti "a ciclo chiuso") e di affidarne il controllo ai lavoratori direttamente interessati.

Per ciò che concerne, invece, la presenza nell'ambiente di lavoro di agenti con ignota o non determinata cancerogenicità, la prima cosa da fare, se si vuole intervenire preventivamente, è di scoprirne l'identità.

Per farlo ci sono due possibilità: 1. *la via sperimentale*, che consiste nel verificare su organismi che non siano quello umano quali effetti può causare una sostanza che è sospettata di produrre tumori nel nostro organismo e se questi effetti possono essere correlabili con l'effetto cancerogeno nell'uomo; 2. *la via epidemiologica*, che consiste nel verificare in gruppi umani confrontabili per altre condizioni, ma diversi per ambiente di lavoro, quale sia la frequenza con la quale le persone ammalano e muoiono di tumore.

Qui però sorge un problema: Maccacaro fa notare che la scienza non ritiene corretta, quindi scientifica, l'estrapolazione dall'animale all'uomo; cioè non è possibile dire che una sostanza è cancerogena per l'uomo solo perché lo è, per esempio, per la cavia di laboratorio. Lo stesso criterio naturalmente vale anche per l'immissione di nuovi farmaci nel mercato.

La scienza chiede "equamente" sia al produttore del nuovo farmaco, sia al lavoratore esposto di esibire una prova della correttezza

³ M.A.C. = Massima Concentrazione Accettabile; per una definizione più esauriente vedi pag. 48.

dell'estrapolazione delle verità acquisite dall'animale all'uomo.

Questa richiesta fatta allo stesso modo alla sostanza che si pretende utile per la salute e all'uomo che si sente minacciato nella sua salute è, secondo Maccacaro, sbagliata e ingiusta:

«Non esiste una dialettica della colpa e dell'innocenza tra l'uomo e le cose. Non esiste una giustizia amministrabile che ne accetti il confronto.

L'uomo va, sempre e comunque difeso e l'onere delle prove sta tutto e sempre sulle cose, soprattutto su chi le produce e le immette nell'uso umano, nell'ambiente di vita ed in particolare di lavoro. Quindi estrapolare che una sostanza certamente cancerogena per altri organismi diventa possibilmente cancerogena per l'uomo è perfettamente corretto e conclusivo: la vita dell'uomo va difesa non solo dai danni ma anche dai rischi, va riparata dai colpi ma anche dalle ombre se queste proiettano una minaccia di malattia o di morte. Tanto più se si nota che la estrapolazione retrograda è quasi sempre vera: le sostanze che si sono dimostrate cancerogene per l'uomo sono tali anche per altri organismi non umani».

Il direttore dell'IBSUM fa notare anche che ci sono notevoli differenze tra l'approccio sperimentale e quello epidemiologico: il primo permette di riconoscere le sostanze pericolose prima che vengano immesse in produzione e soprattutto lo fa in termini di tempo relativamente brevi, il secondo arriva alle sue conclusioni conteggiando morti e malattie dopo che queste si sono già verificate tra i lavoratori e lo fa in tempi molto più lunghi (sufficientemente lunghi da permettere l'ammortamento degli impianti - dice Maccacaro).

Il metodo sperimentale parte dalle cause (le sostanze) e cerca gli effetti che non sono noti, mentre il metodo epidemiologico conta gli effetti (tumori) per risalire alle cause.

Il direttore dell'Istituto di Biometria sostiene che i due approcci non sono intercambiabili e non possono essere usati allo stesso modo, in particolare se il metodo epidemiologico non può che constatare *il danno*, il metodo sperimentale ha già svolto il suo compito quando ha riconosciuto che c'è un *rischio*; infatti il semplice rischio di compromettere la salute dovrebbe essere sufficiente

ad imporre provvedimenti di bonifica degli impianti.

In altri termini sostiene che l'approccio sperimentale non deve lasciar passare nessun possibile cancerogeno, basta il sospetto che una sostanza sia tale per bloccarla e se ciò implica che si corra il rischio di bloccare anche qualche sostanza che non lo è, Maccacaro sostiene che non è poi così grave perché gli eventuali errori (l'equivalente del trattenere dei falsi positivi) verrebbero compiuti ai danni di molecole e non di uomini.

L'approccio epidemiologico, invece, non deve lasciare nascosto nessuno dei tumori prodotti, basta il sospetto della diagnosi per identificarli, così facendo si può commettere solo l'errore (innocuo) di lasciare passare qualche falso negativo.

Queste argomentazioni, che riguardano un tema a prima vista così particolare e specialistico come l'epidemiologia dei tumori professionali, lasciano invece trasparire una riflessione molto più generale sulla scienza e sulle sue finalità:

«Queste cose dette così sommariamente sembrano al limite della eterodossia scientifica: ma non ci basta una ortodossia di conoscenza (anche se le dedichiamo i nostri studi e le nostre ricerche); ci occorre una correttezza e un'efficacia di intervento. Qualsiasi decisione scientifica è affetta da due rischi di errore: credere che una ipotesi è vera quando è falsa; credere che una ipotesi è falsa quando è vera. La tradizione della scienza neutrale si è sempre preoccupata di un errore più che dell'altro, l'immagine della scienza equanime corrisponde al tentativo di ridurre entrambi gli errori, *ma è degna di anche maggior rispetto quella di una scienza non solo conoscitiva ma trasformativa per il bene dell'uomo* che si preoccupa soprattutto dell'errore che lo minaccia ed è questo che vuole minimizzare ed estinguere».

Detto questo, l'editoriale di Maccacaro si conclude coerentemente con una serie di indicazioni operative relative all'organizzazione della prevenzione del cancro da lavoro: anzitutto si sottolinea la necessità dello sviluppo e dell'applicazione del metodo sperimentale per la verifica della cancerogenicità delle sostanze (ma anche dei metaboliti che possono formarsi nell'organismo per loro

trasformazione); si richiede altresì un'estensione delle prove alle associazioni di più sostanze perché l'ambiente è proprio fatto di interazioni; infine, occorre una sistematizzazione delle indagini epidemiologiche le quali non devono costituire un motivo di rinvio di accertamenti sperimentali; devono essere fatte in modo che anche i dati raccolti per la prevenzione secondaria vengano recuperati nella funzione di ricerca eziologica (altrimenti si rischia che le due cose si pongano in alternativa); devono servire all'attivazione di un registro tumori che sia operativo ed efficace; infine, poiché si è più volte ripetuto che non c'è prevenzione senza partecipazione, le indagini epidemiologiche devono basarsi sulla mobilitazione del gruppo operaio, al quale va inoltre riconosciuto il primato sia per ciò che riguarda le indagini, sia per ciò che riguarda le iniziative preventivistiche da mettere in atto.

Queste sono le analisi e le proposte di Maccacaro, ma torniamo al programma statunitense di "Conquista del cancro": cosa può fare l'establishment scientifico-politico una volta che abbia deciso di non riformare l'organizzazione del lavoro e tanto meno di ripensare le finalità della scienza in funzione del bene dell'uomo?

Rimangono il tentativo di mettere sul conto di un virus tutta la responsabilità causale del cancro umano (1° e 2° obiettivo del programma di Nixon), l'intensificazione della ricerca dei fattori ereditari che predispongono all'insorgenza di tumori (il 2°-4° obiettivo) ed infine l'enfatizzazione della diagnosi precoce (5°, 6° e 7° obiettivo).

Ma la ricerca del virus del cancro e del relativo vaccino non ha dato risultati tangibili; le ricerche sulla predisposizione hanno compiuto passi molto lenti; e l'estensione della diagnosi precoce al maggior numero di persone (avvenuta, come già sappiamo, senza che venisse effettuata alcuna seria indagine per valutare i vantaggi e i pericoli, il beneficio individuale e il costo sociale di tali pratiche) è spesso rimasta improduttiva non avendo avuto possibilità di modificare la prognosi dei tumori diagnosticati (Maccacaro però fa notare che un esito certo c'è stato: l'apertura di nuovi larghi spazi agli investimenti ed ai profitti dell'industria farmaceutica, chimica ed elettronica).

In conclusione Maccacaro afferma che le uniche vere conoscenze acquisite sul cancro sono costituite dall'elenco di sostanze e agenti fisici che sono in grado di attivare i meccanismi che determinano l'insorgenza dei tumori, ma tali conoscenze, per i motivi sopra esposti (ovvero per volontà del capitale) sono destinate a rimanere inoperanti.

E' stato nel tentativo di modificare questa situazione e nello sforzo comune di rendere operative tali conoscenze che il movimento operaio italiano e i ricercatori democratici hanno raggiunto un grado di sintonia sufficiente a far loro superare gli steccati che da sempre li tenevano separati; Lorenzo Tomatis in un articolo apparso recentemente su "E&P" dedicato alla *Evoluzione della ricerca etiologica dei tumori*, nel ripercorrere le tappe della storia della ricerca sperimentale ed epidemiologica e dei loro contributi alla definizione ed identificazione delle cause dei tumori umani, accenna all'esistenza di questa coincidenza di interessi:

«... La polarizzazione sulla ricerca delle cause ambientali dei tumori ha coinciso, e quanto vi abbia contribuito è difficile dire, con la crescita di una sensibilità sociale e di un fermento equalitario.»⁴

Con una certa semplificazione possiamo leggere in parallelo le alterne fortune della tesi ambientalista sul cancro (quella che imputa la malattia principalmente a cause esogene/ambientali) e la parabola del movimento per la salute: nel momento in cui Maccacaro è attivo (1960-70) la tesi ambientalista e i successi della cancerogenesi sperimentale sono ai massimi livelli, nello stesso tempo il movimento operaio raggiunge la sua massima capacità operativa nel tentativo di eliminare le sostanze cancerogene dai luoghi di lavoro. Nelle due decadi successive gli ambientalisti hanno dovuto fare i conti con il fatto che l'approccio sperimentale ha mostrato di avere notevoli limiti metodologici cosicché la tesi anti-ambientali-

⁴ L. Tomatis, *L'evoluzione della ricerca etiologica dei tumori umani*, in "Epidemiologia e Prevenzione" 1995; 19: 229-292.

sta (che rivolge le ricerche verso cause endogene/genetiche) ha preso il sopravvento; questo nuovo approccio, favorito dagli apporti della biologia e della genetica molecolare che hanno prodotto nuove conoscenze sui *meccanismi* della cancerogenesi, ha lasciato in secondo piano la ricerca delle *cause*. Contemporaneamente la forza di contrattazione dei lavoratori sui temi della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro è venuta meno.

Ovviamente lo studio della patogenesi non è meno importante di quello dell'eziologia dei tumori; entrambe queste conoscenze sono essenziali, ma, se ci è concesso formulare un'ipotesi partendo dalle premesse teoriche dell'analisi di Maccacaro, possiamo dire che forse questo cambiamento di direzione delle ricerche è conseguente anche ad un rafforzamento dei poteri che si oppongono ad una politica di controllo sulle produzioni industriali; in altre parole la ricerca medica, dopo aver tentato di giustificare il cancro utilizzando il mito del germe, ci riprova, questa volta indisturbata, col mito del gene.

Ma torniamo al momento in cui mondo della scienza e mondo del lavoro, seppure per una breve stagione, si incontrano.

Negli anni '60-'70 è stata proprio questa convergenza di attenzione di ricercatori e lavoratori a permettere a molti di prendere coscienza del problema del cancro in modo diverso da quello propagandato dai rappresentanti ufficiali della scienza e della medicina.

Maccacaro ha più volte sottolineato che la scienza delle società occidentali non è in grado di pensare insieme la natura e la società, che la sua forza conoscitiva deriva dalla capacità di isolare l'oggetto di studio dal suo contesto; che l'organizzazione del lavoro scientifico è basata su di una netta divisione del lavoro e che la separazione dei ruoli comporta che ciascuno agisca nel suo ambito ristretto senza preoccuparsi di ciò che succede all'esterno.

Questa separazione dei ruoli è uno dei punti di forza del sistema di produzione del capitale (e del suo modo di produrre conoscenza) ed è proprio questa separazione che è stata messa in discussione dalle esperienze e dalle lotte per la salute condotte in quegli anni.

Maccacaro ha pubblicato sul numero 770 della rivista "Sapere"

(marzo 1974) un dossier sul "cancro da lavoro" in cui il problema della frammentazione delle conoscenze e della separazione dei ruoli è messo in primo piano. Nel dossier viene presentato il "libro bianco" prodotto dai lavoratori dell'IPCA di Ciriè (TO), una fabbrica di coloranti dove la presenza di sostanze cancerogene ha fatto ammalare e morire di cancro alla vescica decine di lavoratori³.

Di fronte alle denunce di questi lavoratori, Benedetto Terracini, esperto in cancerogenesi, non esita a dire che quelle morti si sono verificate per la sete di profitto del proprietario dell'azienda, ma anche per «l'abisso che c'è e c'è sempre stato tra il mondo della ricerca e la realtà della nostra società».

Infatti la nozione che lavorare alla produzione di coloranti comporta il rischio di contrarre un tumore vescicale risale al 1895; la Clinica del Lavoro dell'Università di Milano ha pubblicato uno dettagliato studio sull'argomento nel 1949. Nel 1960 si è tenuto a Padova il simposio sui tumori della vescica della Società Italiana di Cancerologia in cui si è discusso delle cause degli stessi; ma, come dice Terracini: «Gli scienziati, si sa, fanno gli scienziati e il loro compito è quello di fare le scoperte e sottoporle al vaglio scientifico di altri scienziati e non quello di mettere le informazioni sanitarie in loro possesso a disposizione di chi ne è direttamente interessato», così nel 1968 viene pubblicata su una rivista specializzata destinata ad un pubblico di scienziati la notizia di ben 20 casi di tumori vescicali dovuti all'esposizione a sostanze usate in un'azienda per la produzione di coloranti; naturalmente, per mantenere il giusto distacco scientifico, non viene fatto il nome dell'azienda e le persone coinvolte nel dramma del cancro non sono chiamate per nome, ma vengono ridotte a «casi» e indicate con le semplici iniziali.

La riflessione di Terracini continua con una considerazione sulla distanza che corre tra "le formule e la realtà del processo produttivo":

«Un conto è leggere su un libro di chimica industriale che il "sale G" deriva dalla reazione tra beta-naftolo e acido solforico. Un altro conto è

³ Le cifre variano da 19 a 54 - in ogni caso è una strage.

invece apprendere che all'ipca questo richiedeva la presenza di 16 operai, dei quali uno rimaneva immerso in una nube di anidride solforosa in ambiente irrespirabile.

Sempre nel libro di chimica industriale, la trasformazione del "sale G" in acido gamma è la cosa più semplice del mondo: basta aggiungere prima ammoniaca e poi soda caustica. In realtà, almeno all'ipca, questo voleva dire trasportare un quintale di ammoniaca in sacchi, dovendo ogni tanto correre via per non rimanere asfissati. La soda caustica veniva messa nell'autoclave con le mani, senza occhiali e senza guanti».

(forse queste descrizioni rendono più evidente l'importanza del "Controcorsò" svoltosi alla Facoltà di Chimica del Politecnico di Milano che abbiamo descritto a pag. 151).

Analogamente allo scienziato e al chimico, anche il medico di fabbrica dell'IPCA ha compiuto il suo dovere: del resto lui, come molti altri si è laureato «in una facoltà di medicina la cui funzione era ed è quella di produrre tecnici della diagnosi e della terapia, non certamente della prevenzione».

Inoltre, la legislazione italiana nel momento in cui scoppia il caso IPCA non prevede alcuna misura preventiva, l'INAIL funziona secondo il principio che i rischi non si prevencono, ma si indennizzano e, nel caso specifico si indennizzano solo se il tumore è riconosciuto entro 10 anni dall'allontanamento dal lavoro rischioso. Per finire, il processo intentato contro l'azienda si è concluso con l'assoluzione dei proprietari e con il pagamento di una multa da parte del direttore tecnico. Quindi Terracini conclude:

«Gli scienziati fanno gli scienziati, i chimici industriali scoprono nuovi metodi di produzione, i medici di fabbrica fanno quello che è stato loro insegnato di fare, l'INAIL applica le disposizioni di legge, gli industriali non sono tenuti ad occuparsi di quanto succede dentro la fabbrica, i dirigenti eseguono gli ordini. Mentre gli operai dell'IPCA morivano o si ammalavano di cancro, ciascuno dei tecnici faceva il proprio dovere, come impone il ruolo che ciascuno ha nella nostra società. E' la linea di difesa degli imputati di Norimberga: la differenza è puramente quantitativa».

Questa frammentazione è uno dei meccanismi che fa sì che i tecnici contribuiscano a compiere stragi silenziose nei luoghi di lavoro nel pieno rispetto della legalità, in perfetta buona fede e probabilmente senza averne neppure coscienza.

Che questa sia la regola generale e non una eccezione viene confermato da un altro esempio riportato da Maccararo nello stesso numero di "Sapere": dopo la pubblicazione dei dati relativi all'IPCA di Ciriè, in occasione di un "Simposio Internazionale sui Tumori delle vie urinarie" tenutosi a Torino nel maggio del 1972, Ettore Mattea, urologo dell'Ospedale Maggiore di Milano-Niguarda, presenta una mozione in cui si chiede, dato il rischio che incombe sui lavoratori, di vietare la produzione e l'utilizzazione delle amine aromatiche cancerogene; chiede, inoltre, che il riconoscimento della malattia professionale non venga più limitato a 10 anni dalla cessazione del lavoro, ma, dati i lunghi tempi di latenza, venga esteso a tutta la vita del lavoratore.

La mozione non viene presa in considerazione perché la presidenza non ritiene opportuno trattare un problema riguardante disposizioni di legge operanti a livello nazionale in un simposio di carattere internazionale; senonché, nel settembre dello stesso anno si tiene a Roma il Congresso della Società italiana di Urologia; qui lo stesso Ettore Mattea chiede agli studiosi intervenuti di prendere posizione sulla necessità di effettuare controlli periodici sui lavoratori addetti alla lavorazione di coloranti cancerogeni. Gli viene risposto che il problema è di natura sindacale e quindi non è compito di un congresso medico occuparsene.

Da questi episodi Maccararo deduce che il potere esercita sulla scienza una pesantissima censura preventiva:

«...alla scienza è concessa qualche libertà di discorso ma è richiesta l'obbedienza degli atti. E' concesso nelle sedi a ciò riservate - congressi, simposi, accademie, etc. - formulare ipotesi, proporre teorie, presentare stime. Purché rimangano tali e non divengano - calandosi nelle cose - atti concreti, imputazioni precise, mutazioni richieste per quella cosa che definisce il potere stesso: il suo modo di produzione».

Maccacaro sostiene che sono anche fatti di questo genere che spiegano l'enorme differenza tra due dati di grande interesse per chi voglia comprendere il problema della crescente diffusione del cancro: da un lato la stima che l'80% dei tumori sia di origine ambientale e dall'altro la constatazione che solo l'1% dei tumori è riconosciuto come malattia professionale⁶.

La distanza tra questi due dati è la stessa che corre tra la sede di un congresso e un luogo di produzione: è la distanza «tra una scienza che vive nell'assenza dell'uomo e un uomo che muore in assenza della scienza», la quale parla autorevolmente di cancerogenicità quando è nel suo orticello separato, ma si dilegua non appena le si chiede di scoprire la cancerogenicità di sostanze usate in questa o quella fabbrica o di riconoscerne gli effetti in questo o quell'operaio. Il problema, dunque, è quello di ridurre questa distanza e bisogna riconoscere che nonostante le difficoltà, negli anni '60-'70 alcuni ricercatori, sulla scia delle lotte operaie, hanno compiuto dei notevoli passi in questa direzione. La coscienza della complessità e della potenza delle articolazioni del rapporto scienza-potere che si frappongono a questo incontro, non intimidiscono il direttore dell'Istituto di Biometria il quale invita medici e ricercatori a prendere posizione:

«... rileggendo i materiali qui raccolti e soprattutto il documento degli operai dell'IPCA, vogliamo dire che ne emerge per noi - oltre l'angoscia e l'indignazione - l'indicazione positiva di quale possa e debba essere l'impegno autentico del tecnico e del medico che vogliono riaffermare la loro lealtà all'uomo: sottrarsi al comando politico che ne avvilisce anche l'in-

⁶ A 20 anni di distanza questa affermazione di Maccacaro è ancora perfettamente vera, ecco cosa dice Paolo Vineis a proposito del riconoscimento dei tumori di origine professionale: «Per molti anni i dati in possesso dell'INAİL sono stati pubblicati in modo tale da non consentire un uso epidemiologico. Ci sono motivi per pensare che per alcune malattie il numero di casi indennizzati dall'INAİL sia nettamente inferiore al numero di casi attribuibili all'ambiente di lavoro. Nel caso dei tumori, le stime basate su indagini epidemiologiche indipendenti indicano che i casi attribuibili alle esposizioni professionali potrebbero essere il 3-5 % di tutti i tumori, cioè circa 6.000-7.000 casi all'anno in Italia; l'INAİL nel 1984-87 ne aveva riconosciuti soltanto 141». (*La salute non è una merce*, Bollati Boringhieri, Torino 1994, pag.47).

telligenza scientifica; porsi nell'esperienza della classe per apprendere la profonda lezione; liberare nella sua la loro capacità di conoscenza e di trasformazione».

Così dopo i lavoratori dell'IPCA prendono la parola altri lavoratori: sul numero 777 del dicembre 1974 di "Sapere" viene riportata per intero una discussione tra sette consigli di fabbrica sui problemi sollevati dalla nocività del cloruro di vinile (CVM) e di altre sostanze. Durante l'anno si erano svolti alcuni convegni sulla cancerogenicità di questo monomero nel corso dei quali avevano preso la parola dal pubblico anche alcuni lavoratori di fabbriche in cui tale sostanza è prodotta, «nelle loro parole - scrive la redazione di "Sapere" - avevamo sentito la voce di un sapere operaio del quale le circostanze limitavano l'espressione», per questo Maccacaro invita i lavoratori all'Istituto di Biometria per un incontro-dibattito in cui loro, i diretti interessati, parlano di cancerogenicità, delle manovre del capitale che impone tempi e modi della diffusione delle notizie riguardanti la pericolosità dei materiali, della "tossicità" del segreto industriale, dello scontro di classe, del ruolo dei "tecnici", del rapporto coi ricercatori, delle esperienze di fabbrica; si interrogano sul "che fare", parlano della priorità della prevenzione primaria e della necessità di legarla al salario garantito.

Maccacaro si confronta con i lavoratori e impara dalla loro esperienza, si arricchisce delle loro riflessioni, fa proprie le loro richieste:

«Ricordo come un'insolita occasione di apprendimento e di riflessione il dibattito che si svolse, un anno fa, nel nostro Istituto, tra sette consigli di fabbrica convenuti a discutere sul cancro da lavoro: più precisamente sui danni da cloruro di vinile e più latamente su lavoro e nocività.

In quell'occasione un delegato della Montedison di Castellanza e un altro della Montefibre di Marghera dissero ciò che corrispondeva al pensiero di tutti i loro compagni, con queste parole: "In fin dei conti, per noi la vera prevenzione si fa con l'impiantistica".

Infatti, la nocività dell'ambiente di lavoro ed in particolare quella oncogenica si elimina con gli investimenti per impianti che vengano costruiti

non intorno al profitto dei capitali, ma alla salute dei lavoratori: ciò in precisa contrapposizione alla linea padronale che vorrebbe gestire la salute dei lavoratori a livello di terapia, di controllo ambientale strumentale, di diagnosi precoce nei migliori dei casi. Naturalmente, per arrivare ad una prevenzione primaria fondata sull'impiantistica occorrono dure lotte della classe operaia e tutta la lealtà dei tecnici che vi si integrano; occorre ancora che il movimento ne garantisca la generalizzazione, non lasciando spazio speculativo alla divisione fra situazioni avanzate ed arretrate, non consentendo lo scarico di nocività tra industrie primarie e subappaltatrici, conquistando il salario garantito perché sia il capitale e non il lavoro a pagare i costi della bonifica».

Dunque non c'è prevenzione primaria senza le lotte dei lavoratori e i lavoratori hanno bisogno anche dei tecnici.

10.

MEDICINA DEMOCRATICA MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

L'incontro tra produttori del sapere operaio e produttori del sapere accademico, l'uscita dai confini degli specialismi, la dimensione collettiva della ricerca, l'approccio globale e interdisciplinare ai problemi della nocività dei luoghi di lavoro sono le caratteristiche di un movimento antagonista che produce nuove conoscenze, crea nuovi strumenti, rafforza le lotte per la salute, mette in luce nessi che prima non venivano percepiti, mette in discussione il modo di produrre, e arriva persino, nel suo punto più alto, a mettere in discussione il "cosa produrre" e a proporre e gestire i cambiamenti necessari a indirizzare la produzione verso uno sviluppo più rispettoso dell'uomo e del suo ambiente.

«Sono due culture, nel senso pieno di due ottiche sul mondo del sapere e del fare che sono venute allo scontro negli anni di Giulio Maccacaro, alimentando il conflitto di classe di una problematica che non aveva mai avuto, e che con ragione abominavano i detentori del potere. Perché per la prima volta a contrastarli non erano solo gli sfruttati, o i reiitti, ma una figura operaia/intellettuale che si veniva saldando in classe realmente altra e dirigente. Non più il lavoratore, insomma, degno, sfruttato, semplice e tuttavia tagliato fuori da un sapere che solo permette di governare il processo produttivo, ma un lavoratore capace di assimilare la cultura del produrre e innovarla, non solo traendola volontaristicamente da se stesso, ma mutuandola da figure di scienziati che guardavano a se stessi anche nell'ottica della divisione sociale del lavoro, come lastra su

cui si infrange anche il sapere»¹

Questo tentativo di redistribuzione del potere e del sapere tende a produrre uno scompaginamento delle gerarchie in fabbrica e, in prospettiva, nella società, è quindi ovvio che il carattere estremamente destabilizzante di queste lotte smuova i rappresentanti dell'ordine produttivo e sociale i quali provvedono a isolare le avanguardie che hanno condotto le esperienze più significative nelle fabbriche e nelle università impedendone la generalizzazione².

Ma nel frattempo questo fitto intreccio tra soggetti, saperi, esperienze diverse creatosi intorno al problema della difesa del diritto alla salute e in special modo della salute intesa nella sua dimensione collettiva, ha fatto sì che sorgesse la necessità di un collegamento costante e coordinato a livello nazionale di tutte le iniziative in atto nelle fabbriche e nel territorio: la risposta a tale esigenza, dopo un lungo periodo di gestazione, si concretizzerà nel maggio 1976 con la costituzione di *Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute*.

La nascita formale di Medicina Democratica (che viene ad aggiungersi alle già attive Magistratura Democratica e Psichiatria Democratica) è preceduta da un intenso dibattito sulla futura fisionomia dell'organizzazione; durante il pre-convegno nazionale tenutosi a Milano nel dicembre 1975 si confronteranno due diverse tendenze: l'una, sostenuta da studenti e medici vicini alle posizioni del Movimento studentesco, prefigurava un movimento di "medici democratici" ovvero di operatori critici, molto sensibili ai problemi della medicina del lavoro e della prevenzione, che in

¹ R. Rossanda, *Un decennio da capire per saper cambiare*, in AA.VV., *Attualità del pensiero e dell'opera di G.A. Maccacaro*, Cooperativa Centro per la Salute "Giulio A. Maccacaro", Milano 1988, pp. 7-11.

² La repressione e i licenziamenti nelle fabbriche e l'emarginazione dei giovani ricercatori che avevano dedicato più energie al tentativo di aprire le porte degli atenei al sapere delle classi sfruttate, costituiscono solo uno dei fattori che ha fatto fallire il grande esperimento sociale che abbiamo tentato di descrivere; rilevanti sono stati anche altri ostacoli esterni e le contraddizioni interne; riflessioni interessanti su questo tema si trovano in M. Cini, *Sapere operaio e produzione di scienza*, in *Sapere* n.845, febbraio-marzo 1982, pp.21-27; R. Rossanda, op. cit., pag. 9.

qualche modo avrebbero dovuto plasmare e dare un'impronta "progressista" alle nuove strutture finalizzate alla prevenzione che, ancor prima della legge di Riforma sanitaria, andavano sorgendo nel territorio e che poi sarebbero state inglobate dalle Unità Sanitarie Locali. L'altra, più radicale, sostenuta principalmente da organizzazioni operaie quali il Gruppo di Prevenzione e Igiene Ambientale del C.d.F. della Montedison di Castellanza, portava fino in fondo il principio della non-delega della salute ai tecnici e pensava ad un movimento per la salute inteso come un grande contenitore con funzioni organizzative e di unificazione, socializzazione e circolazione delle esperienze di lotta condotte nelle fabbriche e nel territorio da lavoratori e popolazione autorganizzati. Per dare un'idea della varietà dei soggetti autorganizzati a cui si fa riferimento, è sufficiente citare l'elenco degli estensori di alcuni articoli pubblicati sul numero zero di "*Medicina Democratica - movimento di lotta per la salute*", la rivista ideata come

«uno strumento di lotta in più nelle mani del movimento per 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»;³

gli estensori degli articoli, dicevamo, sono Consigli di Fabbrica, Collettivi studenteschi, Comitati di quartiere, Comitati di lotta per la casa, Comitati di portatori di handicap, gruppi di "compagni in divisa" per la difesa della salute dei militari di leva, gruppi di donne per la costituzione dei consultori pubblici, gruppi che affrontano il tema delle tossicodipendenze, collettivi che si battono contro l'emarginazione, genitori che attuano il controllo popolare sulle refezioni scolastiche (ma - scrive il comitato di redazione provvisorio - è stato difficile scegliere gli articoli da pubblicare tra i tantissimi resoconti, riflessioni, contributi inviati da collettivi in lotta in tutta Italia).

³ *Medicina Democratica - movimento di lotta per la salute*, n.0, aprile 1976, pag.1.

Coerentemente con le sue elaborazioni precedenti, Maccacaro sostiene questa seconda idea che delinea i contorni di un movimento pienamente basato sulla partecipazione e sull'autorganizzazione, idea che, dopo numerosi dibattiti e confronti interni al comitato promotore, alla fine prevarrà.

Nell'analisi critica complessiva elaborata da Maccacaro la costituzione di un movimento per la salute che opera in un'ottica antagonista, nato per volontà della classe lavoratrice italiana (da lui definita «come quella più politicamente matura e organizzata, creativa e combattiva, nel sistema di controllo e di egemonia dell'imperialismo capitalista») non può che essere una tappa di importanza capitale, infatti nella relazione di apertura del convegno costitutivo di M.D. tenutosi a Bologna il 15-16 maggio 1976

Maccacaro afferma:

«In nessuna delle altre occasioni - accademiche, scientifiche o politiche, - in cui ebbi il compito di svolgere una relazione introduttiva, ho sentito su di me pesare tanta responsabilità e dentro di me vibrare tanta emozione.

Perché siamo convenuti qui affinché qualcosa che supera ogni nostra persona nasca, viva e cresca: qualcosa che abbiamo sentito prima esprimersi come speranza progettuale e poi urgere come volontà perentoria da un sempre più largo, diffuso, articolato, motivato comando di base: la costituzione di "Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute". E poiché ogni comando di base, quando spontaneo e autentico come questo, non è oblazione ai vertici ma volontà di partecipazione, noi siamo qui per obbedirgli con tutta la lealtà, la dedizione e lo spirito unitario di cui siamo capaci.

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

Nella periodizzazione della storia della salute che abbiamo presentato in un capitolo precedente, Maccacaro aveva affermato che

a partire dal momento in cui i lavoratori erano passati da una fase di difesa dalla malattia alla fase di lotta per la salute, avevano cominciato a delinarsi e contrapporsi due orientamenti opposti: la medicalizzazione della politica da un lato e la politicizzazione della medicina dall'altro. Calata in questo contesto, *Medicina Democratica - movimento di lotta per la salute* è vista come protagonista di questo secondo atteggiamento, infatti nel convegno costitutivo, per bocca di Maccacaro, M.D. dichiara il proprio impegno ad operare per l'affermazione della salute collettiva intesa come condizione di quella individuale il che si realizza con un chiaro impegno contro:

1. la ristrutturazione e le nuove forme di organizzazione del lavoro e della società,
2. la campagna sull'assenteismo che tende ad occultare la rapina di salute collettiva continuamente perpetrata sulla classe del lavoro,
3. la teorizzazione delle "compatibilità" che cerca di riproporre e recuperare la subordinazione di tale salute alle esigenze del profitto,
4. la consegna al capitale pubblico, privato e misto della progettazione, organizzazione e gestione dei presidi sanitari.

e a favore di:

- a. il ritiro ad ogni livello della delega sanitaria,
- b. l'autogestione di base della tutela della salute,
- c. la lotta ad ogni tipo di emarginazione,
- d. la nascita e lo sviluppo di forme di governo popolare e di democrazia diretta con particolare riguardo allo specifico socio-sanitario.

Questi impegni si basano su di un concetto di fondo: la partecipazione.

Per chiarire il significato del termine "partecipazione" Maccacaro indica i tre nemici da cui essa deve guardarsi: *l'autorità, l'efficienza e la provvidenzialità*.

La prima evidentemente è la caratteristica tipica della medicina del capitale che Maccacaro ha sempre stigmatizzato. L'efficienza,

invece, è un nemico in quanto viene usata come cortina fumogena per nascondere la mancanza di efficacia dell'istituzione sanitaria:

«L'istituzione sanitaria è ordinata all'ottimizzazione di se stessa, del suo vantaggio economico, delle sue autorità di comando, del suo plesso di potere. Pertanto nell'occultamento di una profonda divergenza della sua funzione dai fini sociali cui dovrebbe rendere e misurare il suo servizio, riconosce ogni primato al funzionamento e converte la totale perdita di efficacia in un'ulteriore domanda di efficienza»⁴.

E' proprio in nome di questa efficienza che la partecipazione all'interno dell'istituzione sanitaria è sempre stata negata. Un altro modo per escludere la partecipazione è quello che si basa sulla convinzione (da parte degli enti preposti) di dovere e potere anticipare la domanda sociale di salute.

«...è quell'attitudine a disporre risposte preformate che prescindono dalla formazione delle domande: quell'interpretazione del mandato amministrativo che infine determina una richiesta cui si consente solo di conformarsi alla offerta»⁵.

La vera partecipazione invece si basa sulla valorizzazione della soggettività intesa nelle sue due accezioni complementari: la soggettività dei "soggetti di salute" che si contrappone all'oggettività delle definizioni di salute e malattia, per cui il "tecnico" non può più fungere da verificatore/falsificatore della sofferenza altrui, perché la malattia, la sofferenza e il malessere non sono più espressi

⁴ Un esempio attualissimo di quanto qui affermato può essere facilmente ritrovato esaminando i criteri utilizzati nelle indagini regionali finalizzate alla misurazione dell'efficienza delle strutture pubbliche; tali criteri si basano *unicamente* sul tempo medio con cui una prestazione viene erogata e prescindono completamente dalla qualità e dall'efficacia delle stesse. Vd. C. Tromba, *Gli ospedali lombardi danno i numeri*, in "Tempo Medico", anno XXXVIII, n.8, 20 marzo 1996, pag.1.

⁵ Forse è questo che temeva Maccacaro quando si opponeva all'idea di fare di Medicina Democratica un movimento di soli operatori della sanità. I sostenitori di quell'idea, comunque, dopo aver inizialmente aderito a M.D., si sono allontanati e hanno fondato la Società Nazionale degli Operatori della Prevenzione (S.N.O.P.).

come conformità/differenza a modelli spacciati per oggettivi, ma come «vissuto individuale e di gruppo del rapporto con le condizioni di lavoro e di vita».

E la soggettività di chi invece si pone come "soggetto di sanità" cioè come colui che non è più oggetto sanitario, ma ha finalmente diritto di porsi in un rapporto dialettico all'interno dell'atto medico, della struttura sanitaria, nell'organizzazione assistenziale.

L'ossatura concettuale su cui si basa Medicina Democratica è dunque questa: *primato politico della salute collettiva come momento centrale della lotta di classe fondata su una reale partecipazione capace di accogliere nella loro genuina espressione e assumere a livello di integrazione ulteriore le molteplici soggettività della base sociale*.

Salute collettiva, partecipazione, soggettività, queste le tre parole chiave da cui discendono in modo chiaro le indicazioni operative del movimento. Le riportiamo per esteso, in forma di decalogo, così come le ha espresse Maccacaro nel convegno di fondazione di Medicina Democratica, perché oltre a delineare l'azione del movimento di lotta per la salute, ben si adattano a fungere da conclusione di questo lavoro in quanto sintetizzano, identificando l'uomo e il movimento, tutto l'impegno profuso da Giulio Maccacaro per l'affermazione di una nuova medicina:

«Medicina Democratica

1. si impegna in una lotta per la salute che non separa il campo sanitario da quello sociale ma li attraversa entrambi secondo una direttrice fondamentale segnata dalla contraddizione di classe. E' rispetto a questa direttrice che sa qualificarsi una nuova solidarietà tra il lavoratore alla sanità e la sanità dei lavoratori: noi opereremo perché ciò avvenga;

2. si impegna ad operare per un radicale cambiamento degli attuali studi medici nel senso di una articolata ma congiunta formazione di *tutto* il personale sanitario orientandola a:

- a) saldare la pratica con la teoria,
- b) mettere la prevenzione al primo posto,
- c) priorizzare la medicina di base e di comunità,
- d) attendere alla educazione sanitaria come premessa di parteci-

pazione;

3. si impegna ad operare per la deistituzionalizzazione dell'assistenza e per la territorializzazione dei servizi nel pieno e diretto controllo popolare di tutta l'attività sanitaria, valorizzando da una parte i consigli dei delegati, stimolando dall'altra i comitati sanitari di zona, sostenendo e assistendo ogni forma spontanea di partecipazione di base, proprio perché tale e perché in quanto tale nella sua assunzione e coscienza politica e collettiva della medicina è l'alternativa irriducibile alla medicalizzazione della collettività e della politica;

4. riconosce e valorizza nella autogestione della salute non un riduttivo "far da sé" e una rinuncia all'uso di ogni valido sussidio medico, ma assume questo in un diverso comando politico come momento fondamentale per la riaffermazione della soggettività, per il recupero di un rapporto dialettico tra i soggetti dell'atto sanitario individuale e complessivo: pertanto è impegnata ad un'ulteriore valorizzazione di tale soggettività - che riconosce nell'insegnamento del movimento operaio e nella lotta dei movimenti femministi - in ogni occasione ove sia negata e repressa (a breve termine, per esempio, Medicina Democratica concluderà la elaborazione di una legge di iniziativa popolare contro la sperimentazione sull'uomo e promuoverà l'applicazione della carta dei diritti del bambino ricoverato in ospedale);

5. rifiuta - per tutto quanto la sua linea dice in tema di salute collettiva, di partecipazione e di soggettività - qualsiasi uso repressivo, di controllo sociale, di emarginazione della devianza da parte della medicina e dei suoi operatori, impegnandoli non solo a rifiutarlo ma a contrastarlo in ogni modo;

6. rifiuta, conseguentemente ma intransigentemente, ogni ruolo limitativo o condizionante della libertà della donna in ordine alle sue scelte di generazione e di salute; solidarizza con movimenti della sua liberazione e intende operare perché a questo fine siano orientate la struttura e la funzione dei consultori;

7. assume la responsabilità di promuovere e ottenere l'inserimento sociale degli handicappati come soggetti di piena partecipazione e di assicurare diretta collaborazione alla loro azione e alla

più diffusa conoscenza dei loro problemi;

8. impegna i suoi aderenti a dare senso e prassi alla concezione della medicina come servizio per il popolo: quindi ad opporsi fino alla loro estinzione ad ogni forma di arroccamento corporativo e antipopolare dell'ordinamento medico, perché la sanità non sia - come è stata altrove - un banco di prova generale del blocco di destra;

9. si impegna a cercare le solidarietà politiche e sindacali che riconoscano negli obiettivi di Medicina Democratica reali obiettivi della classe, ma anche a conservare a se stessa le funzioni e i caratteri del movimento di base, capace di accogliere e valorizzare politicamente tutte le istanze e le iniziative che da tale base sono espresse nelle diverse forme del suo articolarsi ed aggregarsi su obiettivi individuati dalla volontà popolare;

10. intende compiere e ha già iniziato un lavoro di collegamento con i movimenti che in altri paesi - pur in una estrema diversificazione di metodi e di prassi congrue alle diversità dei quadri istituzionali e di regime - sviluppano azioni e concludono lotte per la riappropriazione e l'autogestione della salute»⁶.

⁶ Relazione introduttiva al convegno costitutivo di Medicina Democratica, tenuto a Bologna il 15-16 maggio 1976, in *Medicina Democratica*, giugno 1976, 2, pp. 1-5; Riportata integralmente nell'Appendice di questo volume a pag.223.

APPENDICE

In nessuna delle altre occasioni — accademiche, scientifiche o politiche — in cui ebbi il compito di svolgere una relazione introduttiva, ho sentito su di me pesare tanta responsabilità e dentro di me vibrare tanta emozione.

Perché siamo convenuti qui affinché qualcosa che supera ogni nostra persona nasca, viva e cresca: qualcosa che abbiamo sentito prima esprimersi come speranza progettuale e poi urgere come volontà perentoria da un sempre più largo, diffuso, articolato, motivato comando di base: la costituzione di “Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute”. E poiché ogni comando di base, quando spontaneo e autentico come questo, non è oblazione ai vertici ma volontà di partecipazione, noi siamo qui per obbedirgli con tutta la lealtà, la dedizione e lo spirito unitario di cui siamo capaci.

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

Infine, siamo qui anche per gli altri — per gli amici che ci osservano e ci interrogano, per i nemici che ci temono ma non ci sfidano — ed a tutti e con tutti vogliamo fare chiarezza.

Vogliamo dire, anzitutto, “perché ora” e “perché così” si apre il convegno costitutivo di Medicina Democratica. Questa è un'ora di crisi profonda del nostro paese: crisi economica, politica ed istituzionale. Una crisi che non ci è affatto oscura nelle sue cause e ci è ben chiara nei suoi effetti.

Per quanto riguarda le cause essa nasce da:

1) la dipendenza diretta e indiretta dal comando imperialista che — attraverso il sistema delle multinazionali il cui potere non riconosce più né i confini politico-geografici né quelli di regime — aspira dai paesi subalterni capitali e profitti esportandovi continuamente le sue contraddizioni, le sue crisi e costringendoli a pagare il costo umano, ambientale ed economico del suo sfruttamento di rapina: fin dove e fin quando il rischio politico non supera il prelievo effettuato. Oltre questo limite abbiamo conosciuto altrove e abbiamo sentito incombere su di noi le soluzioni più violente. Oggi sentiamo che altre ci minacciano: ma non tutti hanno chiaro che il golpe tecnocratico verso il quale qualcuno vorrebbe avviare l'Italia è diverso da quello militare soltanto per l'uso della divisa;

2) la inadeguatezza storica del capitalismo italiano che, incapace di sviluppare persino il modello di impresa e il sistema di investimento già praticati da altre società e in altre economie del secolo scorso, si è trattenuto ancora in questo dopoguerra alla pigra avidità della rendita parassitaria, scaricando nel finanziamento di Stato tutta la sua avidità di profitto e speculando non sulle sue capacità imprenditoriali ma su un selvaggio prelievo di plusvalore dalla forza-

* Relazione introduttiva al convegno costitutivo di Medicina Democratica tenuto a Bologna il 15-16 maggio 1976, in “Medicina Democratica”, giugno 1976, 2, pp. 1-5; ristampato in “Sapere”, marzo 1977, vol. LXXX, 798, pp. 30-35; ristampato in G.A.Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-76*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 462-474

lavoro;

3) l'indegnità criminosa della dirigenza democristiana e satellite che dietro lo schermo scientemente artefatto e mistificante dell'interclassismo, non ha saputo per sei lustri esprimere alcun esercizio di governo ma solo gestione di un potere delegato dai gruppi del più arrogante e ottuso privilegio: di classe, di casta e di arma, di corpi separati e di corruttori riuniti, contro i lavoratori e le loro organizzazioni. Questo per le cause.

Per quanto riguarda gli effetti, la stessa crisi:

1) produce un deterioramento delle condizioni di vita e di lavoro della classe operaia e delle masse popolari, attraverso la perdita di potere d'acquisto dei salari, la precarietà dell'occupazione; la insufficienza della casa, l'impoverimento della vita;

2) determina un obiettivo decadimento di salute attraverso la intensificazione dello sfruttamento, la diffusione del lavoro nero, il conseguente incremento della nocività, il deterioramento delle strutture socio-sanitarie;

3) rinvia (ancorché pretestuosamente, se si pone mente alla volontà negativa manifestatasi in congiunture di altro segno) ogni ipotesi credibile di riforma dell'assetto sanitario del paese che sia intesa al benessere della collettività e non, come avviene alla speculazione, stalmente partecipata o mutualisticamente mediata, del capitale finanziario, industriale e farmaceutico.

Se queste note sono del tutto inadeguate per un discorso, anzi non sono intese come un discorso sulla crisi che stiamo vivendo, però bastano a riaffermare che questa crisi non è affatto (come nessuna è mai) complessiva, interclassista, accomunante, egualitaria: non è affatto una catastrofe che si abbatte quale un'oscura calamità naturale su un intero paese: questo o altri che sia. Ma è un'ulteriore aggressione di cui sono identificabili i mandanti e gli esecutori, i destinatari e le vittime: è l'aggressione più dura sferrata dal padronato nazionale e internazionale contro la classe lavoratrice italiana, come quella più politicamente maturata e organizzata, creativa e combattiva, nel sistema di controllo e di egemonia dell'imperialismo capitalista.

Questa aggressione, anche se ha forme più manifeste di incidenza politica ed economica, per ciò stesso va oltre e colpisce pesantemente, come ho appena accennato, in tutto ciò che è "salute" individuale e collettiva aggravando le minacce, moltiplicando le offese, disarmando le difese.

Questo ho detto come breve premessa per sottolineare che la nascita "ora" di "Medicina Democratica" non è casuale né coincidentale, ma sembra a noi dettata da una precisa tempestività in rapporto e alla gravità della situazione già presente e all'importanza della consultazione già imminente.

Ma questa affermazione, che credo condivisa da tutti i compagni, resterebbe una premessa incompiuta ove non fosse subito detto e chiarito che Medicina Democratica sarebbe nata ora ed ormai anche se questa crisi non fosse stata; anche se questa congiuntura non si fosse data.

La gestazione del nostro movimento è più lunga e complessa, se ne possono rintracciare antecedenti e premesse su un arco di tempo assai lungo; ma certamente non è scorretto ritenere decisive e significative le lotte studentesche e operaie degli ultimi anni Sessanta e dei successivi.

Da allora sono venuti maturando e affrontandosi due processi di enorme portata e di opposto segno: la medicalizzazione della politica e la politicizzazione della medicina: la prima come scelta della classe del capitale, la seconda come scelta della classe del lavoro.

Ne parleremo ancora quando il movimento vorrà veramente approfondire l'analisi di questi processi e il senso di questi termini, ormai entrati e discussi nel dibattito internazionale.

Ne parliamo già in quel memorabile convegno sulla salute che si svolse a Firenze nel 1973 e le individuammo allora come linee di uno scontro entro il quale ognuno avrebbe dovuto fare presto la sua scelta. Cosicché ora sarebbe abbastanza semplice dire che, nella chiarezza e nella crudezza di quello scontro, "Medicina Democratica" è la nostra scelta e che perché questa scelta si compisse e diventasse premessa di un movimento nel movimento era

naturale giungere alla costituzione di Medicina Democratica.

Sarebbe semplice ma sarebbe insufficiente. Dobbiamo sviluppare qualche riflessione ulteriore che ci permetta di individuare — e naturalmente discutere — una linea chiara e ferma che attraverso i principali problemi in cui si articola la lotta per la salute e quindi l'impegno di Medicina Democratica: una linea che di volta in volta di problema in problema misuri la coerenza delle nostre scelte, confermi la solidarietà del nostro impegno, individui la chiarezza dei nostri obiettivi (quella chiarezza che sola può far giustizia di ogni residuo settarismo e di qualsiasi sopraggiungente parrocchialità).

Dobbiamo anzitutto riflettere sul concetto di salute per dire subito che non hanno qui molto rilievo, perché ci sono semplicemente ovvie, le definizioni di salute individuale ancorché autorevolmente formulate come quella dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Naturalmente — ma anche questo è ovvio — ognuno di noi è impegnato, come operatore sanitario o come compagno di milizia o come membro della collettività al soccorso più efficace, alla dedizione più generosa per la liberazione dell'altro dalla sofferenza comunque vissuta, per la promozione del suo benessere psichico e fisico comunque personalizzato. Ma il nostro pensiero e la nostra azione si impegnano ben oltre: su quella salute che va privilegiata nella sua dimensione collettiva e cui occorrono, quindi, una dottrina e una pratica politica.

Si tratta, cioè, di affermare oggi — come non fu mai in passato — la centralità della lotta per la salute nello scontro di classe. E l'esattezza di questa affermazione — assolutamente generalizzabile ad ogni ambito sociale — appare con lampante evidenza nella realtà della fabbrica riverberando da questa su tutto il territorio. La fabbrica infatti è non solo il luogo dove si realizzano insieme ed in massimo grado la concentrazione della nocività e la spoliazione di salute — quale estremo e preciso portato di una scienza lungamente votata, nel comando borghese, alla organizzazione detta, appunto, "scientifica" del lavoro — ma è ancora il luogo dove il movimento operaio ha chiarito a sé e agli altri che la lotta collettiva per la salute collettiva investe tutto il modo di produzione e lo contesta proprio in ciò di cui è più geloso: la sua falsa — o deviata — razionalità.

Quella razionalità asservita quanto più si dichiara oggettiva, che ne alimenta e vorrebbe legittimarne la pretesa a porsi come modello per la gestione della società in tutte le sue articolazioni: dalla struttura urbana all'organizzazione dei servizi, dalla scansione dei tempi al dettato dei consumi, dalla scuola e per ogni altro dove sociale fino alla sanità: recuperando, infine, da questa sanità modi e strumenti per dare una risposta preformata e normalizzante, quindi contenitiva ed infine repressiva, ad una domanda che nasce da un malessere classificato come patologico ma autenticamente esistenziale (sociale).

E' il controllo sociale che cerca di rinchiudere un problema di relazione, cioè strutturale, nella malattia dell'individuo, cioè accidentale, per separare il lavoratore dalla sua classe e la classe dalla sua coscienza.

A questa luce che ci viene di là, dalla fabbrica, dove è più chiaro e più duro il confronto tra capitale e lavoro, dove il movimento operaio ha combattuto per la sua e per l'altrui liberazione — come sentiremo tra poco nel discorso di reali avanguardie — la salute collettiva va intesa per quello che è e che conta: valore totalizzante di altri valori, assunzione in una lotta di altre lotte, affermazione nella pratica di una corretta priorità politica. La salute collettiva non è, quindi, soltanto la somma di benessere individuali né di individuali riscatti dalla malattia, proprio perché identifica nel privato del benessere e nel malessere del sociale i disvalori che la contraddicono.

Su questo primo punto — sulla salute collettiva come condizione e sostanza di quella individuale — Medicina Democratica non lascia spazio ad equivoci teorici e ne deriva precise indicazioni pratiche. Se in una occasione ulteriore la nostra analisi avrà ulteriore ampiezza ed approfondimento, già ora ci è dato, per coerenza alla premessa, dichiarare il nostro impegno,

globalmente politico e specificamente sanitario, contro:

- 1) la ristrutturazione e le nuove forme di organizzazione capitalistica del lavoro e della società,
- 2) la campagna sull'assenteismo che tende ad occultare la rapina di salute collettiva continuamente perpetrata sulla classe del lavoro,
- 3) la teorizzazione delle "compatibilità" che cerca di riproporre e recuperare la subordinazione di tale salute alle esigenze del profitto,
- 4) la consegna al capitale pubblico, privato e misto della progettazione, organizzazione e gestione dei presidi sanitari e il nostro impegno per:
 - a) il ritiro ad ogni livello della delega sanitaria,
 - b) l'autogestione di base della tutela della salute,
 - c) la lotta ad ogni tipo di emarginazione,
 - d) la nascita e lo sviluppo di forme di governo popolare e di democrazia diretta con particolare riguardo allo specifico socio-sanitario.

Queste indicazioni, che saranno riprese e documentate negli interventi previsti e in quelli attesi, già ci portano a considerare altri punti oltre il primo e subito un secondo: quello della partecipazione che è il fattore comune degli impegni ora detti. Conviene dedicargli qualche attenzione perché la nostra linea si chiarisca oltre e a fronte dell'uso e dell'abuso che l'esercizio dei poteri ne ha fatto in questi anni, mistificando per partecipazione ciò che partecipazione non era.

Ancora una volta vorrei fare riferimento alle lotte e alle conquiste del movimento operaio ma vi rinuncio serenamente perché altri compagni ne diranno: diranno come un nuovo modo di intendere la partecipazione nasca proprio da ciò che io mi limito a ricordare e mi trattengo dall'illustrare — la liberazione della soggettività, l'emergenza del gruppo omogeneo, la sua assunzione di funzioni politiche, sanitarie e scientifiche.

Voglio soltanto sottolineare come dal già detto primato della salute collettiva, discenda che se una sociologia medica d'altro tempo ha definito la malattia come perdita di partecipazione oggi siamo arrivati ad intendere la perdita di partecipazione come sostanza di malattia. Però noi crediamo che alla partecipazione autentica non basti mai l'articolato di una legge ma occorra sempre l'impegno di una lotta: che si sviluppa continuamente nell'identificazione dei suoi obiettivi che si accresce progressivamente nell'allargamento del suo campo, che non riconosce limiti a questo campo né ammette che esista l'ultimo di quegli obiettivi. Questo non è un discorso estremista nel senso deterioro dell'insinuazione che di solito accompagna tale termine, ma è anche un discorso meditatamente estremista se è vero come credo che in medicina e per Medicina Democratica l'unico e sacrosanto estremismo è la salute collettiva e che questa non può darsi senza partecipazione. Allora vogliamo definire questa partecipazione — sempre con riferimento preciso alla tematica di questo convegno e di questo movimento — sia in positivo sia in negativo secondo l'insegnamento del più grande rivoluzionario: "Quali sono i nostri nemici e quali sono i nostri amici? Questa è una questione di primaria importanza per ogni rivoluzione."

I nemici della partecipazione sono almeno tre: l'autorità l'efficienza e la provvidenzialità. Nell'ambito del nostro impegno a definirci come Medicina Democratica l'autorità cui opponiamo la partecipazione è identificata come quella che — indossati i panni della competenza separatasi nella tecnica costituitasi come corporazione, legittimatasi come ordine — si pone di fatto quale esecutrice dei comandi di un potere che la sovrasta e che, pagata con ruoli e privilegi, ne fa lo strumento più insidioso ed efficace del controllo sociale nelle forme della medicalizzazione. Per tutto ciò essa pretende: il diritto di un sapere separato, la consegna di un uomo oggettivo, l'esercizio di un insindacabile potere. Questo è un nemico della partecipazione.

Un altro nemico è l'efficienza che in un sistema dato è sempre una domanda del potere costituito. Essa si avvale della voluta e perpetrata confusione con l'efficacia. Cui corrisponde

un'altra consapevole e consumata confusione tra funzione e funzionamento. La funzione di ogni sistema è definita dai suoi fini, il funzionamento dai suoi modi

Noi vogliamo che la funzione dell'istituzione sanitaria sia rivolta interamente alla promozione e alla difesa della salute collettiva, come la abbiamo già definita, e che il suo funzionamento sia giudicato soltanto a misura della capacità di adempimento di tale funzione.

L'istituzione sanitaria è invece, ordinata all'ottimizzazione di se stessa, del suo vantaggio economico, delle sue autorità di comando, del suo plesso di potere. Pertanto nell'occultamento di una profonda divergenza della sua funzione dai fini sociali cui dovrebbe rendere e misurare il suo servizio, riconosce ogni primato al funzionamento e converte la totale perdita di efficacia in una ulteriore domanda di efficienza. Non è questa la sede per esempi che sono innumeri e noti: avremo presto un'altra occasione in cui discuteremo a lungo — nel riscontro reale, nel dettaglio specifico, struttura per struttura, servizio per servizio — questo problema dei rapporti, in medicina, tra funzionamento e funzione, tra efficienza ed efficacia.

Qui ci basta riconoscere e ricordare che è in nome dell'efficienza del funzionamento per una menfite efficacia della funzione che la partecipazione popolare è sempre stata sistematicamente esclusa — come è esclusa la madre del bambino ricoverato come è esclusa la consapevolezza del paziente abusato, come è esclusa la realtà della sofferenza sociale — dalla gestione della cosa sanitaria dalla possibilità di intervenire per indicarle nuovi fini, ulteriori impegni, più vere destinazioni.

Il terzo nemico della partecipazione è la provvidenzialità. E qui il nostro discorso si sposta dal luogo sanitario al governo sanitario, rivolgendosi francamente anche a chi ne porta responsabilità locali in un quadro politico alternativo a quello nazionale.

C'è un modo che non vogliamo nemmeno discutere di intendere tale responsabilità: come occasione di potere, tessitura di clientele, pretesto di corruzioni: è il modo "democristiano" per antonomasia.

Ma c'è un altro modo che è pure antipartecipatorio. E' di chi — ente o persona, ma più spesso il primo che la seconda — si ritiene investito del compito e titolare della capacità di anticipare la domanda sociale di salute, di presentirla prima che sia espressa, di immaginarla prima che sia concepita, infine di provvedere ad essa prima che si sia consapevolizzata.

Con un termine corrente ciò si chiama anche "paternalismo" ma ritengo più corretto definirlo "provvidenzialità". Perché così mi pare meglio indicato quel modo di mettersi in rapporto con la realtà che prescinde dal suo ascolto: quell'attitudine a disporre risposte preformate che prescindono dalla formazione delle domande: quell'interpretazione del mandato amministrativo che infine determina una richiesta cui si consente soltanto di conformarsi alla offerta.

Medicina Democratica è contro tutto ciò — l'autorità ma non soltanto perché è inautorevole, l'efficienza ma non soltanto perché è inefficace, la provvidenzialità ma non soltanto perché è improvvida — è contro tutto ciò perché tutto ciò è contro la partecipazione e Medicina Democratica è un movimento partecipatorio di base non solo perché da questa base è nata ma perché vuole continuare a restarci: per raccogliere, assecondare, collegare, moltiplicare, potenziare onde siano infine vincenti, tutte quelle lotte che, in specifici diversi — dalla fabbrica al territorio, dalla scuola all'ospedale, dal quartiere all'istituzione, dalla casa alla caserma — la soggettività di base viene conducendo per la salute, anche individuale, ma assunta in quella collettiva.

Si pone così, naturalmente, il terzo punto sul quale occorre sviluppare qualche riflessione ed è quello della soggettività per una definizione, ora in positivo, della partecipazione. Ancora una volta è dall'esperienza e dalla lotta di fabbrica che è emersa la soggettività del lavoratore rivendicata ed affermata contro la volontà oggettivante del capitale.

Ma ancora una volta dalla fabbrica le conquiste del movimento operaio incidono su tutto l'ambito sociale e ne reinterpretano e riqualificano la realtà.

La soggettività di cui parliamo è una anche se, nell'uso ormai corrente all'interno della

tematica che ci è comune, le vengono attribuiti due significati complementari: uno è in alternativa alla definizione — cosiddetta obiettiva — della salute e della malattia del benessere e del disagio, della nocività e del danno. Costituisce, quindi, la base di quel ritiro della delega lungamente rilasciata al "tecnico" quale verificatore e falsificatore di una sofferenza soggettivamente patita e dunque reale ma che poteva essere negata, in conto della pretesa "obiettività" di una scienza che non è retorico chiamare padronale.

Da questa rivendicata soggettività è nata la identificazione di un quarto gruppo di fattori di nocività, è nata una ridefinizione del benessere-malessere non più come conformità-difficoltà a modelli espressi ed imposti dalla logica della produzione per il profitto, ma come vissuto individuale e di gruppo del rapporto con le condizioni di lavoro e di vita.

L'altro significato di "soggettività", che si integra al primo, è, oltre i limiti di ciò che può pur sempre essere ricondotto a una lettura medica, l'affermazione di sé non solo come soggetto di salute ma come soggetto di sanità capace di appropriazione e di autogestione della medesima.

E su questa seconda soggettività che vorrei insistere ancora un poco per dire che essa riconosce, abilità ed esprime — nel suo crescere nell'esperienza senza la quale non si ha partecipazione e nel suo evolvere a volontà collettiva senza la quale non si ha la trasformazione — una pluralità di soggetti, che vanno dal singolo al gruppo, dal gruppo al collettivo, dal collettivo alla classe ma per ciascuno dei quali è acquisito il diritto di porsi, all'interno dell'atto medico, dell'istituzione sanitaria, dell'organizzazione assistenziale, in un rapporto finalmente dialettico con tutto ciò che — strutture e persone — lo avevano sin allora considerato l'oggetto di un rapporto analitico.

Questa è la straordinaria e nuova ricchezza che in questi anni è venuta crescendo in quella base da cui ora si esprime Medicina Democratica.

E questo è stato il mio tentativo di contribuire al vostro movimento — che lo farà capace e prezioso, quella che io credo sia la linea che connota il nostro movimento — che lo farà capace di attraversare in chiarezza e coerenza la molteplicità quasi innumere dei problemi che lo confrontano e che ora vorrei così formulare: il primato politico della salute collettiva come momento centrale della lotta di classe fondata su una reale partecipazione capace di accogliere nella loro genuina espressione e assumere a livello di integrazione ulteriore le molteplici soggettività della base sociale.

Se questa linea è corretta [ma vostro ne è il giudizio] essa deve essere capace di dare corrette e chiare indicazioni pratiche, così come deve essere capace di sollecitare analisi ed approfondimenti ulteriori.

A questi secondi io credo che noi vogliamo impegnarci in vario modo e con vari mezzi: costituiamo gruppi di studio per problemi specifici, prepareremo nelle sedi più appropriate dibattiti e confronti, andremo entro l'anno a un congresso ordinato sui temi e sulle tesi che saranno stati oggetto di studio e discussione adeguati, secondo le indicazioni del movimento. Questo convegno di oggi, del quale ho cercato di dire "perché ora" e del quale mi si è incaricato di dire "perché così", nasce, dunque, come convegno di fondazione e di presentazione. Nasce, dicevo all'inizio, da una volontà anzi da una urgenza di incontro e di collegamento chiaramente formulata dalla base.

E' allora parso giusto che fosse dedicato alla più libera e articolata espressione di questa base, compatibilmente con le costrizioni imposte dal tempo ma anche con i doveri imposti dalla responsabilità. Per questo il comitato promotore ha creduto di assicurare alle diverse componenti l'opportunità del loro contributo ed ha invitato tutti i compagni a far convergere il loro.

Per questo io, incaricato di aprire il dibattito, ho cercato di individuare — tra le molte e preziose indicazioni raccolte in questi mesi — una linea che fosse di aggregazione per noi e di definizione per gli altri.

Per questo infine, mi sono trattenuto dall'entrare nei problemi che emergeranno dagli interventi previsti, convinto tuttora di averne soltanto interpretato la scelta comune, senza volerne anticipare le articolate proposte.

Mi pare tuttavia che da quella linea le indicazioni che discendono siano chiare e riconoscibili nel senso che Medicina Democratica

1) si impegna in una lotta per la salute che non separa il campo sanitario da quello sociale ma li attraversa entrambi secondo una direttrice fondamentale segnata dalla contraddizione di classe. E rispetto a questa direttrice che sa qualificarsi a una nuova solidarietà tra il lavoratore alla sanità e la sanità dei lavoratori: noi opereremo perché ciò avvenga;

2) si impegna ad operare per un radicale cambiamento degli attuali studi medici nel senso di una articolata ma congiunta formazione di tutto il personale sanitario orientandolo a:

- a) saldare la pratica con la teoria,
- b) mettere la prevenzione al primo posto,
- c) priorizzare la medicina di base e di comunità,

d) attendere alla educazione sanitaria come premessa di partecipazione;

3) si impegna ad operare per la deistituzionalizzazione dell'assistenza e per la territorializzazione dei servizi nel pieno e diretto controllo popolare di tutta l'attività sanitaria, valorizzando da una parte i consigli dei delegati, stimolando dall'altra i comitati sanitari di zona sostenendo e assistendo ogni forma spontanea di partecipazione di base, proprio perché tale e perché in quanto tale, nella sua assunzione e coscienza politica e collettiva della medicina è l'alternativa irriducibile alla medicalizzazione della collettività e della politica

4) riconosce e valorizza nella autogestione della salute non un riduttivo "far da sé" e una rinuncia all'uso di ogni valido sussidio medico, ma assume questo in un diverso comando politico come momento fondamentale per la riaffermazione della soggettività, per il recupero di un rapporto dialettico tra i soggetti dell'atto sanitario individuale e complessivo: pertanto è impegnata ad un'ulteriore valorizzazione di tale soggettività — che riconosce nell'insegnamento del movimento operaio e nella lotta dei movimenti femministi — in ogni occasione ove sia negata e repressa (a breve termine, per esempio, Medicina Democratica concluderà la elaborazione di una legge di iniziativa popolare contro la sperimentazione sull'uomo e promuoverà l'applicazione della carta dei diritti del bambino ricoverato in ospedale);

5) rifiuta — per tutto quanto la sua linea dice in tema di salute collettiva, di partecipazione e di soggettività — qualsiasi uso repressivo, di controllo sociale, di emarginazione della devianza da parte della medicina e dei suoi operatori, impegnandoli non solo a rifiutarlo ma a contrastarlo in ogni modo;

6) rifiuta, conseguentemente ma intransigentemente, ogni ruolo limitativo o condizionante della libertà della donna in ordine alle sue scelte di generazione e di salute; solidarizza con i movimenti della sua liberazione e intende operare perché a questo fine siano orientate la struttura e la funzione dei consultori;

7) assume la responsabilità di promuovere e ottenere l'inserimento sociale degli handicappati come soggetti di piena partecipazione e di assicurare diretta collaborazione alla loro azione e alla più diffusa conoscenza dei loro problemi;

8) impegna i suoi aderenti a dare senso e prassi alla concezione della medicina come servizio per il popolo: quindi ad opporsi fino alla loro estinzione ad ogni forma di arroccamento corporativo e antipopolare dell'ordinamento medico, perché la sanità non sia — come è stata altrove — un banco di prova generale del blocco di destra;

9) si impegna a cercare le solidarietà politiche e sindacali che riconoscano negli obiettivi di Medicina Democratica reali obiettivi della classe, ma anche a conservare a se stessa le funzioni e i caratteri di movimento autonomo di base, capace di accogliere e valorizzare politicamente tutte le istanze e le iniziative che da tale base sono espresse nelle diverse forme del suo articolarsi ed aggregarsi su obiettivi individuati dalla volontà popolare;

10) intende compiere e ha già iniziato un lavoro di collegamento con movimenti che in altri paesi — pur in una estrema diversificazione di metodi e di prassi congrue alle diversità dei quadri istituzionali e di regime — sviluppano azioni e conducono lotte per la riappropriazione e l'autogestione della salute.

Questi dieci punti, compagni, non sono un decalogo. Sono soltanto alcuni degli impegni — però chiari ed espliciti — ed altrettante scelte di azione — però incidenti e coerenti — secondo la linea che ci siamo dati e che è sintesi di quanto voi non solo nelle assemblee di questi mesi, ma nelle lotte di questi anni siete venuti esprimendo. Il dibattito ne arricchirà i contenuti, ne aggiungerà di ulteriori, ne indicherà la priorità.

Così, avviandomi a concludere quella che non poteva essere che una introduzione a un convegno di fondazione, che desse la parola a tutti senza sottrarla a nessuno, vorrei sottolineare a chi ci ascolta la nostra piena consapevolezza di un'altra crisi che, come quella ricordata all'inizio, è oggi congiunturalmente clamorosa ma è da tempo strutturalmente deteriorata: è la crisi di questa medicina contemporanea che, di giorno in giorno, si fa sempre più assistenzialmente inefficace e socialmente repressiva.

L'inefficienza dell'assistenza è dimostrata da:

1) progressivo deterioramento, statisticamente documentabile, della salute collettiva per l'incidenza crescente di tutte le malattie legate alla nocività — dell'ambiente di lavoro di abitazione di alimentazione e di vita — che è il portato inseparabile del modo di produzione capitalistico;

2) ricorrenza — frequente e dilagante — di patologie infettive che si credevano e potevano essere state debellate;

3) vertiginoso incremento del consumo di farmaci in larga misura meramente sintomatici e concretamente tossici;

4) emergenza di un diffuso malessere, socialmente determinato e personalmente patito che investe larghi strati della popolazione indotta o costretta a vivere come "disturbo mentale" ciò che è soltanto "insopportabilità di vita".

La funzione repressiva è dimostrata da:

1) crescente trasferimento dei problemi sociali e personali (conflittualità, trasgressione dei limiti di "norma", domanda di soggettivazione, ecc.) in un'area di gestibilità istituzionale e di silenziamento terapeutico;

2) avanzante tecnicizzazione dell'atto medico fino alla estinzione dei suoi contenuti di rapporto interpersonale;

3) diffusione di false o inefficaci pratiche di prevenzione secondaria per deviare la domanda di conversione del modo di produzione;

4) attribuzione al medico di nuovi compiti repressivi nei confronti del comportamento infantile, se è un pediatra, del diritto di aborto se è un ostetrico, del rifiuto del lavoro se è un fiscale, dell'uso di droga se è un medico della devianza se è uno psichiatra, della rivolta alla nocività se è un medico del lavoro, e così via.

A questo ed oltre ci porta la "medicalizzazione della politica" e a questo si oppone la scelta di Medicina Democratica che è "politicizzazione della medicina".

Ciò significa, per noi e nei fatti, puntare su tutte le forme di appropriazione e di autogestione che possono mettere la classe a soggetto di una lotta per la salute che non cessi mai di essere, in quanto tale, una lotta contro il sistema.

Non appartiene alla classe l'insidioso dilemma: o le riforme oggi o la rivoluzione un'altra volta. Per la classe contano quelle riforme — meglio: quelle conquiste — che fanno parte di una strategia per la rivoluzione. Perché ciascuna di esse — se, oltre il suo valore assoluto, non fosse anche un acceleratore del processo di mutazione strutturale — sarebbe soltanto apparente e, alla fine perdente.

Occorre, dunque, assecondare — ognuno all'interno del suo ruolo che è pur sempre un

ruolo interno — il processo di appropriazione da parte della classe e delle masse 1) degli strumenti di conoscenza dei meccanismi di profitto e di sfruttamento del capitale e 2) degli strumenti di autocontrollo e di autogestione della salute.

Occorre dare ogni appoggio, ogni contributo — di forze, di idee, di critiche — ai consigli di fabbrica, ai consigli di zona, ai comitati di quartiere, ai collettivi e ai movimenti nei quali si esprime la volontà di base delle masse, cui naturalmente si raccordano quei medici, quegli studenti, quegli operatori sanitari di ogni grado e funzione, quegli operatori sociali di vario ruolo e qualificazione, quei — più comprensivamente — "tecnici della salute e per la salute" che abbiano fatto una corretta scelta di classe e che si siano dati una pratica congruente.

Questo che dico, qui ed ora, è, con le stesse parole, l'impegno ed il voto, il progetto e il proposito formulati negli anni addietro.

Ebbene, questo ora avviene perché da questa premessa, con questi connotati, su questa linea nasce Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute. Nasce da una grande ricchezza di lotte, di esperienze, di volontà collettiva e individuali che vogliono collegarsi per procedere insieme in un'analisi che sia verificata e in una prassi che sia coordinata.

Nasce, deve nascere, fuori da ogni settarismo e da ogni subalternità.

Nasce, deve nascere, fuori da ogni pia illusione di farne una zattera di salvataggio per annaspanti coscienze nel mare di questa o di quella corporazione.

Nasce, deve nascere, fuori da ogni risibile velleità di farne un "partito sanitario" o la proiezione sanitaria di questo o quel partito.

Nasce da uno scontro di classe per la vittoria di una classe, quella, l'unica che — Marx ci ha insegnato — liberando sé libera anche gli altri uomini.

E' un duro scontro, è tuttora una vittoria da conquistare: è una lotta cui occorrono l'impegno di tutti noi, anche quello della lealtà di confronto, della dialetticità di posizioni.

E' quindi questo un momento di grande e positiva tensione ma anche di grave e riflessiva responsabilità. Io sento e penso che tutti i compagni debbano sentire e riconoscere le dimensioni della nostra responsabilità: che è quella di dar vita a un movimento che non si ripieghi sui problemi pur autentici dei suoi aderenti ma si rivolga anche a quelli della popolazione al cui servizio deve porsi, che si conquisti fin dall'inizio e conservi la credibilità di fronte anche al giudizio più severo delle masse.

Che per loro — come già si intende e vede da ogni parte — ciò che oggi nasce, sappia crescere per una lotta che sarà lotta di liberazione.

Non avevo più che cinque anni quando per la prima volta, vidi un uomo in cima al campanile. Poteva essere un fabbro campanaro, ma io non sapevo nemmeno il significato di queste e altre parole. Io credevo che le torri delle chiese crescono sulla terra come alberi di pietra finché gli angeli vi appendono le campane. Così la presenza improvvisa di un uomo mi lasciò a bocca aperta.

Ma presto scomparve dalla vista ed io corsi a chiederne a mia madre: le chiesi cosa quell'uomo avesse mai fatto e veduto e mia madre rispose di aver saputo che quell'uomo aveva guardato da ogni parte ed aveva visto che il mondo è, tutt'in giro, perfettamente rotondo e che ciò prova, oltre ogni dubbio, come di questo mondo Codogno sia l'esattissimo centro.

Tale risposta mi parve subito assolutamente chiara e convincente, come tutte quelle che la mamma, anche maestra, dava alle mie domande. Perciò desiderai moltissimo essere quell'uomo per andare sul campanile e dal centro del mondo vederne la rotondità più che perfetta. Ma la mamma disse che non si poteva, neanche pensarci, senza il permesso del Prevosto e che questo permesso, se proprio lo volevo, avrei dovuto chiederlo io stesso.

A quel tempo il Prevosto era monsignor Grossi: un anziano sacerdote, di pingue forma e candidissimi capelli, che ispirava grande soggezione. Almeno a me, quando lo vedevo passare per la processione del Corpus Domini con i parametri, l'ostensorio, il baldacchino, la banda, l'incenso e tutto il resto. Ma anche quando, di rado, attraversava la piazza, in mezzo alla gente, un po' curvo in avanti, con una mano dietro la schiena a sostenere una mantella nera tutta foderata di rosso. Rossi o cremisi erano pure il gran fiocco del cappello e le calze che si vedevano nelle scarpe, a fibbia, di vernice: a me queste calze cremisi facevano una grandissima impressione, ancora più del fiocco e del mantello. Monsignor Grossi veniva a scuola, una volta all'anno, a interrogarci in religione e la maestra ne era più agitata di noi. Insomma, era un personaggio questo prevosto che soleva dire «Agitur de centesimo, ergo de re gravi» ed io non ebbi mai il coraggio di chiedergli il permesso di andare in cima al campanile. E quando ce ne fu un altro ormai ero un altro anch'io.

Comunque non dubitai minimamente, per tutti gli anni della mia ostinata innocenza, che il mondo fosse rotondo e che Codogno stesse propriamente nel suo centro. Anzi, mi ero fatto l'idea che la nostra circonvallazione contenesse se non proprio tutto il mondo, certamente la sua parte più importante e con essa tutti gli uomini e le cose che contano. Un giorno di quell'inverno in cui imparai a leggere andavamo - la mamma, una pentola di rame ed io - verso un calderaio che aveva bottega e officina agli inizi della strada per Mulazzana. Da quella parte di Codogno c'era allora non so se una segheria o una legneria di tale Marconi ed io quel giorno fui capace per la prima volta di leggerne il nome dipinto a grandi lettere sul muro: così chiesi a mia mamma di accompagnarmi dentro a vedere la radio. Ma la mamma sorrise e continuò a camminare con me e con la pentola di rame mentre io continuavo a credere che anche l'inven-

* Discorso pronunciato il 2 febbraio 1975 presso la Fondazione Limberti, in Codogno, durante la cerimonia per la consegna del premio "Codognese benemerito", Codogno 1977 (ed. f.c. a cura della Associazione Pro Loco Codogno); rist. in *Per una medicina...*, op. cit., pp. 483-491.

tore del telegrafo senza fili appartenesse a questo nostro mondo dai confini un po' misteriosi come sono, appunto, i confini di un universo. Là verso oriente, sul viale che conduce dal Vecchio Ospedale, al Cimitero, alla cripta sotterranea della Madonna sentivo il mistero della malattia e della morte, di questa vita e di un'altra. Al cimitero mi accompagnavo spesso per vedere, nelle fotografie tombali di ceramica, il volto dei nonni che non avevo conosciuto. E, per questo verso, mi sembrava il cimitero, un altro rione del paese, abitato dal silenzio e dall'affetto.

Ma, per un altro, lo sentivo come luogo di eventi strani e tenebrosi, tra i quali un bambino non potesse avventurarsi da solo. La sua cinta e il suo ingresso erano molto diversi allora, prima che fossero rifatti come oggi sono, in stile littorio: c'era un piccolo portico davanti al cancello di ferro, con due sedili di pietra e con una finestrina dalle due parti. Avevo sentito dire che i briganti vi si davano appuntamento di notte per spartire la refurtiva: una volta accadde che uno di loro vi rimanesse in attesa, nel buio, di altri due che erano andati a rubare un maiale. Ma quella notte, presso la stazione, fu trovato uno straniero, morto misteriosamente.

Così i becchini, chiamati notte tempo, ne caricarono il cadavere su una barella e questa su una carriola per portarlo al cimitero. Colui che attendeva sentì avvicinarsi nel buio un cigolio e pensando si trattasse dei suoi compagni di ritorno con il maiale gridò: «E' grasso o è magro?». I due becchini crederono di aver capito male e si avvicinarono ancora un po' al cimitero, con il morto sulla carriola, finché l'altro, convinto ed impaziente gridò: «E' grasso o è magro?». Allora si presero un grandissimo spavento, per quello che parve loro certissimamente un diavolo in attesa, esclamarono «Grasso o magro, tienilo com'è» e - abbandonato il morto, la barella e la carriola - se la diedero a gambe nella notte, verso le loro case.

Storie come queste hanno popolato la mia infanzia che appena si affacciava su quel confine misterioso, tra l'ospedale vecchio, il cimitero e la cripta della Madonna, sul viale, della circonvallazione, là verso oriente.

Ad occidente, invece, stava il confine della ricchezza - per me misteriosa quanto la morte - sull'altro viale che scorre lungo le ville Polenghi, Biancardi e Gandolfi fino alla passerella della stazione.

Io non ho mai varcato la soglia di quelle ville ma ne ho scrutato i giardini e immaginato gli interni guardando dalla strada tra le inferriate di cinta. Sapevo che vi abitavano più domestici che padroni, che c'erano più stanze che persone, più giochi che bambini: ne conoscevo qualcuno a scuola, ma non erano così buoni e bravi come io immaginavo dovesse essere per chi esserlo sembrava così facile.

Con tutto ciò il mio interesse maggiore era la passerella che, di fianco alla stazione, passava sopra i binari dei treni.

Ci andavo molto spesso, ancora più che al cimitero e alla cripta della Madonna: era il confine della fantasia. Guardavo naturalmente il passaggio dei treni, le manovre delle locomotive, le facce dei fuochisti: tutto mi sembrava meraviglioso e quando, da sotto, una grande nuvola di vapore bianco ci avvolgeva completamente, ero completamente felice.

Poi un giorno mi spiegarono che ci sono dei treni che non si fermano mai alla stazione di Codogno, treni che vengono da lontano e vanno molto lontano e mi spiegarono che su questi treni ci sono anche dei posti dove si dorme sdraiati come in un letto ed altri posti dove si mangia intorno a dei tavoli imbanditi come a Natale.

Scesi dalla passerella, entrai in stazione e ne guardai passare uno e poi, in seguito, molti altri, cercando di scrutare attraverso i fuggitivi finestrini gli oggetti, le persone e i volti di tanto mistero. Finché un giorno mi passò davanti agli occhi - mentre il treno riprendeva corsa dopo aver appena rallentato - il volto di un bambino come me con il naso schiacciato contro il vetro.

Così fu che per la prima volta sentii l'esistenza di un altro mondo che veniva da altrove per

andare chissà dove scorrendo senza fermarsi vicino al mio mondo, come se questo non esistesse. Fu la prima inquietudine: più tardi cominciai a sentire che la circonvallazione mi stava stretta.

E così, non appena fu tempo, presi il treno anch'io e poi la nave e poi l'aereo e me ne andai un po' qua e un po' là per la Terra.

Da allora sono passati tanti anni, il tratto maggiore di una vita immeritevole e fortunata. Ho visto le due sponde dell'Atlantico ed anche quelle del Pacifico, ho sorvolato le Ande e l'Himalaja, ho camminato per Nuova York e Nuova Delhi, sono stato ospite del Cile e della Cina, ho dormito con i feddayn del Golan e ho mangiato con i contadini dello Shantung, ho trovato amici tra i minatori e i premi Nobel, ho conosciuto gli uomini più diversi.

Per tutto questo e per molto altro io ringrazio la buona sorte, l'amore di chi mi ha cresciuto, la generosità di chi mi ha aiutato. Io ringrazio la vita che mi ha coinvolto in tante cose e me ne ha sempre proposte di nuove.

E' bello camminare, andarsene con la vita: sembra che porti lontano e che più lontano ci sia ancora e sempre qualcosa. Ma è bello anche tornare: quando ci si accorge che la speranza contiene il germe della disperazione, che il nuovo è fatto di antico, che le grandi cose sono quelle che sembravano piccole: i valori profondi, gli affetti veri, le verità prime.

Allora uno di sente improvvisamente trasalire: si chiede con sconosciuto sgomento: «Ma dove sono arrivato? Dove sto andando? Sono stato così cieco da non vedere che là dove sono le mie radici, tra la gente della mia terra, era già tutto quello che andavo cercando, erano le cose che contano, il bene che vale?». Perché in fondo il viaggio più meraviglioso non è quello intorno al mondo, ma quello intorno all'uomo - così sempre nuovo e diverso, con tutta la sua grandezza e la sua miseria, con l'universo del suo amore e del suo dolore. E questo universo è dovunque, in ciascuno: nel nuovo bambino che ci ha raggiunto quest'oggi, nel vecchio che da oggi non è più. E' qui e là; altrove e in questo dove. Basta saperlo riconoscere, andargli incontro con lo sguardo pulito per leggere la sua storia che è ogni volta la storia di tutte le storie. Allora mi son sentito, a un certo punto, soprattutto in questa età ormai cinquantenne, disperso e remoto alle mie radici. Mi son chiesto: «La mia gente mi riconosce ancora come uno dei loro?». Ne ho dubitato ed ho sofferto per questo dubbio.

Ma anche se inattesa è giunta questa festa e questa vostra generosità a dirmi che sono, come avete voluto, un codognese benemerito. Ora io so di non essere benemerito di nulla e che solo la vostra bontà mi può attribuire ciò cui non ho alcun titolo. Ma tengo moltissimo a che mi riteniate sempre e soprattutto uno di voi, uno che può condividere un po' della vostra festa.

Per questo sono qui con molta commozione e un desiderio. Io qui poserò, dopo tanta inquietudine, con il mio piccolo sogno durato una vita. Io spero che chi ne ha facoltà mi concederà prima o poi di salire su quel campanile cui ho guardato tante volte che non saprei più contare. Andrò fin sulla cima e mi guarderò in giro: ci andremo insieme se verrete con me, come io spero, ed insieme vedremo ciò che la mamma, che fu anche maestra a voi, mi aveva insegnato allora perché lo capissi oggi: che tutt'in giro il mondo è perfettamente rotondo e che Codogno sta al centro, come le cose essenziali, semplici e vere sono al centro della vita.

GIULIO ALFREDO MACCACARO (1924-1977)
BIBLIOGRAFIA

1948

Contributo sperimentale all'interpretazione del meccanismo d'azione dei fermenti lattici, in "Il farmaco", luglio-agosto 1948, anno III, n. 4, pp. 3-10.

1949

Andamento di alcune malattie infettive nel comune di Pavia dal 1935 al 1948 (comunicazione alla Società Medico-Chirurgica di Pavia, 2 dicembre 1949), in "Bollettino della Società Medico-Chirurgica di Pavia", 1951, fasc. 3-4, pp. 3-12.

Ricerche sul meccanismo d'azione dell'ANTU, in "Rivista italiana di igiene", 1949, anno IX, n. 11-12, pp. 338-356.

1950

Chloromycetin Resistance in "E. coli": A case for Quantitative Inheritance in Bacteria, in "Nature", 9 dicembre 1950, vol. CLXVI, pp. 991-995 (con L.L. CAVALLI).

1951

Un apparecchio per il conteggio automatico delle colonie, in "Bollettino Ist. Sier. Mil.", gennaio-febbraio 1952, vol. XXX, pp. 65-66.

Possibilità di ricombinazione batterica "in vivo" (comunicazione alla Società Medico-Chirurgica di Pavia, 22 febbraio 1951), in "Bollettino della Società Medico-Chirurgica di Pavia", 1954, fasc. 3-4, pp. 621-628.

Lettera dall'Inghilterra. Motivi e sviluppi del dissenso nel laburismo, in "Critica Sociale", 1° maggio 1951, anno XLIII, n. 9, pp. 127-129.

Capitalismo e comunismo [recensione del libro dello stesso tit. di C. Matteotti, Garzanti, Milano 1951], in "Critica Sociale", 16 marzo 1951, anno XLIII, n. 6, pp. 88-90.

I giovani: un problema male impostato, in "Critica Sociale", 16 febbraio-1° marzo 1951, anno XLIII, n. 4-5, pp. 65-66.

Lettera dalla Francia. Elezioni poco risolutive, in "Critica Sociale", 1° luglio 1951, anno XLIII, n. 13, pp. 193-195.

Lettera dall'Inghilterra. I fabiani, in "Critica Sociale", 1° settembre 1951, anno XLIII, n. 17, pp. 241-243.

Ancora sui giovani, in "Critica Sociale", 1° ottobre 1951, anno XLIII, n. 19, pp. 271-272.

1952

Frequency of recombination in "E. coli" K12, in "Nature", 2 febbraio 1952, vol. CLXIX, pp. 196-198 (con C.P. BOOTH).

Tentativi di dimostrare la ricombinazione genetica in "E. coli" K12 inoculato in peritoneo di topo, in *Atti VIII Congresso nazionale di microbiologia*, aprile 1952 (Milano), pp. 199-213.

Sull'attività tuberculostatica di alcuni esteri achilcarbamici di sulfamidici, in "Il farmaco", maggio-giugno 1952, anno VII, n. 3, pp. 271-279 (con L. RAFFA).

Polygenic Inheritance of Drug-resistance in the Bacterium "E. coli", in "Heredity", dicembre 1952, vol. VI, pp. 311-331 (con L.L. CAVALLI).

Contributo all'interpretazione dell'"invecchiamento" della poliomielite a.a., in "Annali della Sanità pubblica", 1952, anno XII, fasc. 5, pp. 1373-1386.

1953

Frequenza di ricombinazione genica ed età della cultura in "E. coli" K12, in "Bollettino della Società italiana di biologia sperimentale", 1953, vol. XXIX, fasc. 2, pp. 178-180.

Premesse sperimentali della tiamina con un ceppo di "E. coli", in "Bollettino della Società italiana di biologia sperimentale", 1953, vol. XXIX, fasc. 2, pp. 181-184.

Il dosaggio microbiologico di aminoacidi e vitamine secondo un nuovo criterio. 1. I presupposti matematici, in "Bollettino della Società italiana di biologia sperimentale", 1953, vol. XXIX, fasc. 5, pp. 1055-1058.

Il dosaggio microbiologico di aminoacidi e vitamine secondo un nuovo criterio. 2. Il dosaggio della metionina, in "Bollettino della Società italiana di biologia sperimentale", 1953, vol. XXIX, fasc. 5, pp. 1059-1062 (con A.M. LUGLI).

1954

Il solfocarbonismo sperimentale. 1. Solfocarbonismo ed avitaminosi B1, in "Annali della Sanità pubblica", gennaio-febbraio 1954, vol. XV, fasc. 1, pp. 109-135 (con F. DORDI).

Sulla misura del sinergismo ed antagonismo fra sostanze antibatteriche (comunicazione alla Società Medico-Chirurgica di Pavia, 19 settembre 1954), in "Bollettino della Società Medico-Chirurgica di Pavia", 1955, fasc. 5-6, pp. 1617-1626 (con F. DORDI).

Il solfocarbonismo sperimentale. 2. Solfocarbonismo in animali trattati con tiamina e cocarbossilasi (comunicazione alla Società Medico-Chirurgica di Pavia 19 settembre 1954), in "Bollettino della Società Medico-Chirurgica di Pavia", 1955, fasc. 5-6, pp. 1641-1648 (con F. DORDI).

L'effetto dell'età delle colture parentali sulla frequenza di ricombinazione, in "Rivista di Biologia", ottobre-dicembre 1954, vol. XLVI, fasc. 4, pp. 542-553 (con A. CANDELI).

Sulla resistenza crociata agli antibatterici, in "Bollettino Ist. Sier. Mil.", 1954, vol. XXXIII, pp. 334-348 (con F. DORDI).

Il dosaggio microbiologico di aminoacidi e vitamine secondo un nuovo criterio. 3. Il dosaggio di tre aminoacidi e di tre vitamine in "Archivio di Scienze biologiche", 1954, 38, pp. 437-448 (con A.M. LUGLI).

Sull'incompatibilità materno-fetale nel gruppo ABO, in "Folia Hereditaria e Pathologica", 1954, vol. III, fasc. 4, pp. 344-350.

1955

Inchiesta sulle condizioni igieniche delle abitazioni dei salariati agricoli del comune di Vigevano, in "Rivista italiana d'igiene", 1955, anno XV, n. 1-2, pp. 48-70 (con D. COMASCHI).

Studio dei filamenti in "E. coli" K12 ed in alcuni suoi mutati, in "Giornale di Microbiologia", 1955, I, pp. 85-96 (con A. ANGELOTTI).

Cell Surface and Fertility in "E. coli", in "Nature", 16 luglio 1955, vol. CLXXVI, pp. 125-127.

Le dimensioni dell'esperienza per il confronto fra le medie, in "Archivio di Scienze biologiche", 1955, vol. XXXIX, pp. 156-163.

Considerazioni sulle basi genetiche della resistenza batterica agli antibiotici e chemioterapici, in "Relazioni clinico-scientifiche", 1955, anno VIII, vol. VII, pp. 79-82.

Indagini in microscopia elettronica su alcuni ceppi F+ e F- di "E. coli" K12, in "Bollettino Ist. Sier. Mil.", 1955, 34, pp. 689-694 (con A. PASINETTI).

Il dosaggio biologico (lezioni svolte al Seminario internazionale di metodologia biometrica, Varenna 1955), Edizioni universitarie Malfassi, Milano 1957.

1956

L'interazione fra sostanze batteriche e la sua misura (relazione al I Simposio europeo sulla biochimica degli antibiotici), in "Giornale di Microbiologia", 1956, vol. II, pp. 463-484.

Antigens and Mating Types in "E. coli", in "Nature", 25 agosto 1956, vol. CLXXVIII, p. 178 (con C. COLOMBO).

Surface Properties Correlated with Sex Compatibility in "E. coli", in "The Journal of General Microbiology", agosto 1956, vol. XV, n. 1, pp. 121-132 (con R. COMOLLI).

Per lo studio della cinetica della trasmissione infettiva della autocompatibilità in "E. coli", in "Bollettino della Società italiana di biologia sperimentale", 1956, vol. XXXII, fasc. 9, pp. 930-935 (con M. TURRI).

Proprietà di superficie e fertilità in "E. coli" K12, in *Atti della II Riunione della Associazione genetica italiana*, 1956, pp. 3-6 (con R. COMOLLI).

1957

Appunti per la discussione di un piano di indagini statistiche sull'inquinamento atmosferico ed i suoi effetti (relazione al 1° Convegno sui metodi di studio dell'inquinamento atmosferico, Saint Vincent, 19-21 febbraio 1957), in "Minerva Medica", 17 marzo 1958, vol. XLIX, n. 22, pp. 967-974.

Effetto della temperatura e di altre variabili sperimentali sull'andamento della trasmissione infettiva di proprietà di superficie in "E. coli", in "Giornale di Microbiologia", 1957, vol. III, n. 1, pp. 84-96 (con M. TURRI).

Osservazioni sulla periodicità dell'infezione per F in "E. coli", in "Giornale di Microbiologia", 1957, vol. III, n. 2, pp. 178-188 (con M. Turri).

Le fimbrie batteriche, in "Annali di microbiologia e di enzimologia", 1957, vol. VII, fasc. 5-6, pp. 154-163.

1958

La misura dell'informazione contenuta nei criteri di classificazione (Seminario *La specie nei batteri*, Varenna 1958), in "Annali di microbiologia ed enzimologia", 1958, vol. VIII, fasc. 6, pp. 231-239.

Further Studies on Bacterial Fimbriae, in Abst. VII Internat. Cong. Microbiol., Stockholm 1958, p. 424.

1959

Studi sulle fimbrie batteriche. 1. Lo studio genetico delle fimbrie, in "Giornale di Microbiologia", 1959, vol. VII, pp. 1-20 (con C.U. COLOMBO e A. DI NARDO).

Studi sulle fimbrie batteriche. 2. Osservazioni microelettroforetiche, in "Giornale di Microbiologia", 1959, vol. VII, pp. 21-36 (con M. TURRI).

Studi sulle fimbrie batteriche. 3. L'effetto delle fimbrie sulla respirazione di colture in accrescimento, in "Giornale di Microbiologia", 1959, vol. VII, pp. 37-51 (con R. DETTORI).

Studi sulle fimbrie batteriche. 4. Metabolismo ossidativo e fermentativo in cellule fimbriate e sfombriate, in "Giornale di Microbiologia", 1959, vol. VII, pp. 52-68 (con R. DETTORI).

Studi sulle fimbrie batteriche. 5. Sferoplasti fimbriati, in "Giornale di Microbiologia", 1959, vol. VII, pp. 69-80 (con M. TURRI).

The Irreversible Lowering of the Charge Density of Bacterial Surface by Diazomethane, in "Biochimica et Biophysica Acta", 1959, vol. XXXVI, pp. 279-280 (con A.M. JAMES).

1960

Osservazioni microelettroforetiche su cellule di "E. coli" K12 di diversa compatibilità sessuale, in "Giornale di Microbiologia", 1960, vol. VIII, n. 1, pp. 1-8 (con M. TURRI).

Studies on Bacterial Fimbriae. 6. Agglutination of Fimbriated Cells by Dipolar Molecules, in

"Giornale di Microbiologia", 1960, vol. VIII, pp. 65-82 (con R. DETTORI).
The Information Content of Biological Classification (relazione letta al Simposio sulla "Information Theory" tenuto alla Royal Institution, London 29 agosto-2 settembre 1960), in C. CHERRY (a cura di), *Information Theory*, Butterworth, London 1961, pp. 437-446 (con A. RESCIGNO).

1961

Appaiamento e interferenza negativa in "E. coli", in *Atti Ass. Genet. Ital.*, 1961, vol. VI, pp. 43-47 (con W. HAYES).
The Mathematical Assessment of Taxonomic Similarity (riassunto di una relazione), in "Taxon", 1961, vol. X, n. 4, pp. 97-101.
The Assessment of the Interaction Between Antibacterial Drugs, in "Progress in Industrial Microbiology", 1961, vol. III, pp. 174-210.
The genetics of Fimbriation in "E. coli", in "Genet. Res., Camb.", 1961, 2, pp. 394-405 (con W. HAYES).
Pairing Interaction as a Basis for Negative Interference, in "Genet. Res., Camb.", 1961, 2, pp. 406-413 (con W. HAYES).
Superficie cellulare e differenziazione sessuale in "E. coli", in "Annali di microbiologia ed enzimologia", 1961, vol. XI, fasc. 5-6, pp. 169-172.
Sex-specific Bacteriophages of "E. coli" K12, in "Giornale di Microbiologia", 1961, vol. IX, pp. 141-150 (con R. DETTORI e G. L. PICCININ).
Batterio (voce), in *Enciclopedia Italiana Treccani*, Roma 1961, 3ª App., vol. I, pp. 208-210.
La regressione multipla, in L. LISON (a cura di), *Statistica applicata alla biologia sperimentale*, CEA, Milano 1961, pp. 295-312.
Le funzioni discriminanti, in *ibidem*, pp. 313-329.
L'analisi dei probitis, in *ibidem*, pp. 331-350.
L'analisi sequenziale, in *ibidem*, pp. 351-369.

1962

Il contributo della statistica alla programmazione ed all'analisi degli esperimenti clinici (relazione), in *Atti del Simposio sulle Metodologie di valutazione dei Farmaci nell'Uomo*, Milano 1962, pp. 43-64.
Fenomeni di sessualità dei batteri (relazione), in *Atti XI Congresso nazionale della Società Italiana di Microbiologia*, Cagliari 1962, pp. 42-55.

1963

Considerazioni sulla medicina e sulla biometria. Numeri, medici e medicine, in "Quaderni sulla sperimentazione clinica controllata", gennaio-febbraio 1963, vol. II, n. 1, pp. 13-16 [firmato con lo pseudonimo di *Chi quadrato*].
 Prontuario della sperimentazione clinica, in "Quaderni sulla sperimentazione clinica controllata", 1963, vol. II, n. 1, pp. 31-41; 2, p. 111; 3, p. 199 e 4, p. 283 (con P. E. LUCCHINELLI).
 Considerazioni su un esperimento fattoriale (lettera alla redazione di E. Ventura e risposta di GAM), in "Quaderni sulla sperimentazione clinica controllata", gennaio-febbraio 1963, vol. II, n. 1, pp. 43-50.
Ricordo di R. A. Fisher. Numeri, medici e medicine, in "Quaderni sulla sperimentazione clinica controllata", 1963, vol. II, n. 2, pp. 63-68 [firmato *Chi quadrato*].
Oncologia e statistica epidemiologica: il linfoma africano. Numeri, medici e medicine, in "Quaderni sulla sperimentazione clinica controllata", 1963, vol. II, n. 3, p. 163 [firmato *Chi quadrato*].
Il metodo statistico nella programmazione e nell'analisi degli esperimenti in oncologia, in

"Quaderni sulla sperimentazione clinica controllata", 1963, vol. II, n. 4, p. 237 (G. G. GUIDOTTI).
Analisi di una tabella di contingenza a tre criteri di classificazione, in "Quaderni sulla sperimentazione clinica controllata", 1963, vol. II, pp. 189-198.
Cancro del polmone e data di nascita. Numeri medici e medicine, in "Quaderni sulla sperimentazione clinica controllata", 1963, vol. II, n. 5, pp. 323-331 [firmato *Chi quadrato*].
Sex Specific Bacteriophages of "E. coli" K12. IV - Host Specificity, Pattern of Lysis and Lethality of Phage μ_2 , in "Giornale di Microbiologia", 1963, vol. XI, pp. 15-34 (con R. DETTORI e M. TURRI).
Statistical Evaluation Criteria for Individual Hematological Examination (relazione presentata al "Symposium on the medical supervision of workers exposed to ionizing radiations", promosso da Euratom a Stresa, 2-5 maggio 1961), in "La Medicina del Lavoro", 1963, vol. LIV, fasc. 1, pp. 17-41 (con C. POLVANI).
I numeri che servono a capire meglio la vita. Alleanza tra matematica e biologia, in "Corriere della Sera", martedì 23 luglio 1963, p. 7.
Si sta cercando in Africa il più malefico dei "virus". La battaglia contro i tumori, in "Corriere della Sera", martedì 24 settembre 1963, p. 7.
Una chiave nuova per capire la natura. Incontro di scienziati a Sesto San Giovanni, in "Corriere della Sera", venerdì 18 ottobre 1963, p. 9.
Il metodo statistico nella programmazione e nell'analisi degli esperimenti in oncologia (relazione al II Simposio di Statistica medica, Roma, 27-28 ottobre 1963), in "Annali di statistica", 1964, serie VIII, vol. XIV, pp. 141-165 (con G. G. GUIDOTTI).
Come la cellula si difende dall'aggressione dei virus. Le straordinarie ricerche del dottor Isaacs. La parte giocata dalla sostanza chiamata "interferon", in "Corriere della Sera", martedì 29 ottobre 1963, p. 9.
L'orologio biologico. Si nasconde in tutti gli organismi viventi, in "Corriere della Sera", martedì 3 dicembre 1963, p. 9.
Dalla parte del cuore. Le ricerche sull'imprinting. I recenti studi del dottor Salk aiutano a capire perché il bambino spaventato è irresistibilmente portato a nascondere il volto nel seno materno, in "Corriere della Sera", martedì 24 dicembre 1963, p. 9.

1964

I "quadrati magici" in biologia e medicina. Da Eulero ai giorni nostri. Come un ricercatore italiano ha dipanato un intricatissimo problema relativo alla valutazione dell'effetto di alcuni farmaci diuretici, in "Corriere della Sera", martedì 28 gennaio 1964, p. 9.
Il fegato elettronico. Affascinanti prospettive della medicina, in "Corriere della Sera", martedì 18 febbraio 1964, p. 9.
Come gli antibiotici "ingannano" i microbi. Tutto il mondo scientifico ne parla, in "Corriere della Sera", martedì 5 maggio 1964, p. 9.
La bio-ingegneria in aiuto de medico. Dopo la biochimica, la biofisica e la biometria, in "Corriere della Sera", martedì 19 maggio 1964, p. 9.
Matematica, imperatrice e ancella. Da Gauss a oggi. Importanza del nuovo calcolatore elettronico dell'università di Milano, in "Corriere della Sera", martedì 16 giugno 1964, p. 9.
In una dendrite il segreto per la cura del diabete. Visita ai laboratori polacchi, in "Corriere della Sera", martedì 14 luglio 1964, p. 11.
Nuovo codice per leggere la storia dell'evoluzione. Le ricerche della Carnegie Institution, in "Corriere della Sera", martedì 11 agosto 1964, p. 11.
Gli organismi superiori potrebbero vivere senza microbi? Un vecchio problema e la risposta di oggi, in "Corriere della Sera", martedì 25 agosto 1964, p. 11.
La scienza come creazione. Dibattito sui fini e sui mezzi della divulgazione, in "Corriere della

- Sera", martedì 1 settembre 1964, p. 11.
- Dai pipistrelli ai radar. Buoni esempi di divulgazione scientifica*, in "Corriere della Sera", martedì 1 dicembre 1964, p. 11.
- La vita nella morsa del caldo e del gelo. "Geniale" corso dell'evoluzione. Il grande problema della termoregolazione*, in "Corriere della Sera", martedì 29 dicembre 1964, p. 7.
- La biometria nella sperimentazione dei farmaci*, in "Cronache Farmaceutiche", 1964, vol. I n. 2, p. 1.
- Sex Specific Bacteriophages of "E. coli" K12. V. - Thermal Inactivation of Phage μ_2* , in "Giornale di Microbiologia", 1964, vol. XII, pp. 153-164 (con M. TURRI e R. DETTORI).
- Sex Specific Bacteriophages of "E. coli" K12. VI. - UV, X-ray and Nitrous Acid Inactivation of Phage μ_2* , in "Giornale di Microbiologia", 1964, vol. XII, pp. 165-174 (con M. TURRI e R. DETTORI).
- Possibility of Conjugal Infection by a Male-specific Bacteriophage in "E. coli"*, in "Giornale di Microbiologia", 1964, vol. XII, pp. 195-198 (con G. SIRONI e E. GALLUCCI).
- Attività svolta nel biennio 1961-1963* (nella cattedra di Microbiologia della Università di Modena), in "Quaderni de 'La ricerca scientifica' (CNR), dicembre 1964, n. 25, pp. 101-108.

1965

- La dotta ignoranza. Discussione aperta. L'illusione creata da Snow in molti scienziati e umanisti*, in "Corriere della Sera", martedì 12 gennaio 1965, p. 11.
- Verso una nuova biologia*, Sassari 1966, 14 pp. (discorso per l'inaugurazione dell'anno accademico 1965/66, dell'Università degli studi di Sassari); estratto dall'"Annuario 65/66 dell'Università degli Studi di Sassari"; rist. col tit. *Come vive la vita? Venti anni fa questo interrogativo dava sgomento*, in "Rinascita", 17 febbraio 1967, anno 24, n. 7, pp. 20-21; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp.117-127.
- Dosaggio Biologico* (appendice n.1 della Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana), Roma 1965, 7 ed.

1966

- Prospettive di un'analisi quantitativa della clinica delle epatopatie croniche*, in "Gazzetta Sanitaria", 1966, vol. XXXVI, n. 1/2, p. 23 (con P.E.LUCCHINELLI).
- Importanza biologica e clinico-terapeutica della resistenza*, in "Giornale Italiano di Chemioterapia", 1966, vol. XIII, pp. 1-4.
- Domande*, in "A.b.d.c.e.", 1966, anno I, n. 2, pp. 49-52.
- Un corso da fare*, in "A.b.d.c.e.", 1966, anno I, n. 3, pp. 93-97.
- Un dialogo sulla biologia. Una scienza che avanza più di ogni previsione*, in "Il Giorno", martedì 8 marzo 1966.
- Auguri per un ministro*, in "Il Giorno", martedì 15 marzo 1966 [firmato con lo pseudonimo Pico].
- A caccia della memoria. Attraverso una rete di dieci miliardi di cellule*, in "Il Giorno", martedì 5 aprile 1966.
- I limiti del possibile*, in "Il Giorno", martedì 5 aprile 1966 [con lo pseudonimo Pico].
- Banca dei ricordi nelle cellule nervose. Storia della caccia alla memoria*, in "Il Giorno", martedì 19 aprile 1966.
- Il microbo che sa fare tutto. Cerchiamo il modo di far lavorare i batteri per noi e non contro di noi*, in "Il Giorno", martedì 7 giugno 1966.
- Su due catene di montaggio si costruisce l'insulina. Valore e limiti di una grande realizzazione scientifica cinese*, in "Il Giorno", martedì 14 giugno 1966.
- Come siamo visti da fuori*, in "Il Giorno", martedì 28 giugno 1966.

- Talidomide buona?*, in "Il Giorno", martedì 5 luglio 1966.
- Un errore di stampa*, in "Il Giorno", martedì 19 luglio 1966 [con lo pseudonimo Pico].
- La ricerca sottoterra*, in "Il Giorno", martedì 2 agosto 1966 [con lo pseudonimo Pico].
- Inseriremo nell'embrione umano "qualità" scelte da noi? Una prospettiva esaltante, ma anche paurosa*, in "Il Giorno", martedì 19 luglio 1966.
- I lumi e le stelle*, in "Il Giorno", martedì 9 agosto 1966 [con lo pseudonimo Pico].
- L'uomo è nato da due ore. La più grande novità della terra*, in "Il Giorno", martedì 23 agosto 1966.
- Congelati per sopravvivere*, in "Il Giorno", martedì 9 agosto 1966.
- Seimila anni per trovare i Soli. Esistono nell'universo pianeti abitati come il nostro?*, in "Il Giorno", martedì 30 agosto 1966.
- Hirosima biologica?*, in "Il Giorno", martedì 6 settembre 1966 [con lo pseudonimo Pico].
- Fenomeno inevitabile la vita su altri mondi*, in "Il Giorno", martedì 6 settembre 1966.
- Una scimmia antropologa*, in "Il Giorno", martedì 13 settembre 1966 [con lo pseudonimo Pico].
- Lo stregone in farmacia*, in "Il Giorno", martedì 20 settembre 1966 [con lo pseudonimo Pico].
- Prometeo o Ercole?*, in "Il Giorno", martedì 4 ottobre 1966 [con lo pseudonimo Pico].
- Uomini, cani, gatti e topi*, in "Il Giorno", martedì 18 ottobre 1966 [con lo pseudonimo Pico].
- Contro le armi biologiche frontiere aperte. Un promettente successo degli scienziati del gruppo Pugwash*, in "Il Giorno", martedì 18 ottobre 1966.
- Il genio a occhi chiusi*, in "Il Giorno", martedì 25 ottobre 1966 [con lo pseudonimo Pico].
- La biologia al soccorso degli antibiotici*, in "Il Giorno", 1 novembre 1966.
- Il calcolatore in camice bianco fa la diagnosi per il medico. L'elettronica è oggi uno degli strumenti più validi della medicina preventiva*, in "Il Giorno", domenica 6 novembre 1966.
- La riforma dell'università*, in "Il Giorno", martedì 15 novembre 1966.
- Università: non soltanto denaro*, in "Il Giorno", martedì 6 dicembre 1966.
- Professori incaricati e organi di ricerca. Contributi all'analisi della situazione nell'università italiana in vista delle necessarie riforme*, in "Il Giorno", martedì 13 dicembre 1966.
- Sequential Experimentation and Multivariate Analysis in the Evaluation of a Treatment for Postoperative Intestinal Symptoms*, in "Clinical Pharmacology and Therapeutics", 1966, vol. VII, n.4 (con P.E.LUCCHINELLI, A.D.CATTANEO e N.BONA).
- Analisi matematica della diagnosi di cardiopatia congenita*, in *Atti XVII Congresso di Cardiologia*, Sirmione 1966 (con A.REALE, E.ROCCA, S.D'INTINO, P.A.GIOFFRE', A.VESTRI e M.MOTOLESE).

1967

- Interruttori di circuiti fra le cellule nervose. Alla ricerca delle basi fisiche della memoria*, in "Il Giorno", martedì 24 gennaio 1967.
- Un "iperspazio" per interpretare il cuore. Mark Aizerman a Milano presenta i risultati della "Scuola di Mosca"*, in "Il Giorno", martedì 31 gennaio 1967.
- La sessione di esami di febbraio. I problemi dell'Università*, in "Il Giorno", martedì 28 febbraio 1967.
- Non siamo soli nell'Universo*, in "Il Giorno", sabato 11 marzo 1967 [lettera].
- Esperienze di impiego di elaboratori elettronici nello studio di problemi medici*, in "A.b.d.c.e.", aprile-maggio-giugno 1967, anno II, n.2, pp. 55-68; rist. Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma 1968.
- La chiave del carattere. Prospettive audaci della citogenetica umana*, in "Il Giorno", martedì 4 aprile 1967.
- Università e produzione. L'organizzazione della ricerca*, in "Il Giorno", martedì 11 aprile 1967.
- Tocca al calcolatore leggere nei cromosomi*, in "Il Giorno", martedì 18 aprile 1967.

- Cromosomi e numerini. Così potranno realizzare le audaci prospettive della citogenetica umana*, in "Il Giorno", martedì 9 maggio 1967.
- Ma a chi tocca finanziare l'Università? Problemi dell'istruzione e della ricerca in Italia*, in "Il Giorno", martedì 30 maggio 1967.
- La creazione "in vitro" di materia vivente*, in "Il Giorno", domenica 18 giugno 1967 [lettera].
- I messaggi corrono sull'odore. Drammatici e sconcertanti esperimenti*, in "Il Giorno", martedì 20 giugno 1967.
- Pieno impiego dei professori. Problemi dell'Università*, in "Il Giorno", martedì 27 giugno 1967.
- Una applicazione del "pattern recognition" in biologia: tentativi di appaiamento e classificazione dei cromosomi umani con l'impiego di un elaboratore elettronico*, in *Atti XIV Congresso scientifico per l'elettronica*, Roma giugno 1967, p. 129 (con G.GALLUS e N.MONTANARO).
- Si può vivere senza cibo, senza sogno si impazzisce*, in "Il Giorno", martedì 18 luglio 1967.
- Il problema della compatibilità dei trapianti è come... attraversare un muro senza romperlo*, in "Il Giorno", martedì 8 agosto 1967.
- Le vitamine e il colore della pelle umana. La biochimica distrugge i pregiudizi*, in "Il Giorno", martedì 15 agosto 1967.
- In due nomi la biologia di un secolo. Le opere di Darwin e Watson. Come dall'evoluzionismo nasce la genetica*, in "Il Giorno", martedì 22 agosto 1967.
- I quattro genitori del topolino zebra. Non è una favola, ma una grande scoperta genetica*, in "Il Giorno", martedì 5 settembre 1967.
- Il successo dei trapianti nel galateo dei linfociti. L'organismo umano "deve" distinguere fra amici e no*, in "Il Giorno", martedì 19 settembre 1967.
- Topini a strisce*, in "Il Giorno", venerdì 22 settembre 1967 [lettera].
- Le leggi, gli uomini e il governo dell'Università. Il caso di Milano non è un pretesto preso a caso*, in "Il Giorno", martedì 3 ottobre 1967.
- Applicazione dell'elaborazione elettronica alla medicina*, in "A.b.d.c.e.", 1967, anno II, n. 4, pp. 175-208 (con A. COLOMBI); rist. in *Atti del convegno su "L'automazione elettronica e le sue implicazioni scientifiche, tecniche e sociali"*, Accademia Nazionale dei Lincei, Roma, 16-19 ottobre 1967, 1968, anno CCCLXV, quaderno n. 110, pp. 177-210; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp.17-57.
- La memoria elettronica rinvierà gli ospedali. Per l'avvento in Italia di una vera medicina preventiva*, in "Il Giorno", mercoledì 25 ottobre 1967.
- Ma quanti è difficile costruire Università! Due esempi clamorosi a Roma e a Milano. La storia di un consiglio di amministrazione i cui componenti non sono tutti informati allo stesso modo*, in "Il Giorno", domenica 5 novembre 1967.
- Le matricole di medicina nel cinema dell'oratorio. Nessuna programmazione nell'Università degli Studi*, in "Il Giorno", domenica 26 novembre 1967.
- The Clinician and the Computer*, in "The Lancet", 2 dicembre 1967 (con R.REALE, E.ROCCA e M.MOLTOLESE).
- Quando la realtà batte la fantasia. L'esperimento di Stanford*, in "Il Giorno", martedì 19 dicembre 1967.
- Un libro-strenna scritto da 150.000 studenti*, in "Il Giorno", martedì 19 dicembre 1967.
- E' stato bene? Sì*, in "Il Giorno", venerdì 22 dicembre 1967.
- Short-term Effects of Three Antituberculous Regimens on Several Liver Function Tests in Different Groups of Patients*, in "International Journal of Clinical Pharmacology Therapy and Toxicology", 1967, n.2 (con E.MARUBINI, A.BARONTI, E.ROBOTTI).
- Considerazioni sulle risposte ad un questionario sulla epidemiologia del glaucoma*, in *Atti del I Congresso della Società Oftalmologica*, Firenze 1967 (con A.COLOMBI).
- L'elaborazione elettronica dei dati nella moderna ricerca clinica e biologica*, in "Minerva Pediatrica", 1967, vol. XIX, n.36, p. 1633.

1968

- Dopo i recenti tentativi di innesto, la scienza ci dice: per il cuore dell'uomo è spuntato il Duemila*, in "Il Giorno", venerdì 5 gennaio 1968.
- Ricerca e dollari: nodi al pettine. Quando manca l'autonomia*, in "Il Giorno", martedì 9 gennaio 1968.
- La facoltà di medicina è malata: la diagnosi è ... La vera terapia indicata dagli studenti*, in "Il Giorno", martedì 7 maggio 1968.
- Lo sviluppo economico si semina nella scuola. Sì, sapere e istruzione sono un buon investimento. In una classifica delle risorse umane impiegate nell'educazione l'Italia entra nel gruppo dei Paesi "semiaanzati", preceduta fra gli altri da Jugoslavia e Polonia*, in "Il Giorno", martedì 21 maggio 1968.
- La strana storia del rapporto Brooks*, in "Il Giorno", martedì 4 giugno 1968.
- Informatica medica*, Tolosa 18 luglio 1968 [testo italiano e francese].
- La battaglia intorno a Blaiberg. Che cosa impara la scienza*, in "Il Giorno", martedì 30 luglio 1968.
- Domande imbarazzanti fra statistica e biologia. Le probabilità sono uguali, però nascono più maschi che femmine. Potrà l'uomo acquisire il controllo dei meccanismi che determinano numero e sesso dei figli?*, in "Il Giorno", martedì 6 agosto 1968.
- Maratona della vita: stravincano le donne. Il biologo non sa il perché*, in "Il Giorno", martedì 27 agosto 1968.
- Sapremo se esporre il nastro rosa o azzurro. Una scoperta che si rivelerà benefica per l'umanità*, in "Il Giorno", martedì 3 settembre 1968.
- Una possibile spiegazione di come è nata la famiglia. L'intelligenza è figlia dell'amore coniugale?*, in "Il Giorno", martedì 24 settembre 1968.
- Presto la cura pre-trapianto? La strada giusta contro il rigetto*, in "Il Giorno", martedì 15 ottobre 1968.
- Uomo, la tua storia comincia così. Perché gli hanno dato il Nobel '68*, in "Il Giorno", martedì 22 ottobre 1968.
- Il destino dell'uomo non è come il gioco del totocalcio. Una scoperta biologica che deve far riflettere la società*, in "Il Giorno", martedì 3 dicembre 1968 [una precisazione di Giulio A. Maccacaro, in "Il Giorno", martedì 17 dicembre 1968, dove è riportata l'ultima parte dell'articolo precedente, tagliata per "esigenze tipografiche"].
- Lo sviluppo tecnologico è in ogni epoca strettamente in relazione con lo sfondo storico generale*, in "Il Giorno", martedì 3 dicembre 1968 [più la citata precisazione di GAM del 17 dicembre, dove corregge alcuni errori di stampa apparsi alla fine di questo articolo].
- La medicina fra lecito e possibile. A un anno dal "nuovo Blaiberg"*, in "Il Giorno", martedì 31 dicembre 1968.
- A Problem of Pattern Recognition in the Automatic Analysis of Chromosomes: Locating the Centromere*, in "Computers and Biomedical Research", 1968, vol. 2, n.2, pp. 187-197 (con G. GALLUS e N.MONTANARO).
- Elaborazione elettronica per la medicina preventiva* (relazione tenuta al II Congresso della Associazione italiana del calcolo automatico, Napoli 1968), in "A.b.d.c.e.", 1968, anno III, n. 4, pp. 259-279; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 58-86.
- Indagine policentrica sulla prognosi immediata ed a distanza della cardioversione*, in "Minerva Cardioangiologica", 1968, vol. XVI, n. 4, (con F.ROVELLI, F. DI GIUSEPPE, F.MARCOLONGO, G.F.PARENTI, V.PUDDU, G.RATTI, A.REALE, R.RIZZI, E.ROBOTTI, P.ROSSI e A.TUVERI).
- Contributo all'analisi biometrica del cariotipo umano mediante elaboratore elettronico*, in *Atti Ass. Genet. Ital.*, 1968, vol. XIII (con G.GALLUS, N.MONTANARO, M.FRACCARO e L.TIEPOLO).

Computer Diagnosis of Congenital Heart Disease, in "Computers and Biomedical Research", 1968, vol. I, n. 6, p. 533 (con A. REALE, E. ROCCA, S. D'INTINO, P. A. GIOFFRÉ, A. VESTRI e M. MOTOLESE).

1969

Non si misura a cuori nuovi il beneficio per l'umanità. Meditiamo sul paradosso della medicina moderna, in "Il Giorno", martedì 7 gennaio 1969.

Trapianti con successo se l'antigene è amico, in "Il Giorno", martedì 21 gennaio 1969.

Il potere accademico resta nelle sue fortezze. Un'occhiata dal di dentro per vedere se davvero è naufragata ogni speranza di riforma universitaria. Intanto per cominciare..., in "Il Giorno", martedì 4 febbraio 1969.

Morte le vecchie si può gridare "viva le nuove"? Un'occhiata dentro le università: le associazioni, in "Il Giorno", martedì 11 febbraio 1969.

Se non si fa il motore la riforma non partirà, in "Il Giorno", martedì 18 febbraio 1969.

Come operai in una fabbrica, in "Il Giorno", martedì 25 febbraio 1969 [firmato con lo pseudonimo di Cesare Pisati].

La ricerca, condizione per ogni insegnamento. Un punto fondamentale da porre nella riforma universitaria, in "Il Giorno", martedì 4 marzo 1969.

Giusta mercede e tempo pieno, ma sono loro a dire di no, in "Il Giorno", martedì 11 marzo 1969.

Ruolo unico dei docenti con uguale dignità. Conclusione della carrellata sui problemi dell'università, in "Il Giorno", martedì 18 marzo 1969.

Criteri di valutazione dei risultati terapeutici in tema di "Angina pectoris", Niguarda, Milano 15-18 settembre 1969, in *Cardiopatie reumatiche e insufficienza coronarica*, Piccin, Padova 1970.

Elaborazione dei dati e amministrazione locale: l'automazione della medicina sociale e preventiva, relazione al Convegno "L'elaborazione elettronica e la gestione programmata negli enti locali", Firenze 2-3 ottobre 1969.

Metodi statistici e di elaborazione automatica dei dati per l'orientamento e la valorizzazione delle attività di medicina sociale e preventiva, relazione al Convegno "I servizi di medicina sociale preventiva e l'articolazione territoriale della medicina pubblica nell'ambito della Regione", Milano, 28-29-30 novembre 1969.

L'invecchiamento della popolazione italiana, in "Minerva Medica", 1969, vol. LX, n. 54, pp. 2661-2683 (con A. COLOMBI).

The Problem of Species Difference and Statistics in Toxicology (Opening and Closing Remarks), in "Proceedings of the European Society for the Study of Drug Toxicity", 1969, vol. XI (rist. da "Excerpta Medical International Congress Series", n. 198).

Statistics in the Evaluation of Analytical Methods, relazione al Simposio internazionale "Standardization in Hematology", Fondazione Carlo Erba, Milano 1969.

Le nuove frontiere della medicina in *Guida CIBA per il Giovane Medico*, a cura di V. GHETTI, Milano 1969, pp. 495-498.

1970

Nuove frontiere sociali della medicina moderna (testo di una conversazione radiofonica tenuta al "Terzo Programma" della RAI il 2 gennaio 1970 nel ciclo "I problemi della medicina sociale"), pubb. in "Terzoprogramma" (Edizioni RAI), 1970, n. 2, pp. 138-146.

Il dubbio e la crisi investono la medicina. Alle vittorie tecniche devono ora aggiungersi le vittorie "sociali", in "Il Giorno", giovedì 8 gennaio 1970.

Ma come deve essere il nuovo medico? Un dibattito riaperto da una nuova legge, in "Il Giorno", giovedì 15 gennaio 1970.

Cromosomi: attenti agli errori, in "Il Giorno", giovedì 29 gennaio 1970.

Un problema di scelte responsabili, in "Il Giorno", giovedì 5 febbraio 1970.

La fine della ricerca biomedica?, in "Il Giorno", giovedì 12 febbraio 1970.

La ricerca scientifica negli ospedali (intervento alla tavola rotonda organizzata dalla Fondazione Carlo Erba), Milano, 14 febbraio 1970.

Perché le analisi sono così diverse? Ragioni e metodi di una indagine sui laboratori italiani, in "Il Giorno", giovedì 26 febbraio 1970.

L'attendibilità delle analisi chimiche, in "Il Giorno", venerdì 6 marzo 1970, p. 15 [lettera].

Troppo labile il rapporto medico-malato. Un problema di informazione (del sanitario e del paziente) è alla base della questione "farmaci miracolosi", in "Il Giorno", giovedì 19 marzo 1970.

Il figlio in provetta è una conquista tutta positiva? Pro e contro sugli esperimenti di fecondazione "in vitro" degli inglesi Edward e Steptoe, in "Il Giorno", giovedì 26 marzo 1970.

Ma è proprio vero che li muove la sola curiosità scientifica? Una domanda un po' amara ma sempre più attuale sul ruolo degli intellettuali, in "Il Giorno", martedì 31 marzo 1970.

La diagnosi precoce va presa con cautela. Al pari dei farmaci può essere benefica, inutile e o dannosa, in "Il Giorno", giovedì 16 aprile 1970.

Scienza e sottogoverno, in "L'Espresso", 19 aprile 1970.

Il dramma del dottore (Jim Shapiro di Harvard). La responsabilità politica del lavoro scientifico, in "Il Giorno", martedì 21 aprile 1970; rist. in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n. 798, pp. 13-14.

La scienza sarà capace di contestare se stessa?, in "Il Giorno", martedì 5 maggio 1970, p. 8.

Si deve considerare già uomo un "progetto di uomo"? Dopo il Simposio di Venezia sulla fecondazione, in "Il Giorno", giovedì 28 maggio 1970.

Dal Terzo Mondo una dura lezione. Estranea alla società la scienza fallisce, in "Il Giorno", martedì 9 giugno 1970.

Come pesa questo gene sulla mano dell'uomo! La scoperta di Khorana apre le porte all'alchimia genetica, l'ultima stregoneria della scienza, in "Il Giorno", giovedì 18 giugno 1970, p. 11.

L'ospedale cambia faccia quando entra il computer, in "Il Giorno", giovedì 2 luglio 1970, p. 10.

Pratica medica e controllo sociale (relazione al Convegno "Assistenza sanitaria e farmaci", organizzato dall'assemblea del personale dell'ISS, Roma 8-9-10 luglio 1970; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 349-358).

Linfoma di Burkitt: un "giallo" con due colpevoli. Le più terribili malattie possono essere causate da molteplici fattori, in "Il Giorno", giovedì 30 luglio 1970, p. 7.

Prima che malattia la malaria è miseria. Milioni di uomini, nel Terzo Mondo, continuano a morire ogni anno per la puntura di una zanzara, in "Il Giorno", giovedì 13 agosto 1970, p. 9.

Riconoscimento automatico delle forme di interesse biomedico (relazione tenuta in occasione del Convegno dall'INAM su "Elettronica per l'assistenza sanitaria", Roma, 6-8 ottobre 1970), in "A.b.d.c.e.", 1970, anno V, n. 4, pp. 221-237; rist. in "Archivio di Medicina Mutualistica", 1971, vol. LXI.

Giuseppe Pinelli: il suicidio impossibile, in "L'astrolabio", 18 ottobre 1970, n. 41; rist. in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n. 798, pp. 46-48 (con R. BOERI, E. FACHINELLI e G. JERVIS); rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 128-134.

Un trapianto che impone sempre scelte "dolorose". Il rene: protagonista degli anni '70, in "Il Giorno", giovedì 22 ottobre 1970, p. 7.

L'automazione della diagnosi e della prognosi (testo di un intervento alla RAI del 27 novembre 1970) in "Terzoprogramma", n. 3, 1971, pp. 128-137; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 87-96.

1971

Il diritto alla salute obiettivo della riforma. Una società moderna esige che si pensi a prevenire

- prima che a curare*, in "Il Giorno", giovedì 7 gennaio 1971, p. 11.
- Al fumatore fa meno paura il cancro della gastrite. La campagna contro le sigarette non è stata impostata bene*, in "Il Giorno", giovedì 14 gennaio 1971, p. 7.
- Problemi di medicina preventiva* (relazione al convegno su "L'automazione nell'assistenza sanitaria", promosso dalla ANIPLA, Milano 29-31 gennaio 1971), in "A.b.d.c.e.", 1971, anno VI, n.1, pp.1-14; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 359-376.
- La "salute difesa" non è un appalto. Anche sulla prevenzione delle malattie la minaccia della speculazione*, in "Il Giorno", giovedì 11 febbraio 1971, p. 7.
- Criminale genetico? No, solo un uomo più fragile. Un cromosoma in più non è una sentenza di condanna*, in "Il Giorno", giovedì 25 febbraio 1971, p. 11.
- I farmaci tuttofare. A proposito dei tranquillanti nell'asilo-nido di Reggio Emilia*, in "Il Giorno", giovedì 18 marzo 1971, p. 11.
- Malattie indotte in bambini sani. Uomini come cavie*, in "Il Giorno", giovedì 25 marzo 1971, p. 11; rist. in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n.798, pp.26-27.
- Uomini come cavie*, in "Il Giorno", sabato 27 marzo 1971, p. 13 [lettera].
- Cala un silenzio gravido d'accuse. Amaro bilancio due mesi dopo*, in "Il Giorno", giovedì 13 maggio 1971, p. 11; rist. in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n.798, pp. 27-28.
- "Tutto è consentito all'uso della scienza per l'uomo, tutto è negato all'uso dell'uomo per la scienza." Verso un'etica collettiva della sperimentazione scientifica*, in "il manifesto" 16 gennaio 1979 (inserto centrale) [testo inedito dell'intervento di GAM nella commissione insediata nella primavera del 1971 dal ministro della Sanità Mariotti, con il compito di studiare e formulare un progetto di legge sulla sperimentazione medica sull'uomo]; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 192-200.
- La cariotipizzazione automatica*, in "Prospettive in pediatria", luglio-settembre 1971, n.3, pp.231-242.
- Dare alla Regione poteri reali in campo sanitario. Se si vuole che la riforma mantenga il suo significato*, in "Il Giorno", giovedì 9 settembre 1971.
- La vicenda dei "bambini-cavia" di Modena: neuropsicofarmacologia come repressione* (testo dell'intervento alla IV riunione della Società italiana di neuropsicofarmacologia, Bologna, 23-24 ottobre 1971), in "Note e Rassegne", dicembre 1971, nuova serie, anno VIII, n.33-34, pp. 73-80.
- Sperimentazione clinica in pediatria* (intervento alla tavola rotonda tenuta al Museo nazionale della scienza e della tecnica, Milano ottobre 1971), in "Prospettive in pediatria", 1971, n.4.
- Una facoltà di medicina capovolta*, intervista pubblicata su "Tempo Medica", novembre 1971, n.97; rist. in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n.798, pp.54-57; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 377-382.
- La formazione del medico*, in "Tempo Medico", novembre 1971, n.79.
- Nuovi untori per la nuova peste*, in "Se", n.1 (supplemento al n.100 di "Abitare", novembre 1971), p.26; rist. in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n.798, pp.49-50; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 271-273.
- L'habitat corrotto* (presentazione della inchiesta organizzata e indirizzata da GAM), in "Se", n.2 (supplemento al n.101 di "Abitare", dicembre 1971), p.8.
- Tre vani più servizi e computer*, in "Se", n.2 (supplemento al n.101 di "Abitare", dicembre 1971), pp.27-28; rist. in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n.798, pp.52.
- La nosologia nella RDT. Statistiche e metodologia*, in *L'organizzazione sanitaria nella Repubblica Democratica Tedesca. Impressioni e documenti di una delegazione medica italiana*, a cura del Centro Thomas Mann di Roma, dicembre 1971.
- Documentazione clinica e ricerca biomedica in Italia*, in *La salute e il potere in Italia*, a cura del collettivo dell'Istituto superiore di sanità, De Donato, Bari, 1971.

- Prefazione all'edizione italiana di M.H. PAPPWORTH, *Cavie umane. La sperimentazione sull'uomo*, con un'appendice giuridica di Carlo Smuraglia, Feltrinelli, Milano 1971, pp. 7-26; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 178-192.
- 1972
- L'uso di classe della medicina*, relazione di apertura al dibattito sullo stesso tema svoltosi a Modena il 25 febbraio 1972; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 406-434.
- Il veleno occhieggia sui banchi*, in "Se", n. 3 (supplemento al n.102 di "Abitare", gennaio-febbraio 1972), pp.26-27; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 272-276.
- Come ti curo il pupo. I semi del futuro*, in "Se", n. 4 (supplemento al n.103 di "Abitare", marzo 1972), pp.26; rist. in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n.798, p.51.
- I due complici*, in "Se", n. 5 (supplemento al n.104 di "Abitare", aprile 1972), p.21.
- La colpa non è di tutti*, in "Se", n. 6 (supplemento al n.105 di "Abitare", maggio 1972), pp. 11-13.
- Patente per cavie umane. La vita negata*, in "Se", n. 6 (supplemento al n.105 di "Abitare", maggio 1972), pp. 27.
- L'Unità sanitaria locale come sistema*, in "A.b.d.c.e.", 1972, anno VII, n.1, pp.1-18; rist. in "Unità Sanitaria", ottobre-dicembre 1972, pp. 4-20; in *Seminario sulle applicazioni della scienza dei sistemi alla medicina e alla chirurgia*, Accademia Nazionale dei Lincei, Roma, 1976, pp.139-155; rist. in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n.798, pp. 36-44; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 383-405.
- Informazione e partecipazione in medicina* (relazione tenuta al convegno "Diritti e doveri dell'informazione al pubblico in tema di scienze mediche"), Perugia 1972.
- L'informazione medica al pubblico*, in "Rivista degli Ospedali", 1972, vol.IV.
- Modello di sistema informativo per l'unità sanitaria locale e il sistema sanitario regionale*, Milano 1972.
- Lettera al Presidente dell'Ordine*, in JEAN-CLAUDE POLACK, *La medicina del capitale*, Feltrinelli, Milano 1972, 1977⁵, pp.VII-XXXVIII ("Medicina e potere", collana diretta da GAM dal 1972); rist. in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n.798, pp. 16-25; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 135-161.
- Il primo documento di impostazione della rivista* (bozza di lavoro redatta nel 1972 per la prima riunione del gruppo che nel 1973 avrebbe dato vita alla nuova serie della rivista "Sapere"), pubb. in "Sapere", gennaio-febbraio 1977, vol. LXXX, n. 797, pp. 2-4; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, 1979, pp. 162-166.
- Prefazione a Vietnam: 25 anni di medicina al servizio del popolo* [edizione italiana del n.25 di "Etudes Vietnamiennes"], a cura del Comitato Vietnam, Milano 1972; rist. in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n. 798, pp. 11-12; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 279-281.
- 1973
- La funzione del docente nella università italiana*, letto alla Pretura di Milano il 19 febbraio 1973.
- Intervento al simposio su "Necessità, liceità e limiti della sperimentazione clinica negli ospedali", Ospedale Maggiore Ca' Granda, Milano, 14 marzo 1973.
- [...] Testo dell'intervento alla riunione del "Comitatone" nell'Aula Magna della Università Statale di Milano, marzo 1973.
- Formazione e aggiornamento dei medici*, relazione tenuta al "Convegno regionale sul ruolo e la figura dell'operatore sociale", promosso dalla CGIL e UIL nel Centro culturale Ticozzi,

- Lecco, 12-13 maggio 1973.
- Medicina e lavoro* (intervento al Convegno regionale del PSI sulla "Prevenzione e tutela della salute delle lavoratrici", Milano maggio 1973), in F. DAMBROSIO, E. BADARACCO e M. BUSCAGLIA (a cura di), *Donna, salute e lavoro*, Mazzotta, Milano 1975, pp. 25-39.
- Multinazionale scientifica e impresa multinazionale* (intervento alla tavola rotonda sul tema "Scienza e Potere", Anno culturale Chianciano, 8-11 novembre 1973), in AA.VV., *Scienza e potere*, Feltrinelli, Milano 1975, pp. 30-41 e 53-55 ("Scienza e politica", sezione della collana "I Nuovi Testi" a cura di M. Cini e GAM); rist. in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n. 798, pp. 6-10; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 167-177.
- Classe e salute* (testo dell'intervento al convegno sulla salute organizzato dal PdUP, Firenze, novembre 1973), in AA.VV., *La salute in fabbrica*, Savelli, Roma 1974, vol. I, pp. 17-33; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 435-449.
- Introduzione a LUISA CORTESE (a cura di), *Il movimento studentesco*, Bompiani, Milano 1973, pp. 5-13.
- I problemi della popolazione* (seminario tenuto presso la FAST), Milano 1973.
- Ricerca epidemiologica per la Regione Lombardia*, Milano 1973, 6 voll.
- Pogetto di ricerca campionaria diretta sullo stato di salute dei Lombardi*, Milano 1973, 9 voll.
- E in Italia?*, in H. SJÖSTRÖM, R. NILSSON, *Il talidomide e il potere dell'industria farmaceutica*, Feltrinelli, Milano 1973, 1977², pp. VII-XXVII ("Medicina e potere", collana diretta da GAM dal 1972); rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 200-219.
- Il bambino è dell'ospedale?* (relazione collettiva del seminario degli studenti di Biometria e Statistica medica dell'Università di Milano), in JAMES ROBERTSON, *Bambini in ospedale*, Feltrinelli, Milano 1973, 1977³, pp. XI-XL ("Medicina e potere", collana diretta da GAM dal 1972); rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 219-243.
- 1974
- Editoriale*, in "Sapere" (nuova serie), gennaio 1974, vol. LXXV, n. 768, pp. 3-4; rist. col titolo *L'editoriale del primo numero*, in "Sapere", gennaio-febbraio 1977, vol. LXXX, n. 797, p. 5.
- Lettera al ministro della Sanità*, in "M+P - Medicina e Potere", inserto di "Sapere", gennaio 1974, pp. 7-9; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 450-454.
- La salute dei lombardi*, letto alla RAI il 27 febbraio 1974.
- Classe, salute e università*, in "Notiziario del Centro di documentazione", 1974, anno V, n. 26.
- Una biblioteca come sistema* (lettera a F. Laudadio, Milano 8 aprile 1974), in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n. 798, p. 14.
- Siamo troppi?*, in "Sapere", aprile-maggio 1974, vol. LXXV, n. 771, p. 3-9; rist. in MAHMOOD MAMDANI, *Il mito del controllo demografico*, Feltrinelli, Milano 1974, 1977², pp. 7-19 ("Medicina e potere", collana diretta da GAM dal 1972); rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 282-293.
- La multinazionale demografica*, in "Sapere", aprile-maggio 1974, vol. LXXV, n. 771, pp. 24-25.
- Ancora sui bambini cavia: l'eccezione e la regola*, in "Sapere", aprile-maggio 1974, vol. LXXV, n. 771, pp. 106-107.
- Introduzione a AA.VV., *Biometria. Principi e metodi per studenti e ricercatori biologi*, a cura di FLORIDO SALVI e BRUNO CHIANDOTTO, Piccin, Padova 1978, pp. XIX-XXVIII [La prima stesura di questo testo corrisponde a una lezione tenuta come introduzione al decimo corso di metodologia statistica per ricercatori biologi della Biometric Society a Vallombrosa il 2 settembre 1974; con lievi modifiche è apparsa col titolo *Lezione introduttiva all'Anno Accademico dell'Università degli Studi di Milano*, in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n. 798, pp. 62-66]; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 97-107.

- Un rovesciamento di portata fondamentale. La medicina cinese visitata dai medici italiani*, in "Tempo Medico", ottobre 1974, n. 125; rist. in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n. 798, pp. 58-61; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 455-461.
- Classe, università e salute*, in "Note e Rassegne", 1974, n. 39-40.
- La condizione sperimentale*, letto nei "Lunedì Letterari", Associazione Culturale Italiana, 1974.
- Prefazione a Renzo Tomatis, *La ricerca illimitata*, Feltrinelli, Milano 1974, pp. 7-31; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 298-312.
- 1975
- Il campanile di Codogno* (discorso pronunciato il 2 febbraio 1975 presso la Fondazione Limberti, in Codogno, durante la cerimonia per la consegna del premio "Codognese benemerito"), Codogno 1977 (ed. f.c. a cura della Associazione Pro Loco Codogno); rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 483-491.
- La tortura dell'estrema solitudine* (testo letto nel corso di una manifestazione "Contro la tortura in RFT", nel febbraio 1975 a Milano), pubb. in "Critica del Diritto. Stato e conflitto di classe", gennaio-agosto 1976, anno III, n. 7-8, pp. 131-133.
- Maternità volontaria e demografia autoritaria* (intervento al Convegno PSI su "Maternità cosciente, contraccezione, aborto", aprile 1975), in F. DAMBROSIO, E. BADARACCO e M. BUSCAGLIA (a cura di), *Maternità cosciente. Contraccezione e aborto*, Mazzotta, Milano 1976, pp. 45-50; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 293-297.
- La generazione involontaria*, in "Sapere", novembre-dicembre 1975, vol. LXXVII, pp. 2-4 [presentazione della monografia dello stesso titolo, preparata da "Sapere" per questo numero].
- Prefazione all'edizione italiana di Peter Armitage, *Statistica medica. Metodi statistici per la ricerca in medicina*, Feltrinelli, Milano 1975, 1977², pp. 5-6; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 108-110.
- 1976
- Lei è malato? Allora stia zitto. Sperimentazione nell'uomo*, in "Tempo", 9 febbraio 1976, n. 6, pp. 101 e 102; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 244-246.
- L'onere della prova di cancerogenicità: sulle cose o sugli uomini?* (da una relazione svolta al "Convegno sull'epidemiologia e prevenzione dei tumori di origine professionale", Padova, 14 febbraio 1976), in "Epidemiologia e Prevenzione", n. 0 (zero), autunno 1976, pp. 5-7; rist. col titolo *Non c'è prevenzione senza partecipazione*, in "Foglio di informazione: documenti di collegamento e di verifica per l'elaborazione di prassi alternative nel campo istituzionale", gennaio-febbraio 1977, n. 35-36, pp. 39-43; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 313-318.
- E' un uomo: fate quel che volete. Sperimentazione. E' un discorso di potere in nome della scienza. Gli va opposto invece un discorso di scienza fatto in nome dell'uomo*, in "Tempo", 22 febbraio 1976, n. 7, pp. 100-101; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 246-248.
- Il malato sono io, chi guarisce è un altro. Sperimentazione. Al medico chiediamo che usi la sua scienza per noi. Spesso però lui usa noi per la sua scienza*, in "Tempo", 29 febbraio 1976, n. 8, pp. 99-100; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 248-250.
- L'insidioso paradiso dei tranquillanti. Gli psicofarmaci somministrati senza discrezione ai minori. Silenzi forzati ad uso del potere*, in "Corriere della Sera", sabato 6 marzo 1976, p. 3; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 253-254.
- E questa cosa cos'è? E' un ammalato. Sperimentazione sull'uomo. Più che su un rapporto dialettico, cioè tra persone, la nostra medicina è fondata su un rapporto analitico, cioè tra una persona e una cosa*, in "Tempo", 14 marzo 1976, n. 10, pp. 102-103; rist. in *Per una medicina da*

- rinnovare, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 250-252.
- [...] Testo letto a Pavia il 31 marzo 1976 nel corso di una manifestazione promossa da Amnesty International.
- Lettera (risposta a Franco Foschi), in "Tempo", 4 aprile 1976, n. 13, p.5.
- "Somministrano emozioni e brividi ma non informazione e cultura." I medici protagonisti di shaw televisivi, in "la Repubblica", martedì 6 aprile 1976, p. 20.
- Orribile: internati come cavie, in "la Repubblica", sabato 24 aprile 1976, p. 20; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 255-257.
- Strappare la scienza al potere borghese. Poiché la società dominante ha imposto al discorso scientifico uno sviluppo a senso unico, secondo le proprie convenienze, lo scienziato deve oggi restituire a chi ne fu escluso la possibilità di rifondare dibattito teorico ed esperienza pratica, in "la Repubblica", mercoledì 28 aprile 1976, p. 11.
- Relazione introduttiva al convegno costitutivo di Medicina Democratica, tenuto a Bologna il 15-16 maggio 1976, in "Medicina Democratica", giugno 1976, n. 2, pp. 1-5; rist. in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n. 798, pp. 30-35; rist. col titolo *Medicina Democratica - movimento di lotta per la salute*, in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp.462-474.
- E la donna amò tutto l'anno. Evoluzione! Perché il sesso nasce dalla vita, in "la Repubblica", mercoledì 19 maggio 1976, p.12; rist. col titolo *Anche l'intelligenza è nata dall'amore*, in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 258-259.
- Vera e falsa prevenzione (conferenza tenuta a Sondrio il 21 maggio 1976), in "Sapere", settembre 1976, vol. LXXIX, n. 794, pp.2-4; rist. in "Bollettino della Società Medico-Chirurgica Valtellinese", 1976, anno XIII, pp. 207-214; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 319-326.
- Dicono che siamo troppi: è una bugia, in "Tempo", 23 maggio 1976, n. 20, pp. 100-103.
- [...] Appunti per l'intervento tenuto il 26 maggio 1976 nell'Aula Magna della facoltà di Medicina di Brescia, sul tema "La medicina come strumento di controllo sociale in Cile", a cura del Comitato italiano Bautista Van Schowen; rist. col titolo *Operación Verdad* in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp.475-482.
- Ogni possibile Kamasutra. Perché il sesso è fantasia erotica, istinto vitale, necessità evolutiva, in "la Repubblica", giovedì 3 giugno 1976, pp. 10-11; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 260-262.
- E' arrivato il castigatore. Polemiche! Luigi Firpo e la sessualità, in "la Repubblica", sabato 26 giugno 1976, p. 10; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 262-265.
- Mi prendo l'acqua e la spreco come voglio! Siccità! Uno scandalo che ha 30 anni. Il problema idrico non è meteorologico ma politico. Non mancano né l'acqua, né le tecniche per conservarla e distribuirla. Ciò che manca è la volontà di opporsi alla rapina delle grandi industrie, in "Tempo", 11 luglio 1976, n. 27, p. 81; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 277-278.
- Dentro la malattia. Marcello Ceccarelli: "Viaggio provvisorio", in "la Repubblica", martedì 13 luglio 1976, p. 11.
- Siamo cavie umane del profitto altrui, in "la Repubblica", domenica 25 - lunedì 26 luglio 1976, p. 26.
- E non ditemi che questo è un incidente, in "Tempo", 1 agosto 1976, n. 30, pp. 77-78; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 327-329.
- Il ministro però deve andarsene (appello sottoscritto da GAM e altri), in "Tempo", 1 agosto 1976, n. 30, p. 81.
- Questo qui è un ediciduo volontario. Nube tossica! Il disastro ricade sui figli. La minaccia di malformazioni congenite nei bambini che nasceranno tra non molto è provata. Le Tcd sono teratogene e i responsabili della salute pubblica, ministro in testa, dovevano saperlo. E ora?, in

- "Tempo", 8 agosto 1976, n. 31, pp. 34-35; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 329-332.
- Dentro la cellula lavora bene il gene artificiale. Dopo l'impresa realizzata da Har Khorana al Massachusetts Institute od Technology l'ingegneria genetica fa un passo avanti di incalcolabile ma preoccupante rilevanza, in "la Repubblica", mercoledì, 1 settembre 1976, p.11.
- C'è anche la vecchiaia di classe, in "la Repubblica", mercoledì, 6 ottobre 1976, p. 20.
- Epidemiologia e prevenzione (editoriale non firmato), in "Epidemiologia e prevenzione", autunno 1976, n. 0 (zero), pp. 1-2.
- Seveso: un crimine di pace, in "Sapere", novembre-dicembre 1976, vol. LXXIX, n. 796, pp. 4-9; rist. in *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 332-343.
- Siamo troppi o siete troppi?, in NORA FEDERICI e AL., La popolazione in Italia, Boringhieri, Torino 1976, pp. 203-213.
- Lettera a Giovanni Berlinguer, in GIOVANNI BERLINGUER, *Malaria urbana. Patologia delle metropoli*, Feltrinelli, Milano 1976, 1977², pp. 7-9.
- AA.VV., *Sociologia della medicina*, reading a cura di GIULIO A. MACCACCARO e ALBERTO MARTINELLI, Feltrinelli, Milano 1977.

Su Giulio A.Maccacaro

1977

- In ricordo del compagno Giulio A. Maccacaro, in "Bollettino di Geologia democratica", n.4, febbraio 1977, p. 1.
- Severino Delogu, *Ricordo di Giulio A. Maccacaro*, in "l'Unità", 11 marzo 1977.
- La difficile eredità di Giulio A. Maccacaro, "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, n. 798, numero speciale dedicato ai suoi scritti.
- Ricordo di Giulio A. Maccacaro, in "Epidemiologia e prevenzione", primavera 1977, anno I, n.1, p.1.

1979

- Ferruccio Brugnaro, *Questo, compagno Giulio, non è un addio*, in Gruppo di Prevenzione e Igiene Ambientale del C.d.F della Montedison di Castellanza (a cura di), *Lotte e sapere operaio*, Clup-Clued, Milano 1979, p. 5.
- Giovanni Berlinguer, Giorgio Bert, Albano del Favero, Massimo Gaglio, Prefazione a Giulio A. Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Feltrinelli, Milano 1979.

1980

- Difficile, ma sempre più feconda l'eredità di Giulio A. Maccacaro, in "Sapere", gennaio 1980, vol. LXXXIII, p. 15.

1983

- Alfredo Morabia, *Medicine et socialisme. Politiques sanitaires en Suisse et dans les sociétés capitalistes avancées*, Losanna 1983. Trad. It. *Medicina e socialismo. Politica della salute nelle società capitalistiche avanzate*, Fondaz. Pellegrini-Canevascini Lugano e Medicina Democratica Milano, Milano 1986, in partic. pp.161-201.

1987

- Fulvio Aurora, *Maccacaro 10 anni dopo*, in "Medicina Democratica - movimento di lotta per la salute", n. 55, marzo 1987, pp.2-4.

1988

Centro per la Salute "Giulio A. Maccacaro", *Attualità del pensiero e dell'opera di G. A. Maccacaro*, Coop. Centro per la Salute "G.A.Maccacaro" s.r.l. editore, 1988.

Walter Fossati, *Uno scienziato per la salute*, "Azimut", n. 33/34, anno VII, gennaio-aprile 1988, pp. 9-11.

1989

L.L. Cavalli-Sforza, Enrico Ciaranfi, et Al., *Giulio A. Maccacaro nel decennale della scomparsa*, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO, 1989, Suppl. al n. 73 di "Ricerca scientifica ed educazione permanente".

1994

Giorgio Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Laterza, Bari 1994, in partic. pp.211-224.

INDICE

	pag.	1
Presentazione		17
1. I primi anni di ricerca scientifica: Giulio A. Maccacaro in laboratorio		25
2. La diffusione della biometria in Italia e la nascita dell'Istituto di Statistica Medica e Biometria dell'Università degli Studi di Milano (IBSUM)		33
3. «Sono passati dieci anni, nel frattempo, e non sono anni privi di significato»		34
3.1 Critica della scienza: le premesse		40
3.2 Riorganizzazione produttiva e lotte per la salute		53
4. IBSUM: un istituto al servizio della prevenzione		53
4.1 L'incontro tra elaborazione automatica dell'informazione e medicina		58
4.2 Necessità dell'evoluzione della medicina da curativa a preventiva		62
4.3 Primato della vera prevenzione e della soggettività		67
4.4 IBSUM: un Istituto aperto		73
5. Medicina e potere		73
5.1. Questa medicina è <i>del</i> capitale		78
5.1.1 La scienza non è neutrale		82
5.1.2 Critica della scienza e scontro di classe		89
5.1.3 Scienza e potere: le tesi di Maccacaro		95
5.1.4 Un esempio concreto: la biometria concorre a trasformare gli uomini in cose		100
5.2. Il capitale gestisce <i>tutti</i> i momenti della medicina		104
5.2.1 L'uso di classe della medicina		112
5.2.2 Lettera al Presidente dell'Ordine		120
5.2.3 Classe e salute		127
6. Una facoltà di medicina capovolta		140
6.1 Il bambino è dell'ospedale?		148
Esempio di un "seminario alternativo"		154
6.2 I soggetti del cambiamento		159
6.3 Milano come Shanghai		183
7. Una società di sperimentati		195
8. L'attività editoriale di G.A.Maccacaro		211
9. Cancro, lavoro e scienza		221
10. Medicina Democratica, Movimento di lotta per la salute		223
Appendice		233
Medicina Democratica, Movimento di lotta per la salute		233
Il campanile di Codogno		237
Bibliografia		

Finito di stampare
gennaio 1997
presso Arti Grafiche Donati s.r.l.
Milano

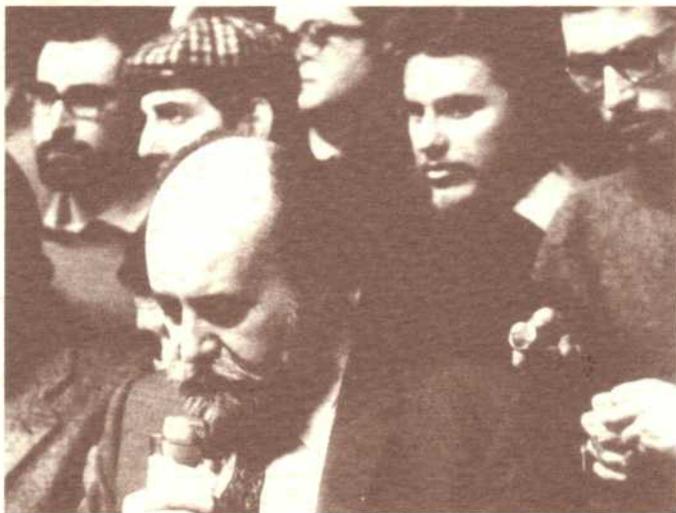
Maria Luisa Clementi

L'impegno di Giulio A. Maccacaro per una nuova medicina



Presentazione
di Giorgio Cosmacini

Medicina Democratica



La medicina deve essere:

- **preventiva** nel senso più genuino e intrepido non esaurendosi nella diagnosi precoce di malattie già accettate nel momento in cui sono accertate; promuovendo, invece, e difendendo la salute umana da tutte le offese dell'ambiente di lavoro e di vita fino a piegare queste a quella e non viceversa;
- **sociale** nel senso che sappia rivolgere e portare il suo intervento nella comunità reale in cui l'uomo vive, opera e realizza se stesso, senza strappare o ignorare, come da sempre, queste sue radici ma riconoscendovi, anzi, la testimonianza dell'assoluta inseparabilità della salute collettiva da quella individuale;
- **collettiva** nel senso che, superando qualsiasi forma presente o imminente del sistema mutualistico burocratico, parassitario e inefficace, dichiari e realizzi l'assunzione integrale da parte della collettività partecipante del diritto di porsi come soggetto non solo di salute ma anche di sanità;
- **umana** nella misura in cui - recuperato il colloquio perduto tra una medicina sempre più oggettivante ed una sofferenza più soggettivata, ricomposti i frammenti di un atto medico denaturato dalla mercificazione e dalla oblazione al potere - restituisca al malato e al medico la loro integrità che li faccia essere finalmente della stessa parte: quella dell'uomo contro il potere, quella del lavoro contro il capitale.

Giulio A. Maccacaro