

Medicina 263-265 Democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



GIULIO ALFREDO MACCACARO
"PER UNA MEDICINA DA RINNOVARE"
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE, SOGGETTIVITA',
LE LOTTE DELLE DONNE, UNA FACOLTA' CAPOVOLTA
QUATTRO NOMI INGLESI PER "MALATTIA"

BIMESTRALE
N° 263-265
settembre 2024-febbraio 2025
Autorizzazione del Tribunale
di Milano n° 23
del 19 gennaio 1977

Iscritta al Registro
Nazionale della Stampa
(Legge 58/81 n° 416, art 11)
il 30 ottobre 1985
al n° 8368317, foglio 657
ISSN 0391-3600

EDIZIONE:
Medicina Democratica
Movimento di Lotta
per la Salute - O.N.L.U.S.
Tel. 02-4984678
Fax 02-48014680
20100 Milano

REDAZIONE:
e-mail:
medicinademocraticaets@gmail.com
Fax 0331-501792
Via Roma, 2
21053 - Castellanza (VA)

PER SOTTOSCRIZIONE
della quota associativa annua:
ordinaria € 35,00
sostenitrice € 50,00
e per le DONAZIONI

bonifico bancario

IBAN:

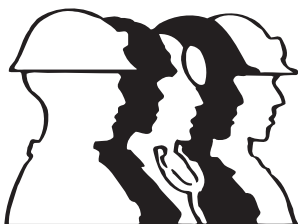
IT31D050340170800000018273
presso la Banca Popolare di Milano
oppure con **bollettino postale**
su c/c **001016620211** intestato a
"Medicina Democratica -
O.N.L.U.S." Milano
Via dei Carracci 2, 20149
indicando la causale

Spedizione postale

STAMPA:

MODEL GRAFICA DUE S.n.c.
Via De Gasperi, 27
20094 Corsico (MI).

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



Medicina Democratica

Sede Nazionale e Sede Amministrativa Via dei Carracci, 2 20149 Milano

5 per 1000

È possibile versare nella prossima dichiarazione dei redditi il 5 per 1000 dell'IRPEF all'Associazione "**Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute O.N.L.U.S.**", in breve "**Medicina Democratica O.N.L.U.S.**". Come è noto, si tratta di un'associazione autogestita che opera senza fini di lucro attraverso il lavoro volontario e gratuito e le sottoscrizioni dei suoi associati e simpatizzanti, che non ha mai goduto e che non gode di finanziamenti né diretti né indiretti da parte di chicchessia. Pertanto, se ne condividete l'operato e intendete sostenere le sue iniziative per affer-

mare la Salute, la Sicurezza e l'Ambiente salubre in fabbrica, così come in ogni dove della società, nel rigoroso rispetto dei Diritti Umani e contro ogni forma di esclusione, emarginazione, discriminazione e razzismo, Vi chiediamo di indicare il numero di **Codice Fiscale 97349700159** dell'Associazione "**Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute O.N.L.U.S.**".

N.B. Si ricorda che la scelta del 5 per 1000 non sostituisce quella dell'8 per 1000 (dedicata, per esempio, al culto). Le opzioni 5 per 1000 e 8 per 1000 si possono esprimere entrambe.

Questo numero è andato in stampa il 30/05/2025

COMITATO DI REDAZIONE:

Fulvio AURORA (*direttore responsabile*), Emanuela BAVAZZANO, Roberto BIANCHI, Sergio BOLOGNA, Marco CALDIROLI, Roberto CARRARA, Germano CASSINA, Carla CAVAGNA, Maria Luisa CLEMENTI, Franco CILENTI, Elisabeth CO-SANDEY, Angelo COVA, Fernando D'ANGELO, Piergiorgio DUCA, Rino ERMINI, Enzo FERRARA (*direttore*), Pietro e Sara GALLI (*grafici*), Maurizio LOSCHI, Giulia MALAVASI, Dario MIEDICO, Antonio MUSCOLINO, Luca NEGROGNO, Marcello PALAGI, Paola SABATINI, Edoardo TURI, Laura VALSECCHI. **INOLTRE, COLLABORANO**

E HANNO COLLABORATO A QUESTA RIVISTA:

Vittorio AGNOLETTI, Carlo ALBERGANTI, Giorgio ALBERTINALE, Riccardo ANTONINI, Beppe BIANCHI, Maurizio BARDI, Mario BRAGA, Gino CARPENTIERO, Antonino CIMINO, Antonella DE PASQUALE, Paolo FIERRO, Gian Luca GARETTI, Valerio GENNARO, Patrizia GENTILINI, Claudio GIORNO, Giulia MALAVASI, Giuseppe MARAZZINI, Maurizio MARCHI, Bruno MEDICI, Celestino PANIZZA, Maurizio PORTALURI, Giuseppe REZZA, Franco RIGOSI, Alessandro ROMBOLA', Marino RUZZENENTI, Marco SPEZIA, Luca TRENTINI

IMPAGINAZIONE: Inferenze scarl, Milano

ANCHE UN
PICCOLO
AIUTO PUO'
FARE LA
DIFFERENZA



**MEDICINA DEMOCRATICA PUÒ ESSERE
SOSTENUTA CON DONAZIONI DI
QUALSIASI CIFRA ATTRAVERSO IL QR-CODE
QUI SOTTO O DAL SITO
WWW.MEDICINADEMOCRATICA.ORG**



Ci sarà pure un giudice a Berlino... Purtroppo ve ne è uno anche a Roma

Il riferimento al Giudice berlinese è una famosa invocazione verso la speranza nella esistenza di una giustizia imparziale.

Nel caso che ha interessato Medicina Democratica, e non solo, segnaliamo che purtroppo esiste un Giudice a Roma (la sezione penale della Corte di Cassazione) che prima nega che vi siano stati degli infortuni e violazioni in materia di sicurezza sul lavoro, escludendo nel 2021 numerose associazioni e sindacati, e poi, con il “secondo passaggio” in Cassazione il 15.01.2024, nega tale il diritto quale parte civile anche a Medicina Democratica dopo che il procedimento si è quasi concluso.

Medicina Democratica, assieme ad altre parti offese individuali e associative, ha richiesto di essere riconosciuta parte civile offesa nel processo relativo al crimine ferroviario di Viareggio del 29.06.2009 nell'udienza del 04.04.2013 ed è stata presente in tutte le circa 140 udienze del processo dando un contributo tecnico-legale per il riconoscimento della verità e delle responsabilità.

La nostra costituzione in quel processo come in molti altri (Porto Marghera, Thyssen Krupp, Eternit, Montefibre, Ilva, Solvay eccetera) non è un capriccio, il riconoscimento di parte civile nel processo penale va “conquistato” ogni volta dimostrando sia la lesione degli obiettivi statuari sia il radicamento nel territorio interessato dall'evento. È capitato che un Giudice di primo grado ci negasse questo riconoscimento (per esempio a Brescia per il caso Caffaro), ma è la prima volta che questa negazione avviene “a posteriori”, dopo aver partecipato a tutti i gradi di un processo, peraltro lungo e complesso, come quello di Viareggio. A nove mesi dalla sentenza non conosciamo le motivazioni.

La beffa e il danno sono ancora più cocenti se si tiene conto che noi, e le altre associazioni, abbia-

mo avuto ragione: la responsabilità del crimine ferroviario è stata riconosciuta, anche se la pena è stata ridotta da un passaggio a un altro, e riguarda soggetti di tutta la “filiera produttiva” e non solo l'ex amministratore delegato di FS, Mauro Moretti. In altri termini, abbiamo “vinto” la causa, ma dobbiamo farci carico delle spese integrali per aver contribuito a questo risultato e restituire l'importo versatoci a suo tempo da FS.

Questa ingiusta esclusione conferma un messaggio negativo nei confronti del ruolo delle associazioni nei processi penali, nonostante la palese utilità di questa presenza volta a sostenere le ragioni delle vittime e dell'accusa: i diritti dei danneggiati non possono e non devono soccombere alle ragioni del profitto a ogni costo. Un messaggio che contrastiamo assieme a molti altri soggetti tramite la proposta di legge di parificazione dei diritti degli imputati con quelli delle vittime (modifica dell'art 111 della Costituzione Italiana).

Recentissima anche la decisione di azzerare la sentenza (di condanna) ILVA di Taranto ripartendo da capo nel processo, cancellando così l'impegno, la fatica e le spese sostenute da Medicina Democratica e da tutte le altre parti civili, associazioni, sindacati, lavoratori/lavoratrici e cittadini. Nella pratica, la sentenza di Viareggio “costa” a Medicina Democratica circa 110.000 euro, la metà dei quali rappresentate dalle spese legali inizialmente riconosciute, ora denegate e che ora dobbiamo restituire a Ferrovie dello Stato.

È facile capire che un tale impegno economico assorbe quasi integralmente le risorse a nostra disposizione per continuare l'attività associativa e ci costringerà a ridurre le iniziative nei prossimi anni, oltre a rendere più difficile la partecipazione nei processi a sostegno delle vittime.

Il Consiglio Direttivo di Medicina Democratica

PUOI SOTTOSCRIVERE IN QUESTI MODI:

- con carta di credito direttamente sul sito www.medicinademocratica.org cliccando sul pulsante rosso per le donazioni
- mediante bonifico al conto Banco Popolare intestato a Medicina Democratica, IBAN IT31D0503401708000000018273
- mediante bollettino postale intestato a Medicina Democratica: 001016620211 indicando come causale “Viareggio”. Per importi superiori a 30 euro, invieremo delle copie della nostra rivista (per i non soci), per importi superiori a 50 euro un libro “storico” di Medicina Democratica o pubblicato con la nostra collaborazione: ricordati di indicare il tuo indirizzo postale o segnalalo a segreteria@medicinademocratica.org

Sommario

APPELLO

DOSSIER

Giulio A. Maccacaro: Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute (1976)

Non imbalsamiamo Maccacaro
di Edoardo TURI e Paolo FLAMINI

La domanda di partecipazione al tempo
e nell'opera di Giulio Maccacaro
di Enzo FERRARA

L'importanza del ruolo del Comune
e della delega consigliere. L'attivazione
dei gruppi di lavoro. La ricognizione
dei bisogni dal basso: un Piano
per la salute locale della città di Lodi
di Silvana CESANI

Maccacaro: la soggettività e la lotta
delle donne negli anni '70-'80
di Laura VALSECCHI

L'onere della prova di cancerogenicità:
sulle cose o sugli uomini? Quale risposta
oggi alla domanda di Giulio A. Maccacaro?
di Marco CALDIROLI

Giulio Maccacaro e il ruolo del tecnico
di Gino CARPENTIERO

Lo stato di salute della popolazione,
ricerca (faticosa) dei dati e conoscenza
dei dati sociali e ambientali. La ricerca
dei dati ovvero la caccia al tesoro.

Una esperienza che vale la pena
di raccontare
di Antonio NAVA

Le Case della Comunità di oggi in Lombar-
dia sono differenti dalle Case della Salute
immaginate da Maccacaro e Benigni?
di Angelo BARBATO e Alessandro NOBILI

Ricordando Maccacaro. Medicina:
una Facoltà capovolta
di Piergiorgio DUCA

1 L'Italia del verso giusto, finalmente
non più "al rovescio", nel centenario
della nascita di Basaglia e Maccacaro
di Mauro Giovanni CARTA 70

Impegno civile. Nuovi saperi
e iniziative locali
di Francesco CARNEVALE 77

Maccacaro e il potere dell'industria
farmaceutica: il talidomide
di Benedetto TERRACINI 82

Dichiarazione di un sopravvissuto
di Francesco PICUCCI 86

Il ruolo dei lavoratori e dei loro organismi
di base nella lotta per la promozione
della salute e il rinnovamento della pratica
sanitaria
*Gruppo di Prevenzione ed Igiene Ambientale
del C.d.F. Montedison – Castellanza (VA)* 89

In ricordo di Giulio Maccacaro 97
Il Centro Studi di FISMU ha a cuore
Giulio Maccacaro
*A cura del Comitato Esecutivo Centro Studi
e Ricerche Sociali e Sanitarie "Giulio Alfredo
Maccacaro"* 99

INTERVENTI & ESPERIENZE

Quattro nomi inglesi per "malattia"
di Antonino DRAGO e Sergio MARADEI 100

Il diritto alla salute non può essere sacrifica-
to per esigenze di bilancio. Commento alla
sentenza della Corte costituzionale n. 195
del 6 dicembre 2024
di Luigi LIA 106

RUBRICA SCUOLA E SOCIETÀ

Storia di un'altra scuola: Francisco Ferrer
Y Guardia
di Rino ERMINI 109

Giulio A. Maccacaro: Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute (1976)

Le parole di Maccacaro, pronunciata in apertura del convegno costitutivo di Medicina Democratica tenutosi a Bologna il 15-16 maggio 1976, e il suo esempio costituiscono ancora un forte appello politico e morale, uno strumento analitico ed interpretativo, una proposta d'azione comune per difendere e promuovere concretamente i diritti di tutti gli esseri umani.

Questa illuminante relazione offre, ancora oggi, un'occasione di riflessione sui fondamenti della nostra lotta, uno strumento analitico e un orizzonte progettuale, necessari a fronte dell'attacco politico, sociale e culturale che il sistema di potere sta conducendo in Italia.

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 d'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-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, statalmente 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 parlammo 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 attraversi 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.

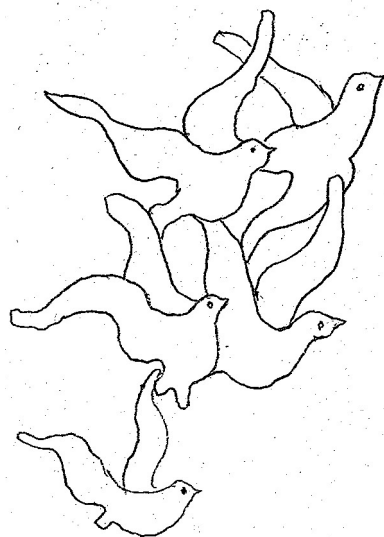
Naturalmente – ma anche questo è ovvio – ognuno di noi è impegnato, come operatore sanitario o come compagno di milizia o come membro della collettività, al soccorso più efficace, alla dedizione più generosa per la liberazione dell'altro dalla sofferenza comunque vissuta, per la promozione del suo benessere 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 spoliatura 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, dal-

la 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).

È 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 riferi-

mento 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 deteriore 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, pagatala 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 oggettivato, 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 me-

dicina, tra funzionamento e funzione, tra efficienza ed efficacia.

Qui ci basta riconoscere e ricordare che è in nome dell'efficienza del funzionamento per una mentita 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 fini nuovi, 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. È 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 all'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-differmità 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, abilita 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 dibattito costruendo, pezzo a pezzo, 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: costituiremo 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.

È 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. È 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 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 co-

scienza politica e collettiva della medicina è l'alternativa irriducibile alla medicalizzazione della collettività e della politica;

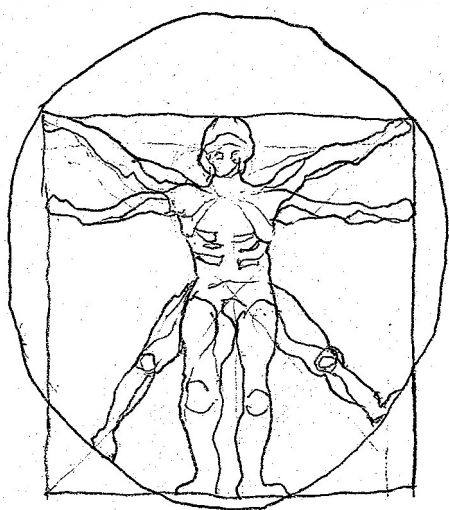
4. riconosce e valorizza nella autogestione della salute non un riduttivo "far da sé" e una rinuncia all'uso di ogni valido sussidio medico, ma assume questo in un diverso comando politico come momento fondamentale per la riaffermazione della soggettività, per il recupero di un rapporto dialettico tra 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 ed antipopolare dell'ordinaismo 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 esplicati – 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 contempora-

nea che, di giorno in giorno, si fa sempre più assistenzialmente inefficace e socialmente repressiva.

L'inefficacia 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 “medica-

lizzazione 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 di 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.

È 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.

È 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 imbalsamiamo Maccacaro

Di Edoardo TURI* e Paolo FLAMINI**

Per chi arriva a Mosca o a Pechino tappa obbligata anche del viaggiatore indipendente sono i mausolei di Lenin e di Mao. I loro corpi giacciono imbalsamati all'interno di teche di vetro, con corone di fiori e bandiere, mentre file numerose di visitatori si snodano sulle Piazze Rossa e Tienanmen.

Eppure da molto tempo ciò contrasta con la quasi totale assenza di monumenti o quadri, nei rispettivi paesi, che ricordino i due dirigenti politici, a prescindere da una valutazione dei loro meriti e demeriti storici e delle loro non sempre condivisibili idee, che giacciono in libri ormai dimenticati dai più.

Per fortuna sorte diversa ha avuto Marx, la cui salma riposa in un tranquillo quanto irraggiungibile cimitero alla periferia di Londra, ma le cui idee e libri continuano a godere di buona salute, nonostante il tentativo dei suoi seguaci di imbalsamarlo.

Non vorremmo che quanto avvenuto a Lenin e Mao possa oggi accadere a Giulio A. Maccacaro, dopo l'iniziativa commemorativa della nascita tenuta ai Lincei (1), come è già successo a Giovanni Berlinguer nel centenario della sua nascita (2) e a Franco Basaglia (3) e per fortuna, invece, non è ancora avvenuto per Laura Conti, anche grazie al recente vivace libro con la sua conversazione immaginaria (4). L'unico modo di non imbalsamarli è rendere vivo il loro pensiero nelle

azioni e nelle contraddizioni del loro tempo con le azioni e le contraddizioni dell'oggi.

Ciò che infatti accomuna Maccacaro (1924-1977), Basaglia (1924-1980) e Berlinguer (1924-2015) è la coincidenza del 1924, anno di nascita, mentre L. Conti (1921-1993) è nata nel 1921 e il fatto che tutti muoiano prematuramente, tranne G. Berlinguer.

Inoltre dall'esame delle rispettive biografie (5) emergono similitudini e differenze rilevanti che lo storico, con i materiali disponibili oggi con il web e gli archivi di Parlamento, Partiti, Sindacati e Fondazioni non può ignorare. Essi infatti sono dei "giganti sulle cui spalle" siamo come dei "nani" come diceva Bernardo di Chartres degli antichi autori (6) e come appariamo noi e i relatori dei Lincei, che non siamo stati all'altezza di questi/e maestri/e. Maccacaro, Basaglia e L. Conti partecipano alla Resistenza: il primo in armi nella Brigata Barni, che prese il nome dal militante del Partito Socialista e commissario della Brigata Matteotti ucciso dai nazifascisti nel 1944, il secondo come studente universitario antifascista viene arrestato e detenuto nelle carceri della Repubblica Sociale Italiana nel 1944 e poi si unisce alle formazioni partigiane, la terza nel 1944 entra a far parte del Fronte della gioventù per l'indipendenza nazionale e per la libertà di Eugenio Curiel; è

** docente di Igiene e medicina sociale, Sapienza Università di Roma*

*** Medico ospedaliero Policlinico Universitario*

incaricata di svolgere attività di proselitismo tra i militari, viene arrestata e, dopo un breve periodo a San Vittore, viene internata nel Campo di transito di Bolzano.

Questa esperienza diretta resistenziale mancò a G. Berlinguer, forse per la sua gioventù vissuta in Sardegna e il trasferimento a Roma in quello stesso 1944, ma ormai liberata dagli Alleati. Continuando sempre in questo esame di analogie e differenze: Maccacaro, pur avendo combattuto con le formazioni partigiane di ispirazione socialista, non risulterebbe essersi iscritto poi a nessun partito, mentre Basaglia come L. Conti entrarono uno nel Partito Socialista Italiano (PSI, nel 1943 Partito Socialista Italiano di Unità Proletaria N.d.R.), anche se Basaglia non pare vi sia stato poi più tesserato, quest'ultima si iscrisse solo successivamente al Partito Comunista Italiano (PCI) nel 1951.

Si cita questo aspetto di vicinanza e affiliazione politica "socialista" giovanile perché appare come "anticonformista" rispetto alla successiva storia della sinistra in Italia (si pensi alle posizioni del PSI nella Costituente sul concordato e sulla togliattiana amnistia ai fascisti) e di molti intellettuali almeno fino alle vicende dell'Ungheria del 1956 e dopo il 1968. Mentre Berlinguer nel 1944 si iscrisse al PCI. Ciò che invece accomuna Basaglia e Berlinguer è la provenienza da famiglie borghesi e benestanti, mentre Maccacaro e L. Conti, pur non provenendo da famiglie povere, ebbero una gioventù meno fortunata anche se L. Conti da famiglia colta e antifascista (7), mentre Maccacaro riuscì a proseguire gli studi in Medicina grazie alla generosità di un concittadino (8).

Queste analogie e differenze biografiche vanno dunque calate nella storia dell'Italia della Costituente e del dopoguerra, della ricostruzione con il Piano Marshall e della guerra fredda, della mancata defascistizzazione dello Stato e della lunga egemonia demo-

cristiana, del *boom* economico con i Trenta gloriosi dell'economia (1945-1975) che di quel Piano, ricostruzione e *boom*, furono l'esito e il ciclo di lotte operaie e studentesche del biennio Sessanta e Settanta che di quel periodo e di quelle contraddizioni furono il frutto (9).

Ed è proprio in quel biennio che bisogna guardare con maggiore attenzione e al modo diverso in cui esso si sviluppò a Milano (Maccacaro, L. Conti), a Trieste (Basaglia) e a Roma (G. Berlinguer).

Senza quello straordinario periodo storico, di cui furono al tempo stesso prodotti ed artefici, non sarebbero i "giganti" che ricordiamo e non è escluso che se nascessero oggi e non si accomodassero all'accademia del potere politico, economico o istituzionale, sarebbero probabilmente emarginati dalla stessa accademia che oggi celebra Maccacaro ai Lincei, come in passato già accaduto a John Snow (10) e Semmelweis (11).

Tuttavia né loro, né i coevi di quegli anni, avevano contezza della immensa strategia reazionaria messa in campo dagli USA e in particolare dalle grandi Fondazioni per riprendere l'egemonia culturale persa proprio nelle Università nel mondo, consapevoli che prima si vince nel campo delle idee poi in quello materiale, non trascurando, ovviamente la repressione violenta, l'eroina, i colpi di stato come illustra oggi M. D'Eramo (12).

La Milano in cui si muovono Maccacaro e L. Conti è sia la Milano operaia della contigua Sesto San Giovanni, della Pirelli, delle acciaierie Falck e dell'Alfa Romeo, sia la Milano di una borghesia ambrosiana colta ma al tempo stesso ferma nella difesa dei propri privilegi, la Milano del Corriere dello Zar di G. Spadolini, P. Ottone, A. Ronchey con il suo "fattore K" e di I. Montanelli, e quindi con le sue luci ed ombre. La Milano della resistenza più dei Gruppi d'Azione Partigiana

(GAP) (13), un po' "individualista", che delle formazioni partigiane montanare maggiormente organizzate militarmente come in Piemonte (14), di una classe operaia ancora non investita dal terremoto dell'emigrazione dal Sud e poi il contrasto culturale tra la classe operaia del nord e l'"operaio massa" di provenienza contadina del Sud.

Quella Milano del PCI dello stalinista Secchia poi soppiantato dal PCI di Cervetti e dei due fratelli Giampiero e Gianfranco Borghini (miglioristi, nuclearisti, lambiti da Tangentopoli nel 1992), di quel A. Brandirali che andrà dai marxisti-leninisti-stalinisti-maoisti e filocinesi di Servire il popolo a Comunione e Liberazione, del Movimento Studentesco di Mario Capanna (anch'essi marxisti-leninisti-stalinisti-maoisti) ma che diedero vita all'unica rivista dopo il 1968 sulla salute (Medicina al servizio delle masse popolari) sulla scia del medico canadese Norman Bethune morto di setticemia perché operava senza guanti chirurgici durante la guerra di Mao contro i giapponesi (15) e della antistalinista Avanguardia Operaia.

La Milano di Feltrinelli e di una delle prime azioni violente di stile terroristico "rosso" (16). La Milano di Don Giussani che darà vita a Comunione e Liberazione e del progressista e gesuita Cardinale Martini. La Milano di Dario Fo e dei Circoli la Comune, del Festival del proletariato giovanile di Parco Lambro, della Banda Bellini (17), dei Circoli del proletariato giovanile con le prime autoriduzioni del cinema e le spese proletarie, con le canzoni di Gianfranco Manfredi che aprirono la strada al movimento del 1977 e all'Autonomia Operaia milanese con l'Assemblea autonoma dell'Alfa Romeo.

E infine sarà poi la Milano di Craxi, Tangentopoli e Berlusconi che, per loro fortuna, Maccacaro e Basaglia non videro e a cui L. Conti invece dovette assistere almeno in parte, prima

della sua scomparsa, anch'essa prematura.

Ma Milano fu anche quella della strage fascista di Piazza Fontana del 1969 in cui il movimento nato dal 1968 perse la sua innocenza (18).

E qui già appare coraggiosa e anticonformista la scelta di Maccacaro di denunciare nel 1970, con un articolo sulla rivista L'Astrolabio, le responsabilità della Questura, della polizia, dei medici periti e della Magistratura e in particolare del magistrato G. D'Ambrosio di area PCI (19), che sostenne nell'indagine sulla morte del ferroviere anarchico Giuseppe Pinelli, che la sua caduta dalla finestra della Questura fosse dovuta ad un "malore attivo". Maccacaro, con un atto di solidarietà controcorrente, diede poi lavoro presso l'Istituto di Biometria di Milano a Licia Rognini Pinelli (20), moglie di Pinelli.

E qui una prima considerazione politico-culturale su Maccacaro che ci interroga anche oggi in prima persona: egli non lascia infatti libri, ma solo articoli, scientifici e politici, usciti su varie riviste, poi raccolti postumi nella collana di Feltrinelli *Medicina e potere* da lui fondata (21), poiché era un "militante" (oggi per un eufemismo che superi l'approccio un po' guerresco del termine si direbbe "attivista").

Forse non aveva tempo di scrivere libri, più attento a combinare coerentemente elaborazione e azione, che al successo editoriale. Ma probabilmente anche influenzato da quella critica del ruolo sociale che era l'anima più profonda del decennio Sessantotto (22), inteso non come data simbolica, ma come movimento internazionale radicale, dalle molte anime e contraddizioni, ma antifascista, pacifista, antimperialista, internazionalista, antiautoritario e anticonsumista, che poneva al centro anche la critica dei ruoli sociali: uomo/donna, padre/madre,

medico/a, infermiere/a, operaio/a, impiegato/a, insegnante, funzionario/a pubblico/a e professore/ssa universitario/a, tra Marcuse (23) e Marx. In questo era molto diverso da quell'immagine del "barone universitario rosso" che separa nettamente il ruolo di accademico da quello "militante" di partito o di area, esercitandolo solo nelle sedi politiche separate, preferibilmente istituzionali, senza mai tuttavia criticarle pubblicamente, in modo da non mettere mai a repentaglio il ruolo accademico e la carriera.



Questo ci spiega forse anche la sua morte così prematura, dovuta probabilmente al grande stress accumulato in quegli anni di conflitto. Andare contro il potere non è semplice e a volte neanche salutare ("è pericoloso avere ragione quando il governo ha torto" come diceva Voltaire).

Questo approccio critico e radicale (nel senso proprio di andare alle radici), di "rosso ed esperto" (24) – oggi con buona pace di Mao diremmo "radicale e competente" – di Maccacaro traspare chiaramente dai suoi scritti.

Ne "Il bambino è dell'ospedale?" del 1970/1973 è forte la critica, mai più letta altrove, all'ospedale come organizzazione tayloristica del lavoro,

istituzione totale simile ad un'azienda, con i medici e la loro gerarchia al vertice, in difesa dalla madre del bambino, in un processo di "cosificazione" come rapporto "borghesia-proletariato" cioè "capitale-lavoro" (...) "per il servizio del capitale in una società dove la classe dominante è tuttora borghese". "L'infermiera rimane, in questa scala di valutazione, l'unica apparente espressione di totale mercificazione del lavoro sanitario. Nell'ospedale che è leggibile come proiezione sanitaria della fabbrica (perché uguali sono la soggettivizzazione del capitale, la reificazione dell'uomo, le gerarchie del potere, la divisione del lavoro), l'infermiera è spogliata del ruolo di "operatrice" in un settore produttivo e ed è ridotta a forza-lavoro alienata dal suo prodotto (la salute dei pazienti): è la "proletaria della sanità". "L'ospedale non è un disegno del proletariato (né come paziente, né come inserviente) ma è un disegno del capitale (come classe borghese e come categoria medica)". Quanti medici, infermieri, operatori sanitari o professori universitari avrebbero oggi il coraggio intellettuale di intraprendere e aggiornare una critica radicale dell'ospedale come questa, casomai attraverso un lavoro di "inchiesta" come fece Maccacaro con i suoi studenti (19)?

Nella nota "Lettera al Presidente dell'Ordine" (dei medici di Milano N.d.R.) del 1972 (19) si trova una composta quanto ferma e scientificamente documentata contestazione del ruolo burocratico e autoritario dell'Ordine professionale che lo aveva convocato (sic!) per rispondere delle affermazioni contenute nella prefazione al libro di J.C. Pollack, La medicina del capitale (Feltrinelli, 1972): "Signor Presidente, anche l'Inquisizione può conoscere la grandezza e l'inquisitore vestirsi di maestà. Ma ella non me la ha ricordate. (...) Ah signor presidente, io ora mi accomiato da lei ma per

lei io sono preoccupato! (...) il mio timore che ella dell'Inquisizione conosca solo le tentazioni e i vizi, ma non i canoni e le procedure”.

Di fronte a tanti attuali analoghi Presidenti degli Ordini dei medici oggi in Italia, non vediamo tra chi oggi celebra Maccacaro, coraggio analogo al suo, non per sola mancanza di ardimento (*“sventurato il popolo che ha bisogno di eroi”* ci rammenta B. Brecht) (25), ma più per pavidità e convinta subalternità culturale e politica a quegli stessi Ordini professionali.

Nello scritto “Pratica medica e controllo sociale” del 1970 (19) c'è la lucida visione di cosa sarebbe dovuto essere un processo realmente riformatore della sanità e degli ostacoli che avrebbe incontrato: *“opposizione di taluni settori politico-burocratici del sottogoverno (...) dalla opposizione e dalle richieste corporative di buona parte dei medici (...) dalla impossibilità di colmare le sperequazioni geografiche e strutturali (...) dalle resistenze dei settori farmaceutici (...) ancoramento dei laureati (medici) a forti privilegi economici e sociali (...) scadente preparazione media tecnico-infermieristica (...) ordinamenti gerarchici corporativi e chiusi con tendenze baronali e pseudo-tecnocratiche (...) insufficienza amministrativa degli enti locali (...) resistenze degli ambienti interessati alla medicina privatistica (compresi gli ordini religiosi)”*. E ancora: *“La battaglia sanitaria può essere* (tutte le parole in corsivo nel testo originale sono riportate in neretto N.d.R.) *uno strumento valido all'interno della lotta di classe, nella misura in cui identifica le contraddizioni di classe: non può essere un fine né uno strumento valido, invece, nella misura in cui illude i lavoratori sulla possibilità di ottenere (mediante riforme considerate come variabile indipendente nei confronti del modello prevalente di sviluppo economico) modelli alternativi di svi-*

luppo dell'assistenza”. Parole profetiche che funzionerebbero anche per la sanità italiana di oggi aziendalizzata e rimutualizzata e con ospedali moderne “cattedrali” per strutture e tecnologia ma identici al passato per organizzazione del lavoro.

Con l'intervista del 1971 “Una facoltà di medicina capovolta” (19) si individua la necessità in un cambiamento radicale dell'insegnamento universitario: *“È 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”* (...) *“Ne deriva una formazione del medico all'insegna dell'individualismo professionale, obiettivamente desocializzante; una pratica sanitaria quasi esclusivamente curativa nel senso deterioro del silenziamento dei sintomi; una prevenzione inefficace nascosta dietro schermi illusori della diagnosi precoce (screening, check-up)”* (...) *“un medico di base, capace di inserirsi utilmente in una comunità urbana o rurale, di averne cura, di intenderne i problemi di malattia e difenderne il diritto alla salute, non c'è corso di laurea o scuola di specialità che lo produca”*. Quale riforma dell'università ha tenuto conto da allora di questo monito e delle ipotesi di cambiamento prospettate allora da Maccacaro?

Con “Vera o falsa prevenzione” del 1976 (19) chiarisce che la sconfitta delle malattie infettive era di interesse del sistema produttivo che ne *«otteneva merito (...) interesse perché tali malattie, acute ed epidemiche, potevano essere, come furono, perturbatrici del mercato del lavoro cui occorreva per le esigenze del capitale un prevedibile e razionale controllo”*, nonché la differenza so-

stanziale tra prevenzione primaria e secondaria, che in modo lungimirante propone di chiamare “predittiva” (in corsivo nel testo N.d.R.) e che “ha assorbito la maggior parte degli sforzi finanziari e...pubblicitari” e “cui corrisponde nella cultura di massa la diagnosi precoce” (...) “Da qui prende avvio il molteplice inganno che si sostanzia in una falsa anziché vera prevenzione (...) accreditare come “uomo-natura” quella che è veramente una contraddizione “uomo-uomo”, cioè, **di classe internamente al sistema capitalistico** (in corsivo nel testo N.d.R.)».



Quanto è attuale oggi questa lettura con l'involuzione culturale dei Distretti e dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali? Rileggere con gli occhi di oggi l'articolo del 1972 “L'unità sanitaria locale come sistema”, anche con la necessità di verificarne l'attualità in modo non commemorativo, è un lavoro molto importante. Dalla critica dell'ospedale e dei ruoli degli operatori che in esso lavorano e dalla subalternità del paziente, Maccacaro prospetta le Case della salute come luogo di partecipazione in un Distretto di piccole dimensioni. Oggi il Distretto è completamente snaturato dalla tendenza

al gigantismo delle Aziende Sanitarie Locali e dei Distretti, dalla carenza di personale e dalla mancata trasformazione della medicina di base cui non pongono rimedio le riforma tecnocratiche calate dall'alto che trasformano le poco e mal realizzate Case della salute in Case di comunità (26): “Tutto ciò, è chiaro, crea non le premesse, ma l'impossibilità della partecipazione: ancora una volta, l'apparente positività della proposta tecnologica è distesa a coprire una scelta politica negativa”: chi avrebbe oggi la lucidità di scrivere cose analoghe rispetto alla situazione italiana?

Ci si chiede infatti cosa direbbero oggi Maccacaro, Basaglia, L. Conti e G. Berlinguer di fronte alla situazione della sanità italiana nel corso del tempo (27).

Questa modalità “antiaccademica” e poco istituzionale accomuna Maccacaro, Basaglia e L. Conti: questi ultimi due invece lasceranno alcuni libri memorabili a testimonianza del loro pensiero e del loro operare (28, 29, 30).

Ma è questo approccio che al tempo stesso li differenzia in parte da G. Berlinguer, il più longevo, che, per il ruolo ricoperto nel PCI e il legame con il fratello Enrico, segretario del PCI, dovette sempre tenere conto delle posizioni del partito e delle necessità da ciò determinate.

Ciononostante non avrà mai la cattedra di professore ordinario di Igiene alla facoltà di Medicina ma in quella di Scienze della Sapienza di Roma. Importanti i suoi lavori sui rischi per la salute e la prevenzione in una città ben diversa da Milano: poche fabbriche, lavoratori edili e dei servizi, sottoproletariato delle borgate in una città impiegatizia di ministeri, con una borghesia incolta di commercianti e palazzinari e il Vaticano.

Dopo la morte del fratello nel 1984 fu consigliere comunale a Roma nonché segretario regionale del Lazio del PCI e prese una coraggiosa posizione per l'uscita dai Comitati di gestione delle

USL, ma non fu seguito proprio dagli amministratori del suo stesso partito. Infine nel 1996 e nel 2006 con il 1° e 2° Governo Prodi gli si preferì R. Bindi e L. Turco come ministre della salute mentre ormai si interessava prevalentemente di Bioetica anche come europarlamentare. Forse perché si era schierato spesso con la minoranza interna del partito sino alla sua fuoriuscita dal PD?

Questa affiliazione al PCI accomuna invece L. Conti e G. Berlinguer. La prima fu anche consigliera provinciale di Milano del PCI dal 1960 al 1970 e successivamente consigliera regionale della Lombardia fino al 1980 e nel 1987 fu eletta alla Camera dei deputati sempre per il PCI ma “non ebbe mai alcuna remora a prendere posizioni contrarie a quelle ufficiali del partito in cui militava, come avvenne per esempio nella questione del nucleare, decisamente avversato, in contrasto con quanto sostenuto dal PCI” e “Nel 1990 si consumò la sua rottura con la Lega per l’ambiente” (31). Quale intellettuale ha avuto o ha oggi questa onestà intellettuale e questo coraggio dentro il proprio partito, sindacato o associazione?

Questo la distingue nettamente da G. Berlinguer che invece ha dovuto spesso sostenere posizioni sul tema della sanità o anche nella sua più recente produzione bioetica, attente anche alla strategia del partito e agli equilibri determinati dalla politica del “compromesso storico” e della conseguente “unità nazionale”.

Quella politica ha avuto riflessi importanti nella storia italiana anche rispetto alla genesi del craxismo e del berlusconismo da un lato e della lotta armata dall’altro, in quanto chiusura ad ogni sbocco politico alternativo al biennio Sessanta-Settanta e al lungo Sessantotto italiano, con una progressiva verticalizzazione autoritaria e neolibérale del paese (32) tanto che lo stesso E. Berlinguer la abbandonò nel

1980 dopo il terremoto in Irpinia (33). Tuttavia quella scelta ancora oggi ha ricadute importanti nella sanità italiana considerando che la Riforma sanitaria con la L. n. 833/1978 venne approvata da un governo monocolore della Democrazia Cristiana, Presidente del Consiglio G. Andreotti, e l’appoggio esterno del PCI, con la DC (e forse non solo), che vi pose all’interno le “bombe a orologeria” degli artt. 25 e 26 delle convenzioni con il privato. In un testo illuminante (34), spesso citato a sproposito da chi non vuole approfondire storiograficamente la documentazione oggi maggiormente disponibile, G. Berlinguer, a soli due anni dalla controriforma del D.lgs. n. 502/1992 del ministro De Lorenzo, ammette auto criticamente limiti ed errori del PCI ma, successivamente, finisce per abbracciare disciplinatamente la linea del partito : *“Quando fu creato il Servizio Sanitario Nazionale non si fu abbastanza coraggiosi nel decentramento (...) furono ripescati e nominati nei comitati di gestione quei candidati che erano stati bocciati dagli elettori nel voto per i comuni e le province (...) Uno degli effetti di questa distorsione fu lo spostamento dell’attenzione dei partiti: dal tema della salute (...) a quello del potere”. “Quando tali distorsioni divennero evidenti e il PDS per primo propose di sopprimere i comitati di gestione, vi furono in tutti i partiti forti resistenze (...) La formula magica fu questa: affidiamo ai manager la gestione (...) dei servizi”*. Una chiara presa di posizione contro il D.lgs. De Lorenzo: *“Quando se ne discusse in Parlamento sostenni la tesi (...) che i rappresentanti dei partiti avrebbero continuato a comandare, e che avrebbero per giunta scelto e lottizzato anche i manager (...) l’ordinamento delle medicina generale e specialistica delle mutue fu generalizzato (...) con poche misure innovative reali (...) a tutti rapporti del servizio sanitario con i medici convenzionati, cioè, con*

i medici di famiglia e categorie simili" (...) "Il Parlamento adottò (...) alla fine del 1991, una norma esplicita la quale sanciva che il rapporto di lavoro deve essere unico, ed è incompatibile con qualunque attività o impresa che possa essere in concorrenza con il servizio sanitario (...) spesso sono stati assunti primari incompetenti e inefficienti, nominati per intrighi politici e professionali, che hanno considerato il proprio reparto come un feudo attribuito al monarca, lo hanno gestito con autoritarismo senza autorità".

Eppure accanto a queste esplicite prese di posizione quando inizia la riflessione specifica sulla "riforma della riforma", il D.lgs. De Lorenzo, afferma *"(...) non penso assolutamente che ci si possa fermare e tornare a quell'epoca (...) molti soggetti nuovi sono comparsi sulla scena (...) soprattutto il mercato che può anche trasferire la sfida della qualità, della competizione, della responsabilità personale e aziendale, dell'efficienza e della lotta contro gli sprechi (...) si possono creare utili connessioni tra le professioni sanitarie, i servizi pubblici e le attività basate sul mercato".* Pochi lo ricordano ma *"una richiesta di referendum popolare sostenuta dal PDS e sostenuta da un milione di firme e varie proposte di legge (tra le quali una significativa della CGIL) tendono a modificarla"* (le firme rimasero nel cassetto perché il PDS accettò la mediazione e parziali modifiche della ministra DC M. Garavaglia con il D.lgs. n. 517/1993). E G. Berlinger argomenterà a questo punto: *"l'unica via è la regionalizzazione piena del servizio (...) le entrate dovranno essere di loro competenza come le spese (...) dovranno decidere il proprio sistema delle unità sanitarie locali (...) mettere fine alla spartizione politica delle USL distinguendo le scelte di politica sanitaria da affidare ai rappresentanti eletti dal popolo, dai compiti di gestione, ai quali chiamare persone idonee in base alla competenza tecnica*

e amministrativa (...) definizione dei rapporti chiari tra pubblico e privato, superando le contrapposizioni manichee dell'uno e dell'altro settore (...) in realtà ciò che noi definiamo "privato" contiene forze e tendenze molto diversificate: soggetti interessati solo al guadagno (...) gruppi sociali che possono aggregarsi per dare risposte a esigenze non assolute dalle istituzioni".

Sappiamo come purtroppo è andata finire: la salute non si vende ma la sanità è una merce che invece si vende benissimo. Con il tetto alla spesa per assunzioni del personale oggi va al privato il 50% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e negli Enti del Terzo settore/no profit si annida ormai di tutto, proliferano forme di reclutamento e retribuzione degli operatori sempre più privatistiche dallo sfruttamento sotto pagato ai medici a gettone, nominati dai partiti (partiti a loro volta influenzati da varie cordate di potere) cui rispondono, senza nessun organo di governo che bilanci la loro attività, i Direttori Generali, dominano incontrastati, la democrazia nel SSN è un pallido ricordo, abbiamo ormai ventuno servizi regionali diversi con un sud penalizzato anche per la complice negligenza della politica locale e la spesa sanitaria aumenta per cause strutturali demografiche, economiche e tecnologiche, compressa solo dalla riduzione del FSN rispetto al PIL, la medicina territoriale è ancora fondata sul medico di famiglia convenzionato e non sarà l'ingegneria tecnocratica calata dall'alto delle Case di comunità a modificarla.

Tuttavia Maccacaro, Basaglia, L. Conti e G. Berlinguer furono, con le loro differenze e i loro limiti, per dirla con P. Ricoeur "maestri del sospetto" (35). Quel sospetto che alimentando i dubbi e la critica prepara le idee nuove, dote di cui oggi sembra si sia sprovvisti, proprio in un momento in cui se ne avrebbe maggiore bisogno.

Note bibliografiche

1. Accademia Nazionale dei Lincei Centro linceo interdisciplinare "Beniamino Segre" Scienza, salute e società. *Rileggendo Giulio A. Maccacaro* 26 novembre 2024.
2. Giovanni Berlinguer. *Sapere e politica*. Fondazione Gramsci onlus, Roma Capitale, Sapienza Università di Roma. Roma 11-12 aprile 2014.
3. Franco Basaglia, *A cent'anni dalla nascita (1924-2024)*, 19 marzo 2024 Camera dei Deputati Introduzione della Vicepresidente Anna Ascani.
4. Barbara Bonomi Romagnoli, Marina Turi. *Laura non c'è. Dialoghi possibili con Laura Conti*. Fandango libri, 2021.
5. Wikipedia.
6. Giovanni di Salisbury, *Metalogicon*, Libro III, Capitolo 4 "Diceva Bernardo di Chartres noi siamo come nani sulle spalle di giganti, così che possiamo vedere più cose di loro e più lontane, non certo per l'acume della vista o l'altezza del nostro corpo, ma perché siamo sollevati e portati in alto dalla statura dei giganti."
7. Valeria Fieramonti, *La via di Laura Conti*, Enciclopedia delle donne. Milano, 2021.
8. Maria Luisa Clementi, *L'impegno di Maccacaro per una nuova medicina*. Medicina Democratica, 1997.
9. Paul Ginsborg, *Storia d'Italia dal dopoguerra ad oggi*. Einaudi, 1989
10. Jack Challoner, *John Snow (Real Lives)*. Paperback, 2013.
11. Louis-Ferdinand Céline, *Il dottor Semmelweis*. Adelphi, 1975.
12. Marco D'Eramo, *Dominio*. Feltrinelli, 2020.
13. Giovanni Pesce, *Senza tregua. La Guerra dei GAP*. Feltrinelli, 1974.
14. Claudio Pavone, *Una guerra civile*. Bollati Boringhieri, 2006.
15. Norman Bethune, *Il bisturi e la spada*. Feltrinelli, 1969
16. Carlo Feltrinelli, *Senior service*. Feltrinelli, 1999.
17. Marco Philopat, *La banda Bellini*. Agenzia X, 2015.
18. *La strage di Stato. Controinchiesta*. Roma, Samonà e Savelli, 1970.
19. Tutte le citazioni di scritti di Giulio A. Maccacaro sono tratte da *Per una medicina da rinnovare*. Medicina e potere. Feltrinelli, 1979.
20. Licia Pinelli, Piero Scaramucci, *Una storia quasi soltanto mia*. Feltrinelli, 2009.
21. *Per una medicina da rinnovare. Medicina e potere*. Feltrinelli, 1979.
22. Guido Viale, *Il sessantotto. Tra rivoluzione e restaurazione*. Milano, Mazzotta, 1978.
23. Herbert Marcuse, *L'uomo a una dimensione. L'ideologia della società industriale avanzata*, Torino, Einaudi, 1967.
24. "Il rapporto fra l'essere rossi e l'essere esperti, fra la politica e il campo in cui si è specializzati, costituisce un caso di unità fra due opposti. Occorre certamente criticare la tendenza a tralasciare la politica. Da una parte vanno combattuti i politicanti, ma dall'altra parte va combattuto anche chi si dedica solo all'aspetto pratico perdendo l'orientamento. Sull'unità fra la politica e l'economia, fra la politica e la tecnica, non deve esserci il minimo dubbio: sarà così anno dopo anno, per sempre. Ecco cosa significa essere rossi ed esperti. In futuro il termine "politica" forse esisterà ancora, ma cambierà di significato. Non prestare alcuna attenzione all'ideologia ed alla politica e passare tutto il tempo sulle mansioni amministrative, potrebbe far perdere l'orientamento e portare all'economicismo e al tecnicismo. Ciò è assai pericoloso. Il lavoro ideologico e il lavoro politico sono la garanzia di poter adempiere al lavoro economico ed al lavoro tecnico. Sono al servizio della base economica. L'ideologia e la politica sono i comandanti, costituiscono l'essenza. Se solo allentiamo il nostro lavoro ideologico e politico, il lavoro economico e tecnico prenderanno senza dubbio una strada nefasta" (Mao Tse-tung utilizza l'espressione "rossi ed esperti" in "Progetto di Metodi di lavoro in sessanta punti" del 1958. In questo contesto, si riferisce all'importanza di combinare l'impegno ideologico (il "rosso") con la competenza e l'esperienza pratica (l'"esperto") per raggiungere gli obiettivi del partito e della rivoluzione N.d.R.).

25. Bertolt Brecht, *Vita di Galileo*. 1938.
 26. Edoardo Turi, *Ma cosa sono queste case della comunità* in Lavoro e Salute, Anno 38 n. 7, luglio 2022
 27. Edoardo Turi, *Malapolitica sanitaria* in Lavoro e Salute, Anno 39 n. 8/9, settembre 2023
 28. Franco Basaglia, *L'istituzione negata*. Baldini Castoldi Dalai, Milano 1968.
 29. Franco Basaglia, *Che cos'è la psichiatria?* Einaudi, Torino 1973.
 30. Laura Conti, *Questo pianeta*. Einaudi.
 31. op.cit. note (4 e (7).
 32. Pietro Ingrao, Rossana Rossanda, *Appuntamenti di fine secolo*. Il manifesto, 1995.
 33. "Con l'arresto, a Casale Monferrato, dell'ex comandante generale della Guardia di Finanza, Raffaele Giudice, viene a galla una prolungata truffa petrolifera che, secondo alcuni calcoli, ha fruttato agli associati 2.500 miliardi di lire. Collusi col sistema alcuni politici democristiani, socialdemocratici e socialisti. Enrico Berlinguer, in una riunione della Direzione comunista, annuncia che «la questione morale è divenuta oggi la questione più importante»: «Nel momento in cui la Dc dimostra di non essere in grado di guidare il risanamento morale e il rinnovamento dello Stato, è al Pci che spetta oggettivamente di essere la forza promotrice e di massima garanzia di un governo che esprima e raccolga le energie migliori della democrazia italiana, uomini capaci e onesti dei vari partiti e anche al di fuori di essi». Annuncia l'abbandono della linea della «solidarietà nazionale» (il Pci in governi a direzione democristiana) per un governo «nuovo», «diverso», di «alternativa democratica» del quale la Dc, anche partecipandovi, non sia l'asse e non abbia la presidenza" (Il Corriere della Sera,

27/11/1980). (Nel 1980, la direzione del PCI, in un documento relativo al terremoto che nel novembre aveva raso al suolo interi paesi di due regioni meridionali, denunciando l'inefficienza dello Stato e del regime democristiano, dichiarava di voler favorire la formazione di un governo di alternativa, senza la DC, assieme al PSI e ai partiti centristi minori. In questa direzione, non priva di nuove ambiguità e contraddizioni, si sanciva una novità. Ma purtroppo era ormai troppo tardi come dimostrerà poco dopo la reazione di G. Napolitano N.d.R.). "All'interno del Pci si critica la posizione di Enrico Berlinguer sulla «questione morale», in particolare l'omessa distinzione tra la Dc e i socialisti quando ha accusato tutti i partiti, eccetto il Pci, di essere «macchine di potere e clientela». Giorgio Napolitano sull'Unità, in un articolo per i 17 anni dalla morte di Togliatti: «È decisivo saper procedere secondo il metodo che Togliatti ci ha insegnato quello dell'«analisi differenziata», che preserva dal grave errore «di non saper distinguere cose diverse» o di mettere e spingere sullo stesso piano forze che occorre tenere distinte. Ed è decisivo saper mettere a frutto, nelle condizioni di oggi, la grande scelta togliattiana del «partito nuovo», in quanto partito che «non si limita alla critica e alla propaganda» ma propone soluzioni, promuove una combattiva e costruttiva partecipazione e azione di massa, sviluppa una «iniziativa politica» capace di modificare posizioni e dati di fatto negativi». Il 5 ottobre Napolitano uscirà dalla segreteria del Pci" (Il Corriere della sera, 21/8/1981).

34. Giovanni Berlinguer, *La milza di Davide*. Ediesse, 1994.

35. Paul Ricoeur. *Dell'interpretazione*. Saggio su Freud, 1967.



La domanda di partecipazione al tempo e nell'opera di Giulio Maccacaro

A cura di Enzo FERRARA

“Lungo la storia corre una continua domanda di partecipazione, continuamente negata in nome della efficienza”
G.A. Maccacaro, *L'Unità Sanitaria Locale come Sistema* (1972)

INTRODUZIONE

La partecipazione civica diffusa o come si diceva allora “di quartiere” fu negli anni ‘70 dello scorso secolo una pratica comune che su temi come l’educazione, il lavoro, la salute e i problemi abitativi incoraggiava l’intreccio fra istituzioni democratiche e cittadinanza in un rapporto di sussidiarietà esercitato come non è più possibile oggi in un sistema socio-politico gerarchizzato e gestito secondo logiche di mercato e di frammentazione dei bisogni.

In quel periodo Giulio Maccacaro fu un campione del modello democratico partecipativo e della disubbidienza all’ordine costituito, fu perciò anche un personaggio politico nel senso originario del termine: un cittadino partecipe della collettività di cui si faceva portavoce verso le istituzioni, seppure in forma critica, in rappresentanza dei valori universali della scienza e della cultura, inseparabili dai valori della democrazia e dei diritti. Il quartiere di Maccacaro non era un luogo circoscritto ma l’insieme dei luoghi di vita e di lavoro umani (scuole, fabbriche, ospedali, città) osservati con attenzione alle condizioni di salute, sviluppo ed emancipazione.

IL PRIMATO

DELLA PARTECIPAZIONE

Nella rivendicazione della partecipazione e come fautore della disubbidienza (civile) come valore democratico (si confronti la *Lettera al Presidente dell’Ordine*, posta come prefazione a *La medicina del capitale*, di Jean-Claude Polack, Feltrinelli, Milano 1972, primo volume della serie *Medicina e Potere*), Maccacaro ebbe molti compagni e compagne, anche se le loro strade non sempre si intrecciarono. Possiamo ricordare i costituzionalisti, come Giorgio La Pira; i disobbedienti per il diritto all’obiezione di coscienza al servizio militare sostenuti dal teorico della nonviolenza Aldo Capitini e da don Lorenzo Milani: Laura Conti, Aldo Sacchetti e Giorgio Nebbia per la nascita dell’ambientalismo ispirato a principi di partecipazione e nonviolenza, così come i fautori della nuova psichiatria di Franco Basaglia e Franca Ongaro. Ricordiamo i lavori di pedagogia di Elvio Fachinelli, Grazia Honegger Fresco, Goffredo Fofi e tanti altri esempi del fare cittadinanza dando sostanza alla democrazia educando anche al dissenso, sollecitando però quest’ultimo a non appiattirsi sulla contrapposizione ma ad animarsi criticamente, intendendo

perfino la disobbedienza civile come gesto di partecipazione.

Convivono pertanto nella politica di Maccacaro e si integrano due diverse visioni: quella democratica e sociale, assieme a quella scientifica e culturale. Entrambe si affidano ai principi dell'illuminismo e entrambe si fondano su principi di razionalità, verifica, inclusione, integrazione, completezza, non assolutezza – mai perciò vanno intese come dogmatiche in quanto aventi come principio di garanzia quello della partecipazione. Nella visione di Maccacaro – e non solo nella sua – scienza e democrazia sono così intrecciate che qualunque rischio di corruzione dell'una viene letto come degenerazione anche dell'altra, mentre l'ombra del potere (economico, politico, culturale, militare) le minaccia entrambe. Ne sono esempio funesto in Italia l'esperienza del Vajont, inchiesta con cui si apre il primo numero del nuovo *Sapere*; la vicenda del Talidomide narrata in *E in Italia?*, prefazione al libro di H. Sjöström e R. Nilsson, *Il talidomide e il potere dell'industria farmaceutica* (Feltrinelli, Milano 1973), sempre della collana Medicina e Potere (ne scrive in questo numero Benedetto Terracini); gli esperimenti senza consenso eseguiti sui bambini dell'ospedale Gaslini di Genova denunciati pubblicamente, e la nube di diossina fuoriuscita dall'ICMESA a Seveso-Meda nel luglio 1976 denunciata in *Crimine di pace*, ultimo contributo di Maccacaro uscito su *Sapere* sotto la sua direzione.

È rilevante che il primo numero del nuovo *Sapere* dedichi un'inchiesta al Vajont, con contributi dell'avvocato di parte civile Sandro Canestrini e di Floriano Calvino, fratello di Italo, geologo, a cui era stata assegnata la complessa perizia tecnica dal tribunale dell'Aquila. Così Canestrini – allievo di Norberto Bobbio, presidente del Movimento nonviolento dal 1994 al 1997 – durante l'arringa del 23 settembre 1969 all'Aquila, aveva denun-

ciato l'intreccio degradato dal conflitto di interesse fra le scienze tecniche e politica:

“Senza onore né dignità questa tecnica ha aiutato questa economia a persuadere questa politica a disprezzare la gente, a calpestare gli interessi umani, a violare il bene della vita di tutti. Per questo abbiamo detto che non siamo d'accordo nell'indifferenza verso le concezioni del mondo, non siamo d'accordo che il futuro dell'umanità sia la tecnica, non siamo d'accordo che di per sé il piede umano sulla luna rappresenti qualcosa.”

Sandro Canestrini, Vajont. Genocidio di poveri. Cierre edizioni, Verona 2003

L'ammonimento sul rischio del conflitto di interessi fra scienza e potere vale sempre. Basta assistere ancora oggi ai processi per lavoratori uccisi sul lavoro o dall'amianto, dove per difendere e mantenere interessi economici multimiliardari sono messe in discussione conoscenze scientifiche consolidate sulle correlazioni fra esposizione a sostanze nocive e insorgenza di malattie. La narrazione di Maccacaro va oltre la contingenza, analizza e spiega le cause storiche della degenerazione del sistema scientifico, e della medicina soprattutto, verso il connubio con il potere economico e più che convergenze verso l'oggettività, prefigura derive della scienza rivendicando la partecipazione come primato di veridicità e scientificità anche in democrazia.

“Questo tipo di medicina, che è quella che noi usiamo oggi, impariamo, insegniamo e pratichiamo, nasce agli albori della rivoluzione industriale, quando ancora le malattie dominanti a livello di massa, veri flagelli per le popolazioni, erano soprattutto rappresentate dalle malattie infettive, dovute ai parassiti, ai germi, ai virus che producevano pe-

sti e calamità; vi era quindi qualcosa di imprevedibile, di selvaggio nel modo in cui la malattia si poneva in quei termini, cioè come causata da agenti naturali.

Vi era qualcosa di assolutamente rovinoso e insopportabile per ogni progettazione di investimento, di sviluppo e di profitto. Per questo la rivoluzione industriale e l'avvento dell'egemonia borghese hanno voluto dire un grande impegno, dal punto di vista tecnico e scientifico, della sanità, perché era impossibile programmare lo sviluppo del capitale accettando l'irrazionalità della malattia naturale.

Pasteur, tipico esempio di scienza medica nelle sue migliori e più celebrate manifestazioni, non era un medico; era un chimico dell'industria. La logica era la stessa, lo scopo da raggiungere era il medesimo, cioè ridurre al programmabile, all'economicamente prevedibile e sviluppabile, tutta una serie di produttività, compresa anche quella dell'uomo: ovvero l'uomo, a sua volta, come prodotto. Quindi questa grande, enorme stagione della medicina, che va dai disinfettanti del secolo scorso agli antibiotici del secondo dopoguerra, avviene all'insegna di una contraddizione molto semplice: quella dell'uomo contro la natura. La malattia è vista come il flagello che viene dalla natura e che colpisce l'uomo. La medicina è quella che difende l'uomo contro il flagello naturale. Allora la collocazione del medico è molto chiara in questo contesto: il medico è "dalla parte dell'uomo" contro la natura e tutto ciò che lo minaccia; ma lo è soltanto nella misura in cui quella minaccia non investe solo l'uomo, ma un sistema produttivo; investe una nuova ipotesi di organizzazione e di sviluppo sociale ed economico.

Quando invece arriviamo alle società contemporanee, ad alto sviluppo industriale, la patologia di quel

tipo viene relativamente scomparendo. I nostri figli non sanno più che cosa vogliano dire carbonchio, tifo nero, peste, colera e altre cose del genere. Un'altra patologia di oggi ci tormenta: sono malattie dovute non più a cause naturali, ma a cause umane, che derivano, cioè, dai modi di produzione, non dalla natura. Sono le malattie da usura, da lavoro, da modo di vita e di convivenza: sono i ritmi, la scomposizione del lavoro, l'inquinamento delle città, l'affollamento, la catena di montaggio, la pendolarità, la monotonia, la costrizione e l'alienazione.

Sono tutte queste cose che oggi logorano, sciupano, spengono la vita dell'uomo; quindi la contraddizione, in termini medici, non è più tra uomo e natura, ma tra l'uomo e un altro uomo, perché è l'altro uomo che ha creato tutte queste contraddizioni e in queste contraddizioni costringe a vivere il nostro uomo, il nostro compagno. Ma se la contraddizione è ora tra uomo e uomo, e non più tra uomo e natura, questo terzo uomo, che è il medico, da che parte sta? Non può dire soltanto di essere dalla parte dell'uomo, ma deve dire dalla parte di quale uomo: cioè se con il lavoratore o con il padrone."

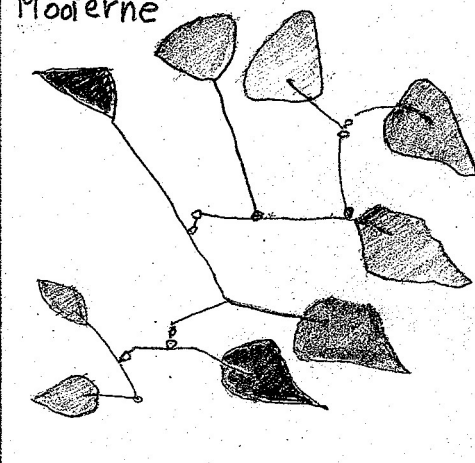
G.A. Maccacaro, *Medicina e lavoro – Intervento al convegno regionale del Partito socialista italiano "Prevenzione e tutela della salute delle lavoratrici", Milano 19 maggio 1973*

Maccacaro non è l'unico a cogliere questo bisogno di chiarezza sul ruolo della scienza. Il premio Nobel per la medicina del 1969, Salvador Edward Luria – torinese naturalizzato statunitense, fuggito dall'Italia per le leggi razziali del 1938 – così ragionava in quegli stessi anni:

"Credo che, con un po' di immaginazione, [la poesia L'infinito di Giacomo Leopardi] possa fornire una metafora dell'attività dei grandi scienziati, della dualità tra i panora-

mi infiniti della scienza e la deliberata concentrazione dell'attività su un segmento scelto di quella realtà; della consonanza del pensiero dello scienziato con la voce del mondo naturale; e, nonostante l'istintivo spavento che ogni scienziato prova di fronte all'immensità del mondo naturale, della volontà di immergersi in quell'infinito. L'immagine della siepe che ripara e schermo gran parte dell'orizzonte è anche una metafora del (...) rapporto tra l'impresa scientifica e la società in cui essa si

da Alexander Calder, Mobile su due livelli, 1955.
Parigi - Musée National d'Art Moderne



svolge. Questo rapporto è diventato sempre più complesso e teso negli ultimi due decenni. I problemi nascono, a mio avviso, dalle tensioni e dalle contraddizioni interne sia alla società, sia alla scienza.

La nostra società si basa fondamentalmente sulla premessa della democrazia. La democrazia moderna è figlia del razionalismo del XVII e XVIII secolo ed è quindi in un certo senso la sorella gemella della scienza. Per le sue stesse origini è impegnata nella razionalità, nell'ottimismo sul futuro dell'umanità, nella fiducia nel progresso basato sulla conoscenza fattuale del mondo. Ma allo stesso tempo la democrazia occidentale è anche impegnata in un punto di

vista utilitaristico, in un mondo di bilanci e stanziamenti e di contabilità costi-benefici che dà un prezzo a ogni articolo e a ogni attività. In terzo luogo, la democrazia è soggetta a una serie di forze irrazionali, che vanno dalle attività delle controculture all'interno della nostra società, alla persistenza dell'ingiustizia economica, all'aberrazione della guerra e del nazionalismo, al razzismo e ai pregiudizi settari di ogni tipo.

La messa in discussione delle scelte e delle priorità è solo un aspetto di un fenomeno più diffuso, che può essere definito come una crisi di fiducia nei meccanismi decisionali della nostra società. Questa crisi di fiducia è legata, credo, all'apparente incapacità di una società di successo di gestire grandi problemi come la minaccia della guerra atomica e l'ingiustizia economica – quelle che ho definito le irrazionalità della nostra vita democratica. Più specificamente, la crisi di fiducia riguarda i dubbi sulla capacità della società di gestire in modo intelligente e costruttivo la potente tecnologia che la scienza ha reso possibile. Il contrasto tra gli spettacoli miliardari della NASA, i bilanci della difesa da centinaia di miliardi di dollari e il 25 % di disoccupazione tra i neodiplomati – il 35% se si tratta di neri – non aumenta la fiducia del pubblico nell'efficacia della nostra democrazia nel fare scelte razionali e nel provvedere ai bisogni umani. La frustrazione che ne deriva genera la terza area di preoccupazione: la sfiducia del pubblico nella scienza. Ciò che viene messo in discussione è di solito la scelta delle priorità della ricerca, come se gli scienziati preferissero lavorare su argomenti inutili piuttosto che su quelli utili.

Anche se è formulata in termini sanitari o mistici, almeno una parte delle loro critiche deriva non solo dalla sfiducia nella scienza, ma anche dalla disaffezione politica per

quelli che prima ho definito gli elementi irrazionali della nostra società. Rappresenta anche una sfida per gli scienziati e gli studiosi ergersi a difensori della razionalità contro queste irrazionalità. Purtroppo, troppo spesso questo non accade. Gli scienziati hanno prestato il loro lavoro e il loro prestigio a quelle che considero alcune delle imprese più squallide della nostra società. Per prendere solo il Vietnam come esempio, alcuni scienziati e studiosi hanno collaborato in tutti i modi, dall'armamento del campo di battaglia automatizzato alla programmazione della pioggia di fuoco su villaggi indifesi fino allo sradicamento pianificato di milioni di persone innocenti. Il Vietnam è solo uno degli ambiti in cui alcuni scienziati hanno assecondato, passivamente o attivamente, l'irrazionalità e il richiamo del potere.

(...) Cosa si può fare per cambiare questa situazione? In primo luogo, credo che gli scienziati dovrebbero promuovere attivamente una discussione aperta sugli obiettivi e sui limiti della scienza, al fine di generare un consenso pubblico informato che, da solo, può dare legittimità a qualsiasi impresa sociale, compresa la scienza. Ma a un livello più fondamentale, credo che per ripristinare la fiducia del pubblico nell'impresa scientifica e nell'impresa intellettuale in generale sia necessario che gli intellettuali, e in particolare gli scienziati, esercitino una leadership attiva nel ripristino della razionalità nella nostra società democratica.

Gli scienziati dovrebbero prendere l'iniziativa di sviluppare un fronte comune con il pubblico, non solo per indirizzare gli usi della scienza verso questo o quell'obiettivo di rilevanza pratica, ma anche per aiutare a riorientare le priorità della società stessa lontano dalle irrazionalità della disuguaglianza sociale o dell'ingiustizia razziale o dello spreco sfre-

nato o dell'uso suicida delle armi. Non possiamo definirci costruttori delle cattedrali di oggi se ci chiudiamo nel culto di una cappella privata o se siamo disposti ad adorare nei templi di Mammona. Non possiamo ignorare o perdonare gli usi irrazionali o disumani a cui i frutti della scienza sono spesso destinati per ragioni di potere o di profitto.

Solo se gli scienziati rifiutassero di unirsi alle imprese dell'ingiustizia, se rifiutassimo di applicare le nostre conoscenze alle imprese disumanizzanti della società, se insistessimo affinché la razionalità del nostro lavoro sia accompagnata dalla razionalità degli usi a cui sono destinati i prodotti del nostro lavoro, potremmo seriamente pretendere di essere i costruttori di una cattedrale aperta a tutti per il culto e la meraviglia."

S.E. Luria, Reflections on Democracy, Science, and Cancer, Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences, Vol. 30, No. 5, 1977, pp. 20-32 (trad. a cura dell'autore)

I NEMICI DELLA PARTECIPAZIONE

Fra le iniziative che sostengono la partecipazione, secondo Maccacaro c'è anche l'urgenza di svelarne i nemici. Come ricordano Angelo Stefanini e Chiara Bodini in *Salute e partecipazione della comunità. Una questione politica* (Sistema Salute, 58, 3, 2014: pp. 308-315), Maccacaro identificava come nemici della partecipazione l'autorità, l'efficienza e la provvidenzialità. L'autorità – ricordano – è 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”. L'efficienza è nemica della partecipazione quando diventa “domanda del potere costituito”, avvalendosi della voluta e perpe-

trata confusione tra la funzione dell'istituzione sanitaria, ossia la tutela della salute, e il suo funzionamento, ridotto a ottimizzazione di se stessa anziché all'adempimento di tale funzione. Per "provvidenzialità", infine, Maccacaro intende il "paternalismo", ossia "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 all'offerta"(si veda l'intervento introduttivo a questo numero, Maccacaro G.A. *Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute*. In: Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Feltrinelli, p. 467).

Il successivo approfondimento sul primato della partecipazione è la rivelazione delle modalità di formazione del consenso. Le forme di consenso ricercate dai nemici della partecipazione quasi sempre ventilano minacce esterne che dovrebbero indurre la comunità a sostenere il potere difensore dei valori collettivi imponendo un consenso basato sull'unità contro un comune nemico. Contro questa visione, che non lascia spazio a scelte partecipative con contenuto di soggettività – come aveva ben intuito Giorgio Bert, uno dei più assidui collaboratori di Maccacaro – occorre rivendicare la possibilità sempre esistente di una scelta non conflittuale e per il cambiamento. La forma del consenso dà qualità alla democrazia, aggettivandola: rassegnata o visionaria, privatistica o solidaristica, passiva o attiva. Perfino il modo in cui le istituzioni divengono gli assi portanti della democrazia si definisce secondo le modalità di consenso di cui godono e il modo in cui lo cercano: promuovendo paura, frammentazione e repressione, o dialogo, partecipazione e creatività. Ogni potere tende a impadronirsi

della scienza, dell'arte, della cultura, del tempo libero e in generale di ogni ambito che coinvolge la nostra esistenza, con l'obiettivo di convincerci che questo – in cui esso domina – non sarà forse il migliore dei mondi possibili ma è senza dubbio l'unico esistente possibile. Il potere, qualsiasi potere, è totalitario: a differenza di quanto fa una mente libera, curiosa, ironica, creativa, laica, scientifica, immaginativa, esso non propone ipotesi ma impone verità: una sola verità. È per questo che dietro a ognuno degli aggettivi diversificativi delle visioni scientifiche e culturali, per il potere, si cela sempre un pericolo, una minaccia. Il potere si esprime per certezze (si veda Giorgio Bert, *La scommessa sul cambiamento*, Lo Straniero n. 57, marzo 2005). Questa immaginario bloccato, se imposto anche al mondo scientifico e culturale, implica un'impossibilità di visione prospettica e d'insieme, un'assenza di creatività e un eccesso di semplificazione a vantaggio dello status quo, che impoveriscono anche le arti e la politica, mentre un modello di sottocultura che è vincente soltanto economicamente si vanta di occuparne le vette.

Esempio di fragorosa affermazione di tali limiti anti-visionari fu l'affermazione di Margaret Thatcher, primo ministro della Gran Bretagna dal 1979 al 1990 secondo cui "la società non esiste". Lo slogan usato per le campagne elettorali di Margaret Thatcher è una frase sentita troppo spesso, *There is no alternative*. Grazie alla chiusura di ogni altra possibile visione non neoliberalista, negli anni del suo mandato Margaret Thatcher riuscì a realizzare una contro-rivoluzione sociale privatizzando le industrie di proprietà nazionale, dal servizio sanitario britannico (NHS) ai trasporti, fino alla rete di generazione e distribuzione dell'energia elettrica, riducendo drasticamente lo stato sociale. Era il 1987 quando, nel corso di un'intervista con il giornalista Douglas Keay per il ro-

tocalco inglese *Woman's Own*, l'allora premier britannico esprimendo la sua concezione della responsabilità dell'individuo, rivelò l'essenza del credo neoliberista usato per scardinare le basi del mutualismo fondato sull'idea di beni e interessi comuni a favore dell'individualismo sociale come soluzione addirittura anche dei problemi collettivi:

“Io credo che siamo andati avanti troppo a lungo facendo credere a troppi bambini e persone che fosse lecito pensare: ‘Ho un problema, è il Governo che deve occuparsene’, oppure: ‘Ho un problema, chiederò le risorse per potermene occupare’ o ancora ‘Sono senza casa, il Governo deve trovarmi un’abitazione’ e così facendo spostano i loro problemi sulla società, ma cos’è la società? La società non esiste! Ci sono uomini, donne e famiglie e nessun governo può fare nulla se non attraverso le persone e le persone guardano a se stesse. Il nostro primo dovere è occuparci di noi stessi, poi possiamo occuparci anche dei nostri vicini. La vita è fatta di scambi reciproci fra individui, ma le persone hanno troppo in mente i propri diritti e scordano i loro doveri. Non esiste alcun diritto se non c’è stato in precedenza un patto e io penso che sia una tragedia credere che invece tutto sia dovuto (...) ci sono persone che hanno manipolato il sistema e approfittano degli aiuti e dell’assistenza pubblica (...) ci siamo spinti troppo oltre: se i bambini hanno dei problemi, è colpa della società. Ma la società non esiste. Esiste un arazzo vivente fatto da uomini, donne e persone e la bellezza di quell’arazzo – la qualità delle nostre vite – dipende da quanto ognuno è pronto ad assumersi responsabilità per se stesso e per gli altri.”

Margaret Thatcher, *No such thing as society. Intervista per “Woman's Own”, 2 Settembre 1987, in Margaret Thatcher Foundation: Speeches, Interviews and Other Statements. London*

Il potere che si esprime per certezze non è scientifico e quando si impadronisce della scienza anche essa smette paradossalmente di essere scientifica per diventare uno strumento tra gli altri, così come in un contesto analogo avviene della cultura. Scienziati e intellettuali diventano, non necessariamente in malafede, messaggeri e araldi del potere e parlano con la sua voce. Maccacaro mostra che svelare e sfidare questa mistificazione è possibile.

QUALE PARTECIPAZIONE

Un interessante esercizio analitico del gruppo di Maccacaro fu il confronto fra la visione di scienza e medicina centralizzate, come accade in occidente nei paesi ricchi, e modalità di scienza e medicina necessariamente alternative e partecipate nei paesi poveri (Cina, Vietnam, Cile, Messico, Africa). Sono molte le occasioni fornite da Maccacaro e dai suoi sodali per approfondire questa analisi, seppure lette talvolta con qualche abbaglio rispetto alla situazione reale. Riprendiamo due esempi ripubblicati anche nel numero di Sapere del marzo 1977 (pp. 58-59) dedicati alla Cina.

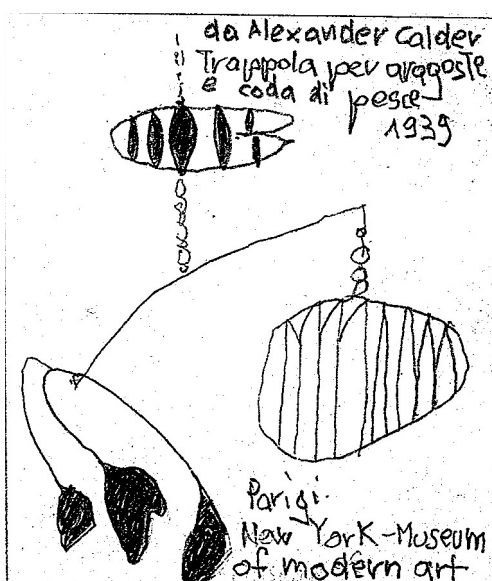
“Il tempo di Hua Kuo-feng non era ancora venuto; non era come oggi che si sa benissimo che cercar di capire la Cina è come indagare nella parapsicologia. A quel tempo (tarda primavera del '73) i compagni che già in Cina c'erano stati, dicevano convinti, a me e Giulio in procinto di partire: «Vedrete, un'esperienza sconvolgente».

Si era in gruppo, un gruppo la cui frangia egemone sembrava molto sicura di poter chiarire i termini delle due linee, che avrebbero dovuto essere ormai quella di Mao e quella di Un Piao; ma su quest'ultimo si stendeva ancora un oceano di silenzio, onde i misfatti da scoprire erano quelli di Liu Shao-chi.

A Giulio importava conoscere l'e-

sperienza cinese, intravista fino allora solo attraverso i libri, che sono sempre, inevitabilmente, parziali, e perciò da integrare con approccio diretto, esso pure inevitabilmente parziale, comunque di indispensabile ausilio per un approfondimento delle conoscenze libresche; e poiché il suo terreno specifico era la medicina, cercava soprattutto su questo terreno la chiave interpretativa della rivoluzione cinese.

Io non sono medico, ma per tanta parte i nostri interessi culturali



coincidevano. Qui da noi, dicevo a Giulio, il proletario non vende solo, per vivere, forza-lavoro, ma anche salute. Questo in Cina è ormai roba del passato?

Sussistono almeno le condizioni perché il proletario sia protagonista di una rivoluzione che liberi sé, e con sé tutti quanti, dalla propria mercificazione, che è anche malattia e morte?

Notoriamente per Giulio nello specifico della medicina rientrava anche questo aspetto, che per me era di prevalente interesse. D'altra parte, 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. Erano questi comuni interessi, era il nostro porci con la stessa disperazione intellettuale dinanzi alla sfinge delle due linee, il nostro stesso sentimento per un popolo come quello cinese, liberatosi dall'oppressione imperialistica con una lotta costata milioni di compagni caduti, che ci induceva a cercar di capire se l'uomo, tutto sommato, era felice, nella misura in cui si può essere felici nel cono d'ombra che sempre proiettano sulla condizione umana natura e società. E Giulio alla fine, nella serata d'addio, fece un brindisi che forse mai era stato fatto in Cina da una delegazione straniera: un brindisi ai bambini cinesi, che, a differenza dei nostri (frustrati per lo più fin dai primi anni dall'invalidabile angustia dell'istituzione familiare e di quella scolastica), rispondono al saluto con occhi colmi di felicità."

Dario Paccino, *Un rovesciamento di portata fondamentale*, *Tempo Medico*, ottobre 1974, n. 125

"Cina – giugno 1973 "(...) la prima differenza che io ho avvertito era nel passaggio da una società di sperimentati – quale la nostra, dove non solo in medicina, ciascuno è isolato, oggettivato, atto cosa, confrontato a una norma – a una società di sperimentatori, dove tutto e in farsi e a questo fare tutti contribuiscono, sviluppando così, in un innumere concorso di vocazioni individuali, i tempi e i propositi della volontà collettiva (...) Mi ha colpito nella medicina cinese il primato della politicizzazione sulla tecnicizzazione. Già questo appare dal modo in cui

la comunità esprime da sé il giovane cui affida il compito di diventare medico, considerandone non soltanto i meriti scolastici, ma la maturità politica, la dedizione al benessere degli altri, la capacità al lavoro solidale (...) ma appare anche dal modo in cui la comunità vede e soccorre il malato: non “scaricandolo” alla gestione o nell’istituzione sanitaria, ma “facendosi carico” direttamente dei suoi problemi. Ciò è particolarmente evidente a noi occidentali per la malattia mentale e la devianza in genere, ma è vero e riconoscibile anche in altre occasioni. E appare ancora dall’aver messo la prevenzione al primo posto, non di una gerarchia di interventi tecnici delegabili ma di una scala di impegni collettivi e politicamente qualificati. In secondo luogo mi ha colpito il primato della partecipazione sulla corporazione. Con quest’ultimo termine voglio dire, riferendomi alla nostra medicina, la tendenza a costituirsi come corpo separato, nell’incomprensibilità del linguaggio e del gesto, nella gerarchia dei ruoli e dei censi, nella pretesa della delega e del potere (...) non si tratta solo dei “medici scalzi” ma di tutta una “medicina scalza” che, in ambulatorio, in ospedale e altrove (...) rimane cosa del malato e per lui riesce a sdrammatizzarsi (...) E in terzo luogo mi ha colpito il primato dell’integrazione sulla separazione (...) e infine mi ha colpito il primato della diffusione sulla concentrazione non solo delle conoscenze ma degli atti medici: perché (...) è la medicina che va dove ce n’è bisogno e non è chi ne ha bisogno che deve andare là dov’è la medicina.”

G.A. Maccacaro, *Un rovesciamento di portata fondamentale, Tempo Medico, ottobre 1974, n. 125*

Un esempio di analisi decentrata di ruolo e funzione delle scienze mediche fu quella di Ivan Illich – con cui

Maccacaro si incontrò più volte – fautore del recupero degli spazi di vita personali e collettivi in ogni ambito sociale: educazione, abitazione, cura, trasporto, e fondatore insieme a Valentina Borremans del *Centro Inter-cultural de Documentación* (CIDOC) attivo dal 1963 al 1976 a Cuernavaca in Messico, frequentato da studiosi appartenenti alle correnti pedagogiche allora più innovative e progressiste. Il CIDOC faceva parte di una rete di istituzioni cattoliche latinoamericane nate in seguito al Concilio Vaticano II.

“L’impresa medica minaccia gravemente la salute” è lo spiazzante incipit di *Nemesis Medica* (1975), il libro di Illich sull’espropriazione della salute attuata dalla medicina intesa come industria concentrata su diagnosi e cura con tecnologie e farmaci sempre più invasivi, proposti come unica salvezza dalle malattie moderne. I testi di Illich riecheggiano le tesi di Maccacaro e riportano, con diverse angolazioni, le questioni della partecipazione al centro del discorso a partire dal tema della cura.

“Nel 1974 scrissi la *Nemesis medica*. Non avevo però scelto la medicina come tema, bensì come esempio. In questo libro intendevo proseguire un discorso già avviato sulle istituzioni moderne, in quanto cerimonie creatrici di miti, di liturgie sociali intese a celebrare certezze. In questo senso avevo esaminato la scuola, i trasporti e le abitazioni, per comprenderne le funzioni latenti e ineluttabili: ciò che proclamano, piuttosto che ciò che producono; il mito dell’Homo educandus, il mito dell’Homo transportandus, e infine quello dell’uomo incastrato. Ho scelto la medicina come esempio per illustrare livelli distinti del carattere contro-produttivo tipico di tutte le istituzioni del dopoguerra, del loro paradosso tecnico, sociale e culturale: sul piano tecnico, la sinergia terapeutica che

produce nuove malattie; su quello sociale, lo sradicamento operato dalla diagnostica, che ossessiona il malato, l'idiota, l'anziano così come chi lentamente si spegne. E soprattutto, sul piano culturale, la promessa del progresso conduce al rifiuto della condizione umana e al disgusto dell'arte di soffrire.

Ho iniziato Nemesi medica con le parole: "L'impresa medica minaccia la salute". All'epoca, questa affermazione poteva far dubitare della serietà dell'autore, ma aveva anche il potere di provocare stupore e rabbia. A 25 anni di distanza, non potrei più far mia questa frase, per due motivi: i medici non hanno più in mano il timone dello stato biologico, la barra della biocrazia. Se mai si ritrova un medico nei ranghi dei "decisori", la sua presenza serve a legittimare la rivendicazione del sistema industriale di migliorare lo stato della salute. Oltre tutto, una "salute" non più sentita. Una "salute" paradossale. Il termine "salute" designa un optimum cibernetico. La salute concepita come un equilibrio tra il macrosistema socio-ecologico e la popolazione dei suoi sottosistemi di tipo umano. Nel sottomettersi all'ottimizzazione, il soggetto rinnega se stesso.

Oggi, inizierò la mia argomentazione dicendo: "La ricerca della salute è divenuto il fattore patogeno predominante". Sono infatti costretto a prendere in considerazione un'azione controproduttiva alla quale non potevo pensare all'epoca in cui scrissi Nemesi medica. Un paradosso che diviene evidente quando si scava nei rapporti sui progressi dello stato di salute. Bisogna leggerli in senso bifronte, alla maniera di Giano: l'occhio destro rimane colpito dalle statistiche della mortalità e morbidità, il cui calo è interpretato come il risultato delle prestazioni mediche; con il sinistro non si possono più evitare gli studi antropolo-

gici che contengono le risposte alla domanda: come va? Non si può più evitare di vedere il contrasto tra la pretesa salute obiettiva e quella soggettiva. E cosa osserviamo? Quanto più aumenta l'offerta di salute, tanto più le persone rispondono adducendo i loro problemi, bisogni, malattie, e chiedendo di essere garantite contro i rischi. E tutto questo quando nelle regioni considerate arretrate i "sottosviluppati" accettano la propria condizione senza problemi. Alla domanda: come va? Rispondo: "Bene, data la mia condizione, la mia età, il mio karma."

Ivan Illich, *Un facteur pathogène prédominant, L'obsession de la santé parfaite, Le Monde Diplomatique, Marzo 1999*

LA PROSPETTIVA SCIENTIFICA

Ci si può chiedere se le scienze moderne siano ancora lo strumento adatto per liberare lo sguardo come ai tempi di Galileo, quelle stesse a cui Robert Musil, nato nel 1880 a Klagenfurt in Austria, attribuiva il decadimento della società occidentale, e delle quali deprecava "l'intima sterilità, il mostruoso miscuglio di rigore nelle minuzie e d'indifferenza per l'insieme", denunciando "la desolata solitudine dell'uomo in un groviglio di particolari" (*L'uomo senza qualità*, Einaudi, Torino 1957 – Cap.11 "Il tentativo più importante"). L'affermazione del metodo scientifico e delle strutture tecnologiche, che necessariamente convergono su sistemi di codifica uniformi, per un verso conforma i comportamenti e per l'altro deresponsabilizza il singolo e la collettività attraverso l'omologazione. Nella stessa Vienna e negli stessi anni in cui il nazismo iniziava il suo funesto percorso, Edmund Husserl denunciava lo scollamento fra "capacità di sguardo" ed etica (*La crisi delle scienze europee*, 1937) implicito nel positivismo che preconizzava un'era all'apice delle magnifiche sorti e progressive, per cui l'esercizio morale sa-

rebbe diventato superfluo, dovendo il progresso scientifico rendere evidente la realtà e automatiche le scelte etiche – cosa su cui, come abbiamo visto nelle parole di Canestrini, Maccacaro e i suoi collaboratori non erano affatto d'accordo:

“L'unico modo di autenticare la scienza è che questa corrisponda all'interesse dell'uomo: l'uomo individuale e l'uomo collettivo. Non può, quindi, la scienza, operare mai contro l'uomo. Nel momento in cui la necessità scientifica diventa una necessità disumana, la scienza si ferma. E non me ne importa assolutamente niente se si blocca proprio secca, lì per lì, e non fa un passo più avanti. Perché non ha diritto di fare un passo avanti contro l'uomo.”

Dall'intervento di Giulio Maccacaro alla trasmissione TV AZ un fatto come e perché (1972) sul tema degli esperimenti in ospedale sui bambini

La visione scientifica del mondo (si veda anche l'omonimo saggio di Bertrand Russell del 1931), sempre più mediata da strumenti digitali che danno un'illusione di vicinanza e fingono l'ubiquità virtuale, allontana la coscienza dei crimini che commettiamo collettivamente (come le cyber-guerre con droni e intelligenze artificiali) e delle ingiustizie sociali che provochiamo come società dei consumi (per esempio attraverso le variazioni climatiche). La leggerezza con cui ci rendiamo complici di questi misfatti richiede di distanziare le cause (ciò che facciamo quotidianamente) dai loro effetti. La separazione fra sguardo ed etica è indispensabile per celare, allontanare, o comunque rendere ambigua la relazione che intercorre fra le nostre azioni e le loro conseguenze. La scienza – o perlomeno “questa scienza” dominante – non può aiutarci a rimediare alla separazione fra sguardo ed etica avendo in sé un vizio di forma fenomenologico.

Ne è esempio la pratica del negazionismo scientifico, un fenomeno minoritario ma di enorme ostacolo per esempio nel dibattito sul riscaldamento globale. È così comune che è in pratica impossibile che una ricerca sfavorevole alla grande industria non trovi una contro-risposta, anch'essa scientifica – ma incompleta – di fronte all'avvisaglia di qualunque progetto di regolazione e controllo delle produzioni pericolose. La produzione di dubbi scientifici è un business: sono numerose le organizzazioni di consulenza che offrono attività di scienza “in difesa del prodotto” o “a sostegno della controversia”. Come implicano queste terminologie, queste attività di scientifico e disinteressato hanno poco, non producono conoscenze a favore dei beni e della salute pubblici anzi separando la scienza dall'interesse comune la confutano per proteggere gli interessi delle corporation che li finanziano. Difficile sostenere che si tratti di esempi di cultura scientifica. Così si esprimeva Maccacaro, intervenendo sul dibattito relativo alla separazione fra scienza e umanesimo introdotto dall'intervento *Le due culture* introdotte da Charles Percy Snow nel 1959 e poi pubblicato nel 1964, sulla necessità di mantenere un unico e inseparabile impegno scientifico e umanistico se si vuole rappresentare il mondo della cultura:

“(…) la confusione nasce dal trasferire l'ovvia pluralità di una cultura antropologicamente intesa, pur nell'ambito del discorso snowiano, alla cultura intesa come dimensione dello spirito e, pertanto, assolutamente unitaria. Escludo che tale confusione esista nelle intenzioni di Snow, il cui messaggio ha momenti di grande rigore e nobiltà, ma sono motivatamente convinto che essa ne rappresenti la più diffusa fruizione. Quanti avevano scarsi titoli per qualificarsi soggetti di una vera, unitaria cultura hanno appreso con soddisfa-

zione che le culture sono almeno due e che anch'essi possono ritenersi titolari di una che è, immancabilmente, l'altra.

Di qui il singolare improvviso successo della formula snowiana: il titolo di un saggio è diventato uno slogan, l'apprendista stregone è stato accolto come un dottor Dulcamara.



I malintesi

Tale fraintendimento non è accidentale e ha, pertanto, un notevole interesse per il dibattito in corso su questa pagina. Testimonia, efficacemente, sugli atteggiamenti e le reazioni degli "uomini di cultura" in ordine al problema dibattuto: i rapporti tra scienza e umanesimo.

Chi ha qualche frequenza con gli ambienti dell'una e dell'altra sa che – nonostante ogni avversa esortazione – la dieresi che li separa continua ad allargarsi: mai come oggi lo studioso di "umanità" ha ignorato così tanto di ciò che gli sarebbe dato sapere sull'uomo; mai come nei giorni, i nostri, in cui la cultura sta arricchendosi di scienza, lo scienziato si è impoverito di cultura. Che il primo non conosca la Seconda Legge della Termodinamica e il Codice Genetico è grave – si è detto giustamente – almeno quanto l'indifferenza del

secondo per i sonetti di Shakespeare e la lingua di Joyce. Ma non è così grave – a mio sentire – quanto il fatto che entrambi non si ritengano quasi mai interessati alla conoscenza di altre cose, quali, ad esempio, la geografia della fame e la storia dell'ignoranza. Perché allora, soltanto la presunzione di rappresentarne due diverse province può ancora illuderli di non essere stranieri alla cultura stessa".

G.A. Maccacaro, *La dotta ignoranza. L'illusione creata da Snow in molti scienziati e umanisti*, "Corriere della Sera", martedì 12 gennaio 1965

Queste forme di frammentazione del sapere e di negazionismo hanno buon gioco anche per l'incapacità delle scienze riduzioniste di cogliere ciò che non è numerabile ed è perciò esterno al loro orizzonte. Per esempio, non solo l'impatto sanitario e ambientale di una produzione nociva è difficile da quantificare con accuratezza, lo sono ben di più le relazioni, i sentimenti, la vita e l'intero mondo della biologia evolutiva messi a rischio, e che corrono il rischio o di ridursi a entità intese come numeriche e impersonali o di sparire dai bilanci della contabilità scientifica e culturale. Di questa incapacità di visione complessiva scrivevano già Adorno e Horkheimer nella *Dialettica dell'illuminismo*, tradotta da Renato Solmi:

"Poiché l'illuminismo è totalitario più di qualunque sistema. Non in ciò che gli hanno sempre rimproverato i suoi nemici romantici – metodo analitico, riduzione agli elementi, riflessione dissolvente – è la sua falsità, ma in ciò che per esso il processo è deciso in anticipo. Quando, nell'operare matematico, l'ignoto diventa l'incognita di un'equazione, è già bollato come arcinoto prima ancora che ne venga determinato il valore. (...) Ciò che appare un trionfo della razionalità soggettiva, la sottomissio-

ne di tutto ciò che è al formalismo logico, è pagato con la docile sottomissione della ragione a ciò che è dato senz'altro (...). Mentre il formalismo matematico, che ha per mezzo il numero, la forma più astratta dell'immediato, fissa il pensiero alla pura immediatezza. Si dà ragione a ciò che è di fatto, la conoscenza si limita alla sua ripetizione, il pensiero si riduce a tautologia. Quanto più l'apparato teorico si asservisce tutto ciò che è, e tanto più ciecamente si limita a riprodurlo. Così l'illuminismo ricade nella mitologia da cui non ha mai saputo liberarsi (...). La sussunzione di ciò che è di fatto, vuoi sotto la preistoria favolosa, vuoi sotto il formalismo matematico, la relazione simbolica dell'attuale all'evento mitico nel rito o alla categoria astratta nella scienza, fa apparire il nuovo

come predeterminato, che è così – in realtà – il vecchio. Senza speranza non è la realtà, ma il sapere che – nel simbolo fantastico o matematico – si appropria la realtà come schema e così la perpetua. “

M. Horkheimer, T. W. Adorno, Dialettica dell'illuminismo, Einaudi, Torino (1974), pp. 33-37

Il mondo vive oggi grandi rischi e qualche opportunità, di fronte a cui ciascuno è impegnato a decidere la qualità del proprio vivere con gli altri. Un'ispirazione non da poco può venire ancora dall'esempio di personaggi che, come Giulio Maccacaro, seppero farsi difensori e promotori della partecipazione, della capacità di pensiero soggettivo e disobbediente e della creatività come strumenti base della costruzione scientifica e democratica.

Nel Consultorio gestito dalle donne:
il medico ed il tecnico devono essere disponibili, cioè
devono aiutare le donne dando loro le informazioni
chiarie e soddisfacenti, devono mettere le loro
conoscenze mediche al servizio delle donne.

certo che un consultorio
di questo tipo è un servizio
utile, però noi donne da sole
non riusciremo ad ottenere nulla

se ognuna di noi
si chiude nella sua casa
non si otterrà senz'altro
niente perché individualmente
non possiamo certo risolvere
i nostri problemi
e bisogni



è necessaria la PARTECIPAZIONE. PER questo
dobbiamo incontrarci, per prepararci, per
RICHIEDERLO, e per OTTENERLO

da un volantino delle donne del quartiere di
Baggio

L'importanza del ruolo del Comune e della delega consigliare. L'attivazione dei gruppi di lavoro.

La ricognizione dei bisogni dal basso: un Piano per la salute locale della città di Lodi

Di Silvana CESANI*

Il nostro SSN è sotto attacco. È evidente come nell'accesso alle cure siano messi in discussione i principi cardine della legge 833/78 conquistata con le lotte e la partecipazione. Abbiamo tutti/e la consapevolezza di come siano aumentate le disuguaglianze tra ceti sociali nell'accesso alla cura. Un fenomeno molto evidente quando ci si relaziona ai problemi di salute sui propri territori.

Ma l'attacco in atto non riguarda solo le singole persone. Ha anche a che fare con il porre al centro della cura gli ospedali, con la conseguente sparizione dei presidi territoriali di presa in carico, dei servizi di carattere epidemiologico, di prevenzione, di conoscenza e intervento sui luoghi di lavoro, nelle scuole, nel territorio. Tutte dimensioni di operatività che alludono alla conoscenza dei determinanti che producono malattia e alla conseguente capacità di rispondere ad un bisogno di salute della comunità.

Negli anni i Sindaci sono stati espropriati del diritto di intervento sui temi della sanità, soprattutto in Lombardia. Progressivamente sono stati tolti loro, oltre la conoscenza, gli strumenti amministrativi per intervenire nella

programmazione, nei processi, nella valutazione vera del sistema sanitario e sociosanitario. È così stata tolta loro la possibilità di partecipazione reale e con tutto ciò è venuta meno la capacità di intervenire ed incidere su un ambito importante della vita della popolazione.

Progressivamente sono anche andate ad esaurirsi le esperienze di lavoro politico, teorico e di inchiesta portate avanti dai lavoratori e dalle lavoratrici, dal sindacato, che ponevano attenzione ai fattori di rischio sul lavoro e sull'ambiente. Lavoro che produsse conoscenze ed esperienze sia dentro che fuori la fabbrica, generò una partecipazione attiva e lotte che Medicina Democratica, a partire dall'**indicazione programmatica di Giulio Macca-**

caro, ha fatto propria **identificando la salute con la partecipazione.** Oggi che la **salute è diventata uno dei bisogni principali delle persone, un Sindaco ed una Amministrazione comunale hanno l'obbligo di occuparsi di questo bisogno e di difenderne il diritto.** È in questa direzione che si è inserito nel programma di mandato del Comune di Lodi l'obiettivo della tutela della salute, da cui è scaturito

**Consigliera comunale alla Sanità e alla Medicina Territoriale, Lodi*

“il ruolo della Consigliera Comunale alla Sanità e alla Medicina Territoriale. Una volontà dell’Amministrazione Comunale di seguire, accompagnare e stimolare i processi che riguardano la tutela della salute individuale e collettiva. L’obiettivo dato è quello di operare nella direzione di un cambio di paradigma: dalla centratura sulla “malattia” alla centratura sulla “salute” e sulla necessità di difenderne il diritto. E questo appunto in sintonia con la responsabilità che è conferita dalla legislazione vigente al Sindaco, quale “primo responsabile della tutela della salute pubblica locale”.

Nel 2023 è stato istituito un piccolo gruppo di lavoro che si è continuamente confrontato con il sindaco. L’obiettivo è stato quello di costruire **un primo Piano della Salute Locale** inteso come la conoscenza delle determinanti sanitarie e sociali della città, insieme agli interventi sanitari, sociali ed ambientali necessari per migliorare la cura e la salute della popolazione. Un Piano che ha avuto al suo interno le prime riflessioni ed analisi sullo stato di salute della città. Il PSL è stato **presentato in un incontro pubblico** particolarmente affollato, il 9 marzo 2024, confermando l’interesse sul tema del diritto alla salute. È appunto a partire da questo interesse che **si è deciso di costituire un Organismo di Partecipazione** dando spazio e sostegno per l’avvio di un lavoro comune con la città indirizzato allo sviluppo di un vero Piano della Salute Locale che, oltre ad evidenziare le criticità, ponesse le basi per un lavoro continuo a difesa del diritto alla salute.

Come afferma il prof. Gino Mazzoli nel suo libro “Costruire partecipazione nel tempo della vulnerabilità” viviamo in un periodo storico caratterizzato da **“un tacito esodo dalla cittadinanza”** accompagnato da **“un ri-sentimento verso tutto ciò che è istituzione”** sia che questa sia rappresentata dallo Stato che dai Comuni.

Date queste condizioni oggettive, il nostro obiettivo è stato indirizzato a mettere le basi per ***sviluppare una nuova alleanza tra cittadini/e e la politica locale per far emergere una rinata volontà ed un interesse alla vita comune.***

Per poter lavorare in questa direzione ci vuole un cambio di paradigma: i cittadini e le cittadine non possono più essere visti/e solo come destinatari finali di decisioni già assunte. Il loro sapere, anche di natura esperienziale soprattutto in questo ambito, la loro volontà di protagonismo sociale, la presenza oggettiva e significativa di un fare sociale quotidiano, tutto questo ha la necessità di non venire disperso in mille rivoli, la cui separatezza e frammentarietà non permette di coglierne la preziosità e la potenza.

Siamo di fronte, quindi, alla necessità di una rivalutazione e di una valorizzazione di questo “pensare” e “fare” nel campo della salute e della sua difesa che, prima di tutto, deve partire da un compito complesso: l’interconnettere i saperi e le prassi in un prodotto unico, un Piano Unitario, in grado di conferire senso e orientamento complessivo sul tema della tutela della salute. Un prodotto che nel suo realizzarsi cerca di ricostruire relazioni fra soggetti sociali, singoli cittadini, l’Amministrazione comunale, le istituzioni deputate alla cura della salute, la politica locale. ***Un Piano di Salute Locale che definisce obiettivi di politica sanitaria, socio-sanitaria-sociale da praticare, rivendere, condividere con la città, come diritti per tutti e tutte.***

Questo perché i cittadini sono sì i destinatari delle iniziative di chi governa le istituzioni pubbliche, ma sono anche fondamentali e preziosi collaboratori per una più puntuale conoscenza dei problemi e delle soluzioni. Il rilancio del Servizio Sanitario, lo sviluppo del polo territoriale con una sanità di prossimità, con una adeguata e vera presa in carico, una diffusa e permanente azione di prevenzione

per migliorare gli stili di vita e l'ambiente, tutto ciò non può essere raggiunto senza la partecipazione attiva, nella fase di progettazione, realizzazione e soprattutto controllo, dei cittadini che abitano nei territori.

Concretamente, sulla base di quanto previsto nel **"Regolamento comunale sulla partecipazione all'Amministrazione comunale dei singoli cittadini e delle loro libere forme associative"** promosso dalla Assessorato alla Partecipazione ed approvato con delibera di Consiglio Comunale il 7.6.2023, si è lavorato per la costituzione di un organismo di partecipazione di cittadinanza attiva che si occupasse del tema della tutela della salute.

Così, immediatamente dopo il citato convegno del 9 marzo 2024 è stata indetta una chiamata pubblica per l'iscrizione **all'organismo di partecipazione "Tutela e promozione della salute"**

A questa chiamata hanno aderito:

- 21 cittadini/cittadine
- 12 associazioni
- 3 cooperative sociali
- 1 fondazione
- L'Unitrè
- Le organizzazioni sindacali: Cisl e Cgil confederali;
- Lo Spi Cgil e Cisl Pensionati.

Una presenza estremamente significativa e straordinaria che evidenzia, nei fatti, come il tema della salute e del diritto alla salute sia estremamente sentito in città.

Dopo due riunioni assembleari, con l'obiettivo di realizzare un vero e proprio Piano di Salute Locale e di tracciare le prime indicazioni operative, l'Organismo di Partecipazione si è suddiviso in 6 gruppi di lavoro. Ogni gruppo è stato coordinato da un loro rappresentante.

I CONTENUTI DEL PIANO:

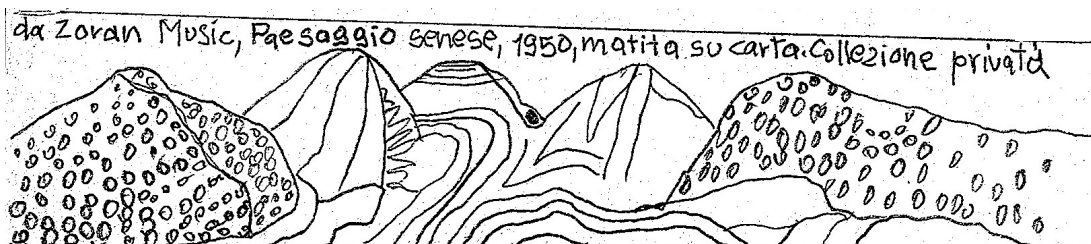
ANALISI E PROPOSTE

DEI GRUPPI DI LAVORO

- La domanda di salute. Analisi dei ricoveri ospedalieri- prestazioni specialistiche- tempi di attesa
- La prevenzione primaria e secondaria e la patologia oncologica
- La medicina di genere.
- La cronicità e la gestione delle patologie croniche.
- Gli anziani: la popolazione dimenticata.
- Persone con disabilità – disagio psichico – dipendenze
- Dove mi curo? Quale struttura sanitaria è adatta al mio caso?
- Casa della comunità. Perché una casa della comunità, quale configurazione e funzionamento
- Considerazioni/richieste particolari pervenute dall'Unione italiana ciechi e ipovedenti di Lodi (Uic-Lodi) e dai rappresentanti delle Comunità straniere

Ne è scaturito un **Piano della Salute Locale di Lodi** che ha l'ambizione di costruire il ponte che collega i bisogni dei cittadini e delle cittadine con le istituzioni sanitarie per:

- contribuire alla progettazione e realizzazione di soluzioni adeguate e fattibili;
 - concretizzare il confronto con le istituzioni sanitarie e politiche;
 - attivare una permanente vigilanza sulla corretta realizzazione delle decisioni assunte
 - far rispettare il diritto alla salute.
- Oltre a prevedere la sua presentazione alla città, il PSL 2025 sarà discusso nel Consiglio Comunale di Lodi e sarà poi adottato come piano strategico comunale sulla salute dalla Giunta.



Maccacaro: la soggettività e la lotta delle donne negli anni '70-'80

a cura di Laura VALSECCHI*

Rileggere i numeri della rivista di Medicina Democratica dal nr. 10 al nr. 35 fa rivivere ciò che è accaduto negli anni '70-'80, fa rivedere le lotte di allora, gli incontri che avevano un linguaggio particolare e una voglia di partecipazione oggi scomparsa, nonostante gli anni difficili che stiamo vivendo.

Sono andata a cercare gli scritti sull'impegno delle donne, sulle lotte, sugli incontri che venivano fatti in quegli anni, sulla nascita di numerosi coordinamenti e collettivi perché ricordavo la voglia che c'era di mettersi insieme, di conoscersi e di condividere le battaglie, nel vero senso della parola. Il linguaggio di allora è semplice, ma ricco di contenuti, di sentimento e di significato. È forte e immediato, non usa parole studiate, ma le proprie. È vero e reale, riesce a coinvolgere in modo completo.

Anche la Relazione introduttiva di Giulio Maccacaro al congresso di costituzione di Medicina Democratica del 15-16 Maggio 1976, pubblicata sul nr. 39 della rivista di MD, parlava in modo diretto e chiaro. Maccacaro, molto preparato, aveva una capacità di lettura e conoscenza del momento sociale e storico in cui viveva e in modo molto chiaro delineava i principali punti che dovevano essere la colonna portante di tutto il pensiero del movimento di lotta in difesa della salute.

Maccacaro delinea e propone una medicina partecipata, esprime un pensiero critico che prefigura il coinvolgimento di tutti alla definizione delle problematiche e alla individuazione delle soluzioni.

Parte dalla fabbrica, dal mondo operaio, dai lavoratori ospedalieri, dalle donne per denunciare i fattori nocivi e per costruire risposte preventive e sanitarie degne della parola medica.

Maccacaro nella sua relazione introduttiva sosteneva:

“Medicalizzazione della politica e la politicizzazione della medicina: la prima come scelta della classe del capitale, la seconda come scelta della classe del lavoro.”

E ancora gettava le basi per la partecipazione:

“Si tratta di affermare oggi la centralità della lotta per la salute nello scontro di classe. La fabbrica infatti è, non solo il luogo dove si realizzano insieme ed in massimo grado la concentrazione della nocività e la spoliatura della salute...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. Ancora una volta vorrei far riferimento alle lotte e alle conquiste del

** Medicina
Democratica
Milano*

movimento operaio: la liberazione della soggettività, l'emergenza del gruppo omogeneo, la sua assunzione di funzioni politiche, sanitarie e scientifiche.

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 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 (...)

Da questa rivendicata soggettività è nata l'identificazione di un quarto gruppo di fattori di nocività, è nata una ridefinizione del benessere-malessere non più come conformità-differenza 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 vita e di lavoro. L'altro significato di soggettività è l'affermazione di sé non solo come soggetto di salute ma come soggetto di sanità capace di appropriazione e di autogestione della medesima... Abilita ed esprime una pluralità di soggetti, che vanno dal singolo al gruppo, dal gruppo al collettivo, dal collettivo alla classe per ciascuno dei quali è acquisito il diritto di porsi, all'interno dell'atto medico, dell'istituzione sanitaria, dell'organizzazione assistenziale...

Questa è la straordinaria e nuova ricchezza di Medicina Democratica: 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."

La soggettività, il gruppo omogeneo, la ricerca, le indagini, l'ascolto, la partecipazione sono stati i punti sui quali Medicina Democratica ha avviato le principali lotte, tra queste quelle che hanno riguardato le donne.

Sempre negli anni '70-'80 il Gruppo Donne di Medicina Democratica è molto attivo, legato ad altri Coordinamenti, quali quelli della zona del Lodigiano, al Collettivo Donne di Baggio, alle delegate sindacali afferenti ai diversi CUZ (Consigli Unitari di Zona) sindacali esistenti. Gli argomenti erano tanti, dietro alla necessità di rivendicare un proprio ruolo, una propria autonomia, una propria capacità propositiva c'erano i tantissimi problemi legati alla condizione familiare, alla subalternità in famiglia e al lavoro, all'istruzione e anche ad un certo condizionamento che imponeva la donna ubbidiente e silenziosa.

Per cui la voglia di parlare è sempre stata forte e la spinta data dalle idee di Maccacaro ha permesso un ulteriore passo in avanti verso la partecipazione e l'autodeterminazione.

Con l'abolizione della norma che proibiva la pubblicità e la vendita dei contraccettivi (1971), l'approvazione della legge che istituiva i Consultori (1975), la legge sull'aborto (1978) dopo referendum popolare, la presenza delle donne affinché si ottenesse non solo una vera applicazione delle norme, ma che si potesse garantire una reale partecipazione delle donne stesse per migliorare le proprie condizioni di vita, di salute, di lavoro si fece più intensa e all'interno di Medicina Democratica numerose furono le iniziative organizzate dalle donne, seguendo, come già detto, l'input che Maccacaro aveva dato per diventare protagoniste della propria salute e della organizzazione della sanità.

Questo necessitava di incontri, di discussioni, di conoscenze, di confronto tra le donne, nelle diverse realtà, di formazione.

È per questo che proprio in quegli anni vennero avviate iniziative che, sulla base dei concetti di soggettività e di gruppo omogeneo indicati da Maccacaro, hanno dato il via a Corsi 150 ore sulla Nocività del lavoro (nr. 20 e nr. 25 della rivista), all'introduzione di questionari di rilevazione delle condizioni di salute e del lavoro all'interno delle fabbriche e di alcuni ospedali (nr. 31 e nr. 35), seguendo il metodo di:

1. presentazione delle finalità del questionario in assemblee per gruppi omogenei;
2. compilazione del questionario;
3. elaborazione dei dati;
4. discussione e approfondimento delle principali problematiche emerse con il coinvolgimento sindacale e degli SMAL (Servizi di medicina per gli ambienti di lavoro).

“Agli inizi degli anni '70 alcuni Comuni e Regioni promossero i servizi territoriali di prevenzione nei luoghi di lavoro, gli SMAL con medici e tecnici specializzati in materia. Servizi fortemente innovativi sia nel merito che nel metodo e non esclusivamente nell'ambito della medicina del lavoro, ma a tutto campo: anticipando così la legge di riforma sanitaria nr. 833 del 1978 che istituiva il Servizio Sanitario nazionale.”

Lalla Bodini

Furono anni di scioperi per avere condizioni di lavoro migliori in fabbrica, ma anche servizi pubblici per lo studio delle condizioni di lavoro. Quindi in genere i gruppi donne nel territorio o nei luoghi di lavoro si attivavano per l'individuazione dei problemi e prendevano contatti tramite le rappresentanze sindacali (CUZ) per far entrare i Consultori o gli SMAL nelle fabbriche sia per la parte formativa che di modifiche da attuarsi. Un esempio importante è stata l'esperienza del Collettivo Donne di Baggio

(nr. 25), le quali hanno rivendicato la necessità del Consultorio e questo ha significato:

1. aggregare le donne;
2. riflettere assieme sulle condizioni di vita e di salute della donna;
3. confrontarsi sulle caratteristiche che deve avere il Consultorio;
4. partecipare in modo concreto alle rivendicazioni nei confronti delle istituzioni attraverso anche l'approfondimento e la conoscenza delle norme.

Questi corsi 150 ore organizzati dai CUZ (Consiglio Unitario di Zona sindacale) sono stati una ulteriore opportunità di partecipazione per le donne lavoratrici. Sono stati svolti in diverse fabbriche. Ad es. nella zona di Rho, a Lainate (nr. 20 e nr. 25) è stata ricostruita una mappa della nocività presente nelle quattro fabbriche di provenienza delle corsiste, introducendo un questionario per la rilevazione di tutti i principali dati.

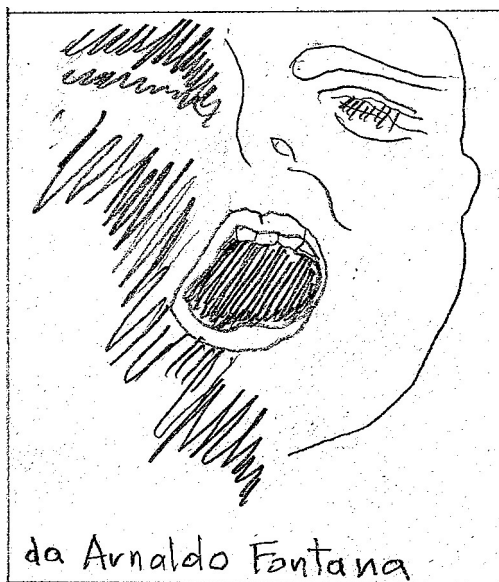
Il questionario partiva dai dati della fabbrica, tipologia dei prodotti e delle lavorazioni, % di donne assunte e % di uomini assunti, livelli retributivi, mansioni, trasporti, asili-nido, orario, organizzazione del lavoro, prestazioni sanitarie periodiche, medico di fabbrica, mensa, interventi dello SMAL e le caratteristiche del reparto: mansioni (gesti), posizione, illuminazione, temperatura, umidità, rumore, affollamento, sostanze, ritmi di produzione, carichi di lavoro (fatica fisica), stress, disturbi soggettivi.

Il Coordinamento delle delegate S. Siro-Rho (nr 35) ha elaborato una attenta analisi sulla questione della donna, definendo il concetto di specificità femminile sotto due aspetti: fisiologico (aspetti anatomo-fisiologici) e socio-economico (lavoro subalterno, doppio lavoro).

Sviluppo di una indagine conoscitiva sull'organizzazione del lavoro e sulla salute delle donne in alcune fabbriche del territorio rhodense e in alcuni reparti dell'ospedale di Rho.

Tutto questo lavoro è stato svolto con la partecipazione delle lavoratrici e delle delegate attraverso momenti assembleari (discussione, compilazione questionario, elaborazione dati e proposte).

Scorrendo i temi indagati: fattori di rischio esterni al lavoro (famiglia, trasporto, ore di lavoro domestico), fattori di rischio interno (temperatura, umidità, rumore, polveri, posizione, sforzo, ritmo). Tutti questi correlati alle problematiche della salute della donna (ciclo mestruale, patologie ginecologiche, gravidanza, menopausa).



Interessante è stata l'indagine e il lavoro fatto all'interno di alcuni reparti dell'ospedale di Rho (nr. 31), sempre con il criterio della partecipazione e consultazione sull'organizzazione del lavoro, i turni, gli infortuni, le malattie e i principali disturbi accusati.

Perché rivedere e riproporre questa modalità di partecipazione? Perché è molto attuale, perché ce n'è bisogno

oggi più che mai, perché sarebbe bene riuscire a ripartire con una partecipazione intensa come è stata in quegli anni, per ritrovare i punti di incontro sui temi della prevenzione, della salute, dei servizi territoriali sociali e sanitari, dei consultori. Tutti servizi che sono stati smantellati e laddove ci sono, funzionano come ambulatori e non come punti di incontro e di riferimento.

C'è bisogno di nuova informazione e formazione, c'è bisogno di ripartire dalle normative ottenute in quegli anni, forse aggiornare alcuni punti, ma applicare quelle nel rispetto della partecipazione e della corretta individuazione delle problematiche che riguardano la vita, la salute e ancora una volta il lavoro delle donne.

Lo strumento delle indagini, della raccolta dati è fondamentale per affrontare qualunque tipo di problematica, favorisce la partecipazione e l'aggregazione. Di questo bisognerebbe riparlare con le realtà associative, di movimento e sindacali per ripartire insieme nella lotta, in difesa di tutti i diritti delle donne.

Da queste considerazioni nasce il suggerimento di non disperdere il lavoro fatto in quegli anni, di recuperare il materiale scritto sui numeri di Medicina Democratica indicati in questo breve articolo, riprenderli, diffonderli e riutilizzarli.

La lotta delle donne deve continuare, ora più che mai perché la propria autodeterminazione è parte di un percorso di crescita attraverso valori di rispetto, egualità, giustizia e partecipazione, assolutamente molto all'opposto da quelli rappresentati da chi è al governo oggi.



L'onere della prova di cancerogenicità: sulle cose o sugli uomini? Quale risposta oggi alla domanda di Giulio A. Maccacaro?

Di Marco CALDIROLI*

*Versione estesa dell'Intervento al Convegno
"Scienza, Salute e Società. Rileggendo Giulio A. Maccacaro"
ACCADEMIA NAZIONALE DEI LINCEI; CENTRO LINCEO INTERDISCIPLINARE «BENIAMINO SEGRE» 26.11.2024*

Il mio intervento intende trattare due aspetti del pensiero e della vita di Maccacaro. Il primo riguarda i contenuti e le successive evoluzioni di quanto espresso nell'articolo "L'onere della prova di cancerogenicità: sulle cose o sugli uomini?" apparso su Sapere del settembre 1976. Un tema che ha rappresentato quale delegato in un consiglio di fabbrica, ma troppo giovane per conoscere direttamente Maccacaro, motivo per avvicinarmi a Medicina Democratica a metà degli anni '80. Il secondo tema è appunto Medicina Democratica, cofondata da Maccacaro, una storia strettamente allacciata con la gestazione, la nascita e l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale.

L'ONERE DELLA PROVA SULLE COSE E NON SUGLI UOMINI (E DONNE)

Alla domanda del titolo dell'articolo così si rispondeva: *"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"*, da qui prende abbrivio anche la richiesta del "MAC ZERO" (divieto

di produzione o ciclo chiuso, senza esposizione umana) delle sostanze cancerogene, mutagene e teratogene (oggi aggiungerei i disturbatori endocrini). Nel periodo in cui è apparso l'articolo cominciava a emergere in modo sempre più prepotente il caso dell'amianto (anzi degli amianti) che solo nel 1992 (in Italia) grazie alla mobilitazione popolare e nel 2005 (tutta l'Europa) sarebbe stato risolto con il divieto assoluto di produzione ed uso.

Nel medesimo articolo dava conto del suo incontro con i Consigli di fabbrica tra cui quello della Montedison di Castellanza e con Luigi Mara e la loro tesi fondante che "la prevenzione si fa con l'impiantistica": progettare, realizzare e mantenere luoghi di lavoro a misura di uomo e di donna. È proprio da questo incontro che è nata Medicina Democratica, potremmo dire che è il nostro "mito fondativo".

Sul tema delle prove sulle cose e dei connessi determinanti (lavoro, ambiente, luoghi di vita) oggi come siamo messi?

Nel 1992 la Conferenza Onu sull'ambiente di Rio oltre al tema della "sostenibilità" (spesso mal associato a termi-

** Sezione di Medicina Democratica "Giulio A. Maccacaro", Castellanza*

ni come “crescita” e/o “sviluppo”) ha introdotto il “principio di precauzione” poi introdotto nel vigente trattato della UE, quale indirizzo fondante delle politiche europee.

Come è noto il principio di precauzione si fonda sulla presenza di tre elementi essenziali:

- l'identificazione dei potenziali rischi;
- una valutazione scientifica, realizzata in modo rigoroso e completo sulla base di tutti i dati esistenti;
- la mancanza di una certezza scientifica che permetta di escludere ragionevolmente la presenza dei rischi identificati.



Nell'ambito della acquisizione nella normativa europea di questo principio si afferma da un lato che ove se ne riconosce l'applicazione si determina o si dovrebbero determinare misure conservative che devono essere “proporzionali al livello di protezione ricercato e dovrebbero essere prese a seguito dell'esame dei vantaggi e oneri derivati, anche in termini di una analisi economica costi/benefici”. In altri termini in Europa l'applicazione del principio di precauzione ha dei limiti variabili di carattere economico, tipico dell'approccio mercatista su cui è nata la Comunità Europea e poi l'Unione Europea.

Se ci riferiamo agli agenti cancerogeni cui faceva riferimento Maccacaro nel 1976, ricordo che dei circa 1.000 agenti valutati dalla Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) 500 sono stati individuati come cancerogeni per l'uomo, probabilmente cancerogeni o possibilmente cancerogeni. 129 agenti sono classificati, ad oggi, come appartenenti al gruppo 1, cancerogeni certi per l'uomo sulla base di evidenze epidemiologiche ovvero sulla sofferenza delle persone.

È un work in progress che continua, occupandosi via via di nuovi agenti o rivedendo le valutazioni degli agenti “sospetti” che arranca a distanza dietro l'innovazione tecnologica e l'introduzione di sempre nuove molecole nella nostra vita e nei nostri corpi: oltre i due terzi di questi agenti sono costituiti da sostanze di impiego industriale e entrano nei cicli di consumo. Il riconoscimento del pericolo non interrompe il rischio dovuto all'esposizione, i soggetti esposti rimangono, ora come allora, principalmente i lavoratori e le lavoratrici ed anche se la normativa europea si è “evoluta” divenendo fortemente restrittiva rispetto a molti altri paesi, la eliminazione di gran parte delle sostanze di maggiore nocività è ancora di là da venire. Sembra quasi uno “scherzo del destino” che la prima sostanza vietata dalla Unione Europea (dal 21.07.2014) per effetto delle normative più recenti sia stato il 5 ter-butyl-2,4,6 trinitro-m-xilene, denominato commercialmente “xilene musk” utilizzato ampiamente nei prodotti di profumeria con relativa promessa pubblicitaria di effetti “mascolini di successo”: “D... Musk, per l'uomo che non deve chiedere ... mai”.

UNIONE EUROPEA: TUTELA DEL MERCATO O DIRITTI DELLE PERSONE?

A livello Europeo sono state introdotte numerose direttive sia sociali che di prodotto che definiscono l'approccio,

per come si è evoluto e come è oggi, su fondamentali diritti delle persone e contestualmente del mercato. Le direttive sociali hanno l'esplicita finalità del miglioramento delle condizioni di vita di tutti noi, tra queste vi sono le direttive inerenti alla sicurezza e la salute sul lavoro. Le direttive di prodotto hanno il compito principale di porre i "player" che operano sui mercati dei diversi paesi europei in condizioni di parità d'accesso. Anche se la finalità è principalmente economica gli standard adottati hanno o possono avere ricadute positive sulla nostra vita. Per esempio la direttiva macchine richiede come standard i requisiti essenziali di sicurezza (RES) – che richiamano nella terminologia i LEA – con una finalità prevenzionale (partendo dalla "impiantistica" appunto: macchine sicure). Analogo discorso può essere fatto con i regolamenti REACH e CLP che includono l'obbligo di registrare ogni nuova sostanza chimica prima della immissione sul mercato dotandola di un dossier comprensivo di studi e valutazioni tossicologiche e ambientali. Una particolarità del REACH è anche quella di prevedere, con riferimento proprio ai luoghi di lavoro, per le sostanze meno conosciute e dalla vita evanescente ovvero gli intermedi nei processi chimici di trasformazione, l'obbligo delle "condizioni strettamente controllate" che significano ciclo chiuso e praticamente un Mac zero, lavorativo e ambientale. Negli anni '70 è stato la rivendicazione del Mac zero è stato uno strumento formidabile per i consigli di fabbrica per far leva verso il miglioramento degli impianti come per la sostituzione delle sostanze di maggiore pericolosità. Questi regolamenti mostrano, proprio per la commistione tra finalità di mercato e di protezione sociale, contraddizioni non superate rispetto a quanto Maccacaro segnalava nell'articolo citato. Con riferimento alla esposizione ai cancerogeni e alla considerazione delle evidenze sperimentali per defi-

nire politiche di restrizione o divieto segnalava infatti che per i cancerogeni alimentari si usa il criterio sperimentale mentre per quelli occupazionali quello epidemiologico: *"da una parte stanno sostanze destinate a un largo consumo (...) onde la sentita necessità di una maggior prudenza, di uno scrupolo più attento (...) dall'altra parte stanno sostanze (...) riservate al contatto con gli operai che comunque ne ricevono le maggiori dosi alle più alte concentrazioni all'interno di quel grande ma vero e proprio laboratorio sperimentale – sulla salute dell'uomo – che è la fabbrica. così che l'epidemiologo, spesso involontario necroforo"* tiene la contabilità dell'esperimento sulla pelle dei lavoratori mentre un altro scienziato "registra e interpreta la morte e la malattia di ratti, conigli e cavie" (attualmente in misura minore su animali e più su tessuti organici o organismi semplici).

Questa "discriminazione" d'approccio esiste tuttora: le direttive su prodotti di consumo risultano applicate più efficacemente e rigorosamente di quelle direttamente o indirettamente relative alla sicurezza dei lavoratori. Per rimanere ai regolamenti sulle sostanze chimiche, le recenti vicende relative ai PFAS hanno fatto emergere i limiti intrinseci delle procedure di valutazione e soprattutto di "autorizzazione" ovvero il percorso per l'introduzione di forti restrizioni o di fuoriuscita dalla produzione a livello europeo. Occorrono diversi anni per riuscire a eliminare dalla produzione una sostanza che si è dimostrata cancerogena, teratogena, mutagena (CMR), bioaccumulabile e nel frattempo l'industria riesce a mettere sul mercato sostituti presentati come meno pericolosi ma che differiscono ben poco dalla sostanza iniziale, ricominciando da capo il processo di valutazione e di possibile "espulsione" dal mercato. Profitto da una parte e nuovi impatti ambientali inficiano i concreti effetti del "nuovo approccio" europeo.

Posso segnalare un altro paradosso, contenuto nell'ultima direttiva particolare (la 26° dalla direttiva quadro sulla protezione dei lavoratori) recepita in Italia che riguarda la estensione degli obblighi di valutazione e gestione dei rischi da esposizione a cancerogeni e mutageni, oggi esteso ai teratogeni (e prossimamente ai disturbatori endocrini). Da un lato si definiscono misure di maggiore tutela – passando dalla considerazione del “solo” rischio chimico a quello più impegnativo relativo ai cancerogeni – dall'altro si prosegue in un percorso di introduzione di valori limiti “legali” ovvero di accettabilità di esposizione



dei lavoratori e lavoratrici a sostanze e/o agenti che non hanno scientificamente una soglia di pericolosità ma il rischio è connesso alla dose, agenti appunto per i quali chiediamo dagli anni '70 il “mac zero” (il ciclo chiuso o la eliminazione dai cicli produttivi e di consumo).

La introduzione di limiti legali di esposizione, motivata dalla necessità di estendere le tutele ai nuovi paesi entranti nella UE ove il gap normativo è maggiore, determina in paesi come il nostro – che già dovrebbe essere “attrezzato” - anche palesi rischi in merito alla esigibilità in sede giudiziaria di responsabilità da parte dei datori di

lavoro. L'abbiamo visto nei numerosi procedimenti penali per patologie e decessi da amianto, ove è quasi sempre impossibile definire con esattezza il livello di esposizione nelle numerosissime attività – e delle altrettanti numerose storie lavorative individuali - ove l'amianto era utilizzato in abbondanza prima del 1992. Indennizzi a livello civile, condanne penali e/o benefici previdenziali sono stati giocati su concentrazioni di fibre/litro al di sopra o al di sotto di una soglia considerata a priori accettabile (e peraltro diversa a seconda del momento storico). L'introduzione di una soglia “legale” alla esposizione a un cancerogeno indebolisce la richiesta di giustizia in sede penale in caso di patologie ancorché palesemente correlate con l'agente eziologico.

MEDICINA DEMOCRATICA MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

Medicina Democratica – Movimento di lotta per la salute è nata e si è alimentata nel pieno delle lotte di rivendicazione di diritti dentro e fuori le fabbriche, quando i protagonisti di queste lotte costituivano una “avanguardia reale” in cui gli attori si dividevano in azioni su più aspetti, potremmo dire erano lanciati in tutte le direzioni dei determinanti di salute. Una stessa persona distribuiva il suo impegno in più realtà e organizzazioni, tutto si muoveva e cambiava in modo accelerato apparentemente senza limiti nella estensione dei diritti se non quelli dei rapporti di forza sociali (più esplicitamente lo stato della “lotta di classe”).

Se la riforma sanitaria rappresenta certo un intervento di welfare tipicamente “socialdemocratico” per l'Italia è anche il risultato di quella reazione al “*decadimento di salute attraverso la intensificazione dello sfruttamento, la diffusione del lavoro nero, il conseguente incremento della nocività, il deterioramento delle strutture so-*

cio-sanitario" denunciato da Maccaro.

Il contesto attuale in cui operiamo è ben diverso, da un lato la sconfitta dei movimenti "di fabbrica" ha indebolito il soggetto del cambiamento a partire dal determinante "lavoro", dentro e oltre la precarizzazione dei rapporti di lavoro vi è anche la frammentazione e la discontinuità, anche individualmente cercata, che sfilaccia il soggetto allora centrale nei movimenti, il gruppo omogeneo. Minando alla fonte l'approccio scientifico del sapere popolare che metteva in discussione produzioni, merci e organizzazione sociale sotteso alla pratica della non delega come del rapporto paritario con le prime strutture del SSN (SMAL Servizi di Medicina degli Ambienti di Lavoro) ove l'istituzione sanitaria e gli operatori rimanevano permeabili all'iniziativa dei movimenti e agli obiettivi definiti dai gruppi omogenei delle fabbriche.

Medicina Democratica ha attraversato le tempeste e le bonacce dei tempi cercando sia di mantenere acceso un lume, rappresentando e mantenendo quei riferimenti forti, sia di adattare l'iniziativa anche al mutare delle modalità dell'impegno politico e sociale che è estremamente frammentato e in molte direzioni (oggi predominante verso organizzazioni del terzo settore). Teniamo la barra dritta da un lato e dall'altro manteniamo quell'approccio inclusivo, di rispetto della trasversalità individuale che ci ha caratterizzati dall'inizio; nella realtà attuale significa un lavoro di Sisifo, si cerca di estendere la rete, rafforzare gli obiettivi e mantenere le iniziative connettendosi alle altre realtà e nel frattempo occorre intervenire per le "smagliature" che continuamente si formano. La difficoltà di incrementare la "militanza" e migliorare la "copertura" territoriale rende ancora più improbo ancorché indispensabile questo lavoro a fronte in particolare della difficoltà di attrarre le giovani generazioni con-

vincendole della attualità della lettura delle condizioni odierne e di obiettivi alternativi, radicali (ambiziosi) quanto scientifici e rigorosi.

Medicina Democratica ha partecipato alla formazione del SSN e al superamento della frammentata realtà preesistente, seppure con spirito critico abbiamo contribuito alla definizione di un servizio ad accesso universale, gratuito e partecipato.

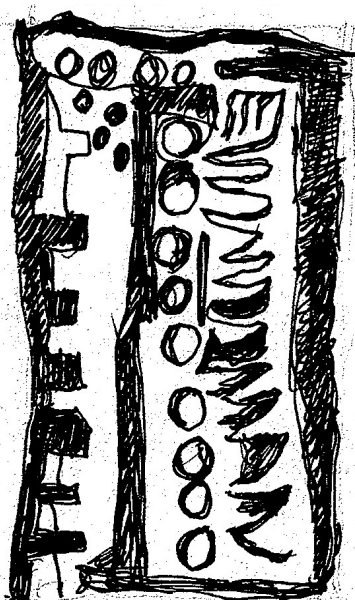
Dentro questo cambiamento l'obiettivo della prevenzione ha da subito rappresentato la funzione preminente della sanità pubblica oggi messa in discussione con l'estesa privatizzazione dei servizi, il ritorno di mutue, assicurazione, welfare aziendale.

Riprendendo il tema iniziale, è stata l'introduzione del SSN con un diverso approccio e nuove competenze in materia di sicurezza sul lavoro che ha determinato una riduzione degli infortuni sul lavoro e questa condizione è stata accompagnata dal permanere di un protagonismo dei movimenti dei lavoratori per migliori condizioni di lavoro. In discesa a partire dalla sconfitta FIAT del 1980. Un SSN nato anche dalle lotte sociali che hanno voluto anche una diversa impostazione degli organi di vigilanza, dal ministero del lavoro alle USSL per garantire una capacità di confronto e di reciproca permeazione tra lavoratori e tecnici istituzionali.

Un SSN che comprendeva l'iniziativa divenuta istituzionale della conoscenza del territorio mediante le "mappe di rischio". Nate dalla ricostruzione (decostruzione e critica) del ciclo produttivo della singola fabbrica esteso al territorio e ai rischi dei lavoratori anche nella loro esistenza esterna al luogo di lavoro. Espressione delle esperienze di movimento più avanzate e che costituiva la base di una "competenza" anche ambientale (il Ministero dell'Ambiente arriverà nel 1986), competenza improvvidamente tolta alle USSL con il referendum popolare del 1993. Si trattava di uno dei pilastri

della formazione di un ambientalismo scientifico la cui esistenza è ancor più preziosa in questi anni davanti al bivio del punto di non ritorno della crisi climatica che si accompagna a crisi sociale e politica mondiale.

Anche alcuni tra noi ritengono che il SSN come l'abbiamo voluto e conosciuto è arrivato a un punto di non ritorno, sottintendendo, come nel caso della crisi ambientale, che realisticamente si possono solo attivare politiche di "adattamento" a parziale salvaguardia dei principi che furono introdotti nella riforma originaria. Ancor più di fronte alla voragine della autonomia differenziata. Quello



da Giuseppe Capogrossi
CP481, 1948 Roma
Collezione privata

che davvero ci manca, della persona di Maccacaro e degli altri inventori del SSN è un pensiero di innovazione che, in costanza di diritti e di impostazione, sappia utilizzare, direi anche piegare, l'innovazione tecnologica al servizio dell'umanità e non del profitto e rimettere in discussione

contestualmente l'aziendalizzazione dei servizi e la perdita di strumenti di partecipazione, centrale nella visione di Maccacaro delle USSL.

Negli anni precedenti la formazione e approvazione della riforma sanitaria, in condizioni socialmente non dissimili dall'oggi (lavoro precario, compressione dei diritti, peggioramento delle condizioni di sicurezza sul lavoro...) Maccacaro poneva l'azione di Medicina Democratica come "politicizzazione della medicina" quale "scelta della classe del lavoro". Da qui il progetto ambizioso di Medicina Democratica caratterizzato da una "lotta per la salute che non separa il campo sanitario da quello sociale, ma li attraversa entrambi". Sono alcuni dei passaggi dell'intervento di Maccacaro all'apertura del primo congresso di Medicina Democratica per ricordarmi (e ricordarci) quella "impronta fondativa", quella barra dritta che ci ha caratterizzato in quel periodo e che siamo convinti di aver mantenuto in un contesto assolutamente sfavorevole socialmente e politicamente frammentato. L'emergere delle evidenze sulla deriva del SSN e del diritto alla salute con causa primaria l'estensiva privatizzazione (anche dentro i servizi pubblici, in termini di approccio), produce opposizione anche se locale e dispersa in particolare per la palese progressiva perdita di universalità d'accesso (le liste d'attesa come effetto della deriva privatistica), come più in generale per l'erosione dello stato sociale ultimamente anche sul lato dei diritti di espressione e di manifestazione, dritti verso una nuova "economia di guerra" palesemente sfavorevole sul lato dei rapporti di forza ma possibile leva per una maggiore consapevolezza ed azione popolare.

Giulio Maccacaro e il ruolo del tecnico

Di Gino CARPENTIERO*

Ho conosciuto personalmente Giulio Maccacaro nell'ottobre 1976 all'Istituto dei Tumori di Milano. Ero un giovane studente di Medicina a un paio d'anni dalla conclusione del ciclo di studi. Pensavo di poter seguire il Corso di Biometria e Statistica da lui tenuto e di porre le basi in tal modo per potergli poi chiedere la tesi di laurea. Mi espose quello di cui si occupava in Istituto e di cosa avrei potuto occuparmi io. Mi esortò però a concludere rapidamente gli esami rimanenti per potermi poi dedicare esclusivamente e per un periodo lungo alla tesi. Ci salutammo calorosamente con un arrivederci per me pieno di speranze.

Invece non ci saremmo più rivisti: tre mesi dopo nel gennaio 1977 il prof Maccacaro venne improvvisamente a mancare. Fu un duro colpo per me e per quegli studenti di Medicina che a lui si riferivano ma soprattutto per quei lavoratori dei Consigli di Fabbrica con i quali aveva un rapporto speciale, in particolare il gruppo della Montedison di Castellanza il cui coordinatore era Luigi Mara.

Giulio Maccacaro non era solo un grande scienziato e un grande professore universitario. Era anche un marxista e tale scelta che risaliva al periodo della lotta partigiana lo portò a negare il suo ruolo di docente cattedratico, evitando così di divenire cinghia di trasmissione delle classi dominanti. Per Maccacaro la classe

operaia aveva un ruolo centrale nella società; come ha ricordato Franco Carnevale in un suo recente intervento durante un convegno svoltosi all'Accademia dei Lincei (1) Giulio Maccacaro così si esprime sulla Rivista Classe e Salute *"Noi poniamo la salute della classe operaia al centro di ogni problema medico, scientifico e politico"*.

È per questi motivi che divenne punto di riferimento per la generazione di studenti di medicina (e non solo) del movimento del 1968 e a ruota per il grande movimento operaio dell'autunno caldo 1969, che di fatto riaprì il conflitto di classe in Italia dopo molti anni dando vita a un sindacato completamente nuovo: il sindacato dei Consigli. I Consigli di Fabbrica rappresentarono un vero e proprio contropotere nei confronti dello strapotere padronale, come il sottoscritto ha ricordato in un convegno svoltosi recentemente a Firenze (2).

Fu proprio la frequente collaborazione di Maccacaro con il quotidiano comunista Il Manifesto, che aveva cominciato le pubblicazioni nell'aprile del 1971, che lo fece conoscere al sottoscritto e a tutti quelli che avevano fatto una scelta netta dalla parte dei lavoratori. Negli anni di collaborazione con il Manifesto Maccacaro interveniva sulle tematiche della difesa della Salute, evidenziando come il medico avesse il dovere di occuparsi

* Sezione
di Medicina
Democratica
Pietro Mirabelli,
Firenze

della malattia là dove essa si genera: la fabbrica e il territorio. Sempre sul Manifesto espone anche le sue idee per una riforma sanitaria incentrata sulla Prevenzione e contemporaneamente su una riforma profonda degli studi nelle Facoltà di Medicina: sosteneva tra l'altro che la vocazione per un futuro medico dovesse essere verificata già al terzo anno di studi per evitare ai giovani eventuali inutili perdite di tempo.

All'interno del suo percorso di radicalizzazione Giulio Maccacaro si scontrò, come è noto, duramente con la gerarchia che governava la scienza medica in quell'epoca dalla quale subì azioni repressive; tra i suoi scritti più noti c'è la lettera al Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano con cui si difese magistralmente da accuse false e pretestuose.



MACCACARO E I CONSIGLI DI FABBRICA: LA NON DELEGA E GLI SMAL

Maccacaro non temeva infatti di esporsi con prese di posizione pubbliche o in Convegni come quello del novembre-dicembre 1973 svoltosi a Firenze ed organizzato dal Partito di Unità Proletaria. Maccacaro e il CdF della Montedison di Castellanza pre-

sentarono al grande pubblico operaio ed intellettuale la metodologia che poi fece scuola un po' in tutte le fabbriche e i luoghi di lavoro d'Italia nei mitici anni '70.

Essa si basava sinteticamente sui seguenti principi di fondo:

1. la soggettività operaia consistente nella capacità di ricostruzione del Ciclo produttivo da parte del Gruppo Operaio Omogeneo attraverso assemblee e questionari mirati per l'individuazione dei fattori di rischio presenti nel ciclo stesso;

2. il coinvolgimento dei tecnici e dei medici di parte operaia per evidenziare e quantificare mediante misurazioni strumentali gli eventuali rischi presenti;

3. presentazione nelle assemblee di gruppo omogeneo da parte dei tecnici e dei medici della relazione conclusiva contenente il piano di bonifica ambientale e quello di sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti ai rischi rilevati, secondo il principio della *non delega* ai tecnici e della *validazione consensuale* al loro operato.

La relazione diveniva così strumento dei lavoratori per arrivare a un miglioramento dell'ambiente di lavoro e della propria salute secondo il principio "La Salute non si vende. La Nocività si elimina". In questo modo cessarono quasi ovunque le richieste di indennità di rischio che le aziende elargivano per non eliminare i rischi presenti negli ambienti di lavoro. Nella maggior parte dei casi i risultati dell'indagine ambientale e sanitaria portavano ad un conflitto tra lavoratori rappresentati dal CdF col supporto dei loro tecnici e medici ed i vertici aziendali con i relativi tecnici e medici di parte padronale.

Le lotte per la Salute e la Sicurezza in fabbrica e per un'organizzazione del lavoro a misura d'uomo divennero in quel periodo momento di conflitto di classe centrale, non meno che le lotte per aumenti salariali.

Molti dei tecnici e medici che ave-

vano scelto di stare dalla parte dei lavoratori finirono a lavorare negli SMAL-Servizi di Medicina per gli Ambienti di Lavoro (il nome è mutuato dall'esperienza lombarda) sorti nei primi anni '70 prima in Lombardia e poi in altre regioni del Centro-Nord. I Servizi agivano su chiamata dei lavoratori grazie all'art.9 dello Statuto dei Lavoratori (Legge 300/1970). Tale articolo permetteva ai lavoratori di chiamare medici e tecnici di loro fiducia per potersi meglio difendere e contrapporre ai medici e ai tecnici di parte aziendale.

L'esperienza degli SMAL ha attraversato l'intero decennio degli anni '70 entrando a far parte dei Consorzi Sanitari di Zona insieme ai Consultori Autogestiti dalle donne e ai Servizi di Igiene Mentale. Furono i Consorzi la struttura portante della successiva Riforma Sanitaria (Legge 833/1978), che condusse alla fine del vecchio sistema mutualistico ed ospedaliero tra loro rigidamente separati e alla nascita nei primi anni '80 delle Unità Sanitarie Locali. Per tale riforma e per la nascita delle Unità Sanitarie Locali si era speso anche Giulio Maccacaro che non poté, per la sua morte precoce, vederne né la promulgazione né l'attuazione concreta. La riforma del 1978 rappresentò un'innovazione straordinaria non solo per l'Italia, ma per tutto il mondo occidentale con la nascita di un Servizio Sanitario Nazionale di tipo gratuito e universalistico. La componente più radicale del Movimento di Lotta per la Salute con in testa Medicina Democratica, nata nel 1976 proprio per iniziativa di Giulio Maccacaro, e quella delle minoranze politiche di sinistra radicale presenti in parlamento (Partito di Unità Proletaria e Democrazia Proletaria) criticarono duramente alcune gravi lacune della Legge. In particolare risultò debole la centralità della Prevenzione, che con Diagnosi, Cura e Riabilitazione rappresentava il primo dei 4 principi basilari su cui si fonda-

va la riforma e risultò completamente assente il Protagonismo dei Lavoratori delle fabbriche e dei Cittadini organizzati per la Difesa della Salute nei luoghi di lavoro e nel territorio. Inoltre la gestione delle Unità Socio Sanitarie Locali venne affidata ai partiti politici che si divisero le Presidenze con logiche spartitorie; si aprirono così le premesse che portarono alla Controriforma del 1992 basata sulla nefasta aziendalizzazione. Inoltre a peggiorare la situazione si arrivò a una separazione assurda, favorita da un Referendum promosso dai Radicali, tra la prevenzione nei luoghi di lavoro e quella negli ambienti di vita: nacquero così le Agenzie Regionali per l'Ambiente dotate di propria autonomia. Ma questa è un'altra storia.

COSA RESTA VALIDO OGGI DEL PENSIERO DI GIULIO MACCACARO?

Il nocciolo duro della centralità del Conflitto tra CAPITALE e LAVORO rimane ad oggi più che mai valido, affiancato dall'altro Conflitto tra CAPITALE E NATURA che col disastro di Seveso del luglio 1976 – Un Crimine di Pace lo definì Maccacaro in uno storico numero monografico della rivista Sapere – si avviò ad avere una centralità non meno importante.

Oggi il capitalismo è profondamente cambiato: da un lato si è finanziarizzato e tecnocratizzato, dall'altro il capitalismo industriale basato sul lavoro in fabbrica, pur rimanendo molto importante, rappresenta però solo il 20-25% di quello che è oggi il lavoro nel suo complesso. Oggi sono sempre più presenti mansioni povere di contenuto ed estremamente parcellizzate, mentre lo sfruttamento intensivo dei lavoratori che a volte rasenta il neoschiavismo è tornato a farla da padrone. L'organizzazione del lavoro con ritmi intensi e orari protratti è spesso decisa da algoritmi e risulta lontana dal promuovere il benessere lavorativo (i braccianti agricoli, i ri-

ders e le lavoratrici delle pulizie sono tre esempi molto indicativi).

Essendosi modificate in parte le tipologie di rischio, nuove figure professionali sono ormai da molti anni emerse e sempre più spesso schierate dalla parte del lavoro e dell'ambiente: i sociologi e gli psicologi del lavoro operano nelle situazioni più avanzate accanto a medici, tecnici ed ingegneri a sostegno dei lavoratori e del "popolo inquinato". L'esperienza fiorentina della ex GKN ha creato un nucleo di solidarietà a livello umano e professionale in cui ricercatori universitari hanno affiancato il Collettivo di Fabbrica per progettare un innovativo piano di riconversione ecologica del ciclo lavorativo, passando dalla produzione di elementi per auto FIAT alla produzione, installazione e riciclo di Pannelli Solari.

Tra i fattori di rischio oggi presenti sia nel lavoro operaio che in quello impiegatizio si riscontra lo *stress lavoro correlato* causato più che mai da un'Organizzazione Capitalistica del Lavoro nemica dei principi dell'Ergonomia, quella scienza che si propone di adattare il lavoro all'uomo e non viceversa. Proprio la valutazione del rischio stress non può prescindere dalla soggettività dei lavoratori, per cui la metodologia, fondata a suo

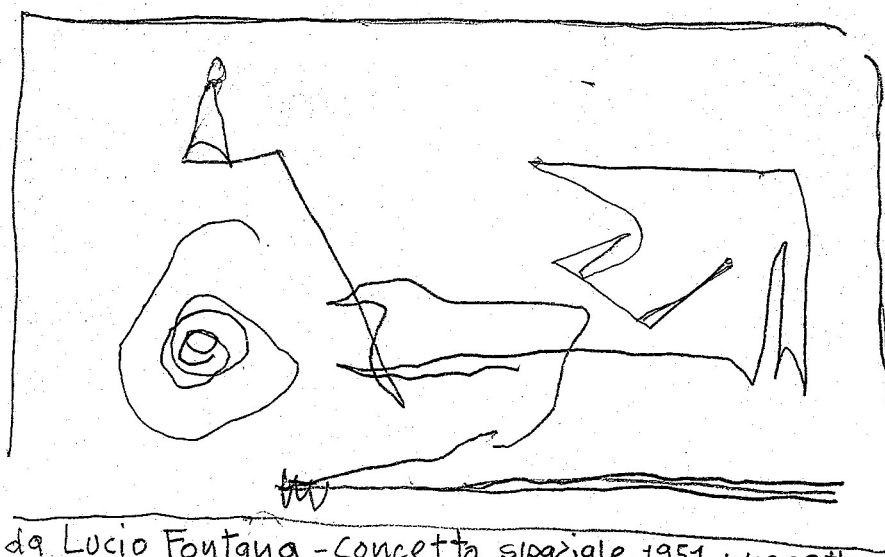
tempo da Maccacaro e dal CdF della Montedison di Castellanza e basata sui Gruppi Omogenei, potrebbe trovare oggi nuova accoglienza in quasi tutti gli ambiti lavorativi.

Come sosteneva Karl Marx, alla cui teoria Giulio Maccacaro si ispirava, la vecchia talpa del movimento operaio (ed ecologista) dovrà scavare a fondo fino alla rinascita di un nuovo intellettuale collettivo che porti a un cambiamento positivo della società.

Possiamo concludere queste brevi note sostenendo che il pensiero di Giulio Maccacaro, alla stessa stregua di quello di un altro grande intellettuale italiano del '900, Antonio Gramsci, non potrà tramontare prima che sia definitivamente estinto il modello di società che si fonda sullo sfruttamento dell'uomo e della natura.

Note bibliografiche

1. Intervento di Franco Carnevale al Convegno su Giulio Maccacaro svoltosi all'Accademia dei Lincei dal titolo *Impegno civile. Nuovi saperi e iniziative sociali* - Roma 26 novembre 2024.
2. Intervento di Gino Carpentiero al Convegno svoltosi all'Info Point S. Maria Novella dal titolo *L'esperienza dei Consigli di fabbrica e del territorio per la difesa della Salute. Riflessioni sull'oggi* - Firenze 23 novembre 2024.



da Lucio Fontana - Concetto spaziale, 1951, progetto per la IX Triennale - San Polo di Reggione Emilia - Galleria La Scala

Lo stato di salute della popolazione, ricerca (faticosa) dei dati e conoscenza dei dati sociali e ambientali. La ricerca dei dati ovvero la caccia al tesoro. Una esperienza che vale la pena di raccontare

Di Antonio NAVA*

La costruzione del **Piano della salute locale della città di Lodi** nella sua prima formulazione è stata preceduta da una fase progettuale per definirne i contenuti, la finalità, la struttura comunicativa oltre a chi fa che cosa ecc. Naturalmente la necessità di disporre delle informazioni epidemiologiche della popolazione, della domanda di salute e della conseguente offerta, oltre ai dati ambientali sono da subito emerse come una necessità inderogabile.

Il Sistema Sanitario Regionale in Lombardia nella sua articolazione in ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale) e ATS (Agenzia di Tutela della Salute) affida a quest'ultime il compito di programmazione e controllo per il territorio di competenza. Per questa funzione le ATS sono il terminale dei flussi sanitari e sociosanitari della popolazione del proprio ambito, oltre alle informazioni prodotte dal lavoro di controllo delle attività produttive e ambientali, di prevenzione e alla attività di gestione del registro tumori. Insomma non si poteva prescindere dalla collaborazione e dal coinvolgimento della ATS. Quindi abbiamo

organizzato un incontro, Comune e ATS, "al vertice" per esporre e condividere il progetto e verificare la disponibilità alla condivisione delle informazioni sullo stato di salute della popolazione. Tra l'altro l'ATS mette a disposizione un portale che contiene informazioni e dati sullo stato di salute della popolazione. Indubbiamente una positiva base di osservazione ma si voleva andare oltre per approfondire l'analisi relativa agli aspetti della domanda e offerta.

Rappresentare lo stato di salute della popolazione consente di leggere e conoscere la città da una prospettiva mai osservata nell'insieme, ovvero la dimensione collettiva del bisogno, di come si esprime e di come viene affrontato o nascosto sino a diventare problema e tacita sofferenza soggettiva.: insomma un Piano della salute locale per informare e per generare un processo di conoscenza e consapevolezza.

Quindi abbiamo formulato il piano informativo.

Solo qualche esempio: sarebbe stato utile rappresentare i ricoveri attraverso i DRG (Diagnosis-Related Group

** Ex dirigente SSR, Responsabile Controllo di Gestione in ATS e ASST*

– Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi) e le strutture di erogazione. Siamo un territorio dove il 50% della popolazione si cura fuori dal territorio della ASST. Analizzare questa dinamica è importante per capire la natura e le motivazioni della “migrazione interna” alla regione, inoltre serve per guidare e aiutare il paziente acuto che si pone la domanda: Dove mi curo? La medesima logica vale per la specialistica ambulatoriale da analizzare attraverso aggregazioni delle prestazioni per branca, come da nomenclatore, con i rispettivi tempi di attesa e le categorie dei prescrittori. L’area del bisogno della popolazione anziana: quanti sono gli anziani non autosufficienti? L’offerta di prestazioni quale domanda intercetta? Qual è il supporto della assistenza domiciliare, quanta parte della domanda è



presa in carico da questo servizio e per quali prestazioni? Quanto tempo si dedica ad ogni anziano e quale è l’effettivo supporto verso la famiglia e il *caregiver*? E poi la patologia cronica che coinvolge ormai il 40% della popolazione e il 70% della popolazione anziana >di 65 anni. Quali interventi di prevenzione? Quale è l’efficacia di questi interventi di quali *outcome* disponiamo? Se e come ven-

gono curati i cittadini/e con patologie croniche. Quanti sono effettivamente presi in carico? Quanti seguono i PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) di riferimento e con quale persistenza? La riforma del 2015 Legge Regionale n. 23 dell’11 agosto 2015 che ha creato le ATS, è stata fatta con questa finalità. Qualcuno, certamente, valuterà i risultati.

Quale è la situazione della popolazione disabile? Come non rendere conto sotto il profilo quantitativo e dei risultati della importante attività che svolge l’ATS in tema di prevenzione e controlli. Elementi necessari per definire lo stato di salute dell’ambiente e del territorio. Un aspetto che preoccupa la popolazione riguarda la patologia Oncologica. La percezione è quella di una elevata e non controllata diffusione che è puntualmente alimentata da notizie non sempre scientifiche. Anche in questo caso è stato richiesto un intervento informativo da parte delle istituzioni sanitarie. Un aspetto grave da sottolineare è che il “Registro Tumori Lodi-Pavia” è fermo dal 2017!

Convinti che il consenso della ATS al progetto del Comune di Lodi generasse collaborazione abbiamo formalizzato la richiesta dei dati. L’istanza agiva nei confini della disponibilità informativa e di competenza della ATS. Non necessitava di particolari sforzi elaborativi, si trattava di rendere disponibili al Sindaco, autorità sanitaria locale, le informazioni che istituzionalmente è tenuta a produrre per i propri fini istituzionali.

Inutile dire che nulla ci è stato dato se non un garbato rimando al portale che “avrebbe soddisfatto le nostre richieste”.

Per nulla sorpresi e scoraggiati abbiamo avviato la faticosa ricerca dei dati ovvero la caccia al tesoro.

Oltre al portale ATS, dove i dati sono frammentari, non totalmente soddisfacenti alle nostre esigenze informative, non integrabili, non corredati da

una valutazione epidemiologica documentata non esportabili e che non consentono di attuare delle analisi specifiche, abbiamo utilizzato i rapporti dei centri di ricerca (Rapporto OASI, Rapporto GIMBE) che si fermano alla dimensione regionale. Inoltre abbiamo esaminato il portale del Ministero della Salute con gli annuali rapporti del Piano Nazionale Esiti, il Nuovo Sistema di Garanzia; oltre ai dati Istat, i rapporti locali delle sedi INAIL, il piano Socio Sanitario Regionale, il primo rapporto epidemiologico della Lombardia. La consultazione di queste fonti ci ha consentito di rappresentare un onesto e organico Piano della salute Locale e di comprendere meglio, ma non in modo ottimale, qual è lo stato di salute della popolazione.

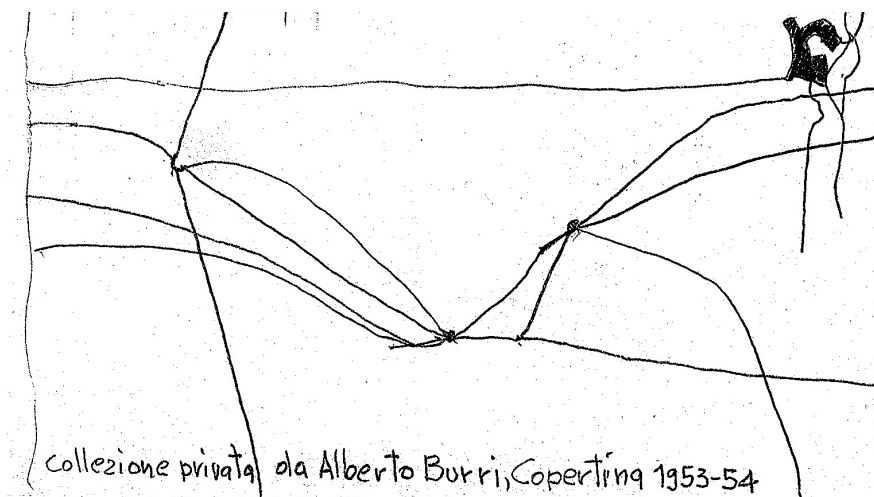
L'informazione in generale e in particolare per gli elementi che riguardano la salute è di rilevante importanza. Come si raccoglie e organizza l'informazione, chi la detiene, come viene utilizzata, che ruolo svolge fa parte e caratterizza la nostra democrazia.

I sistemi sanitari, nazionale regionale e locale, dispongono di una consolidata struttura informativa utile per programmare, finanziare, controllare e gestire il sistema in relazione ai bisogni e alle risorse disponibili. La funzione di questo strumento non si deve contrassegnare unicamente come "attrezzo interno" alle istitu-

zioni sanitarie ma deve essere trasparente ed accessibile ai cittadini. Deve sviluppare conoscenze e consapevolezza per consentire ai cittadini stessi di partecipare attivamente al miglioramento delle proprie condizioni di vita.

Il patrimonio informatico, gli strumenti tecnologici e le competenze di cui dispone il SSN /SSR permettono di realizzare e mettere a disposizione, in tempi brevi e con limitate risorse, un sistema informativo distribuito, non autodefinito ma costruito con la partecipazione dei soggetti interessati e con gli utilizzatori, dove ogni livello di responsabilità e di interesse (gli utenti e le istituzioni) possano esercitare il diritto di rilevare e utilizzare i dati del proprio ambito territoriale ritenuti utili e necessari alla propria attività e alla propria esistenza.

In conclusione la nostra esperienza rafforza la certezza che come cittadini e utenti del SSN abbiamo il diritto, ad oggi non ancora soddisfatto, di far sì che le istituzioni sanitarie producano e mettano a disposizione le informazioni relative alle condizioni di salute della popolazione evidenziando così i fattori che ne determinano gli stati di malattia e di disagio, unitamente alla efficienza ed efficacia della struttura sanitaria, alla domanda sanitaria soddisfatta e agli aspetti relazionali tra i soggetti e il sistema sanitario e socio-sanitario.



collezione privata da Alberto Burri, Copertina 1953-54

Le Case della Comunità di oggi in Lombardia sono differenti dalle Case della Salute immaginate da Maccacaro e Benigni?

Di Angelo BARBATO e Alessandro NOBILI*

Il termine e il concetto di Casa della Salute furono introdotti da Giulio Maccacaro nel 1972, nel quadro del dibattito sul rinnovamento dell'assistenza sanitaria che avrebbe trovato sbocco alcuni anni dopo nella legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Maccacaro definiva la Casa della Salute non solo e non tanto come luogo di erogazione di prestazioni sanitarie, ma come sede in cui la comunità si appropriava degli strumenti necessari per soddisfare la sua volontà di partecipazione, da intendersi quindi come uno spazio politico con una pluralità di funzioni, a cui la cittadinanza poteva facilmente accedere contribuendo alle decisioni sulla gestione dei problemi sanitari della comunità. A questo scopo le funzioni principali della Casa della Salute dovevano integrare diversi ambiti: l'assistenza, l'informazione, la consultazione e l'educazione sanitaria (1).

La morte improvvisa e prematura impedì a Maccacaro di approfondire questa concezione teorica e ricavarne uno strumento operativo. La legge 833 del 1978 sul Servizio Sanitario Nazionale non contenne riferimenti alle Case della Salute.

Le modifiche apportate negli anni successivi al Servizio Sanitario nazionale, cioè l'aziendalizzazione (D.L. 502 del 1992), l'ampliamento delle competenze regionali con la riduzione del ruolo

dei comuni (D. L. 517 del 1993) e l'impulso alle privatizzazioni (D.L. 229 del 1999), sembravano aver creato un clima poco propizio alla realizzazione delle Case della Salute. Invece, trent'anni dopo Maccacaro, il tema fu ripreso ed elaborato come modello di programmazione sanitaria da Bruno Benigni, ex sindacalista della CGIL e assessore alle politiche sociali della Toscana, che lo presentava in questo modo: un'idea semplice di grande utilità per la riorganizzazione del welfare locale, che sia la sede pubblica in cui la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale, dove sono collocati in uno stesso spazio fisico i servizi sociali che erogano prestazioni sanitarie e sociali per una popolazione determinata e programmata (2).

L'idea semplice di Benigni trovò inizialmente applicazioni pratiche in Toscana, a partire dal 2002, in alcune iniziative esemplari, che furono presto adottate dalla regione, dapprima come progetti sperimentali e poi inserite nel quadro della programmazione regionale. La traduzione operativa del modello si basò su due aspetti fondamentali: l'istituzione delle Unità di Cure Primarie e l'indicazione della sanità d'iniziativa come modalità assistenziale privilegiata (3).

Le Unità di Cure primarie erano l'elemento essenziale che doveva assi-

**Centro Studi
di Politica
e Programmazione
Socio-Sanitaria
Istituto di Ricerche
Farmacologiche
Mario Negri-IRCCS,
Milano*

curare, in un ambito territoriale di riferimento, l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi socio sanitari da parte dell'assistenza sanitaria di base, della specialistica ambulatoriale e di altre professionalità, al fine di garantire l'erogazione di una effettiva continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore per 7 giorni alla settimana. La presa in carico del paziente prevedeva risposte sanitarie e socio sanitarie a diversi livelli di complessità, con l'utilizzo di un'adeguata strumentazione tecnica e di un approccio multidisciplinare.

La sanità di iniziativa era considerata il modello assistenziale per la presa in carico, costituendo, soprattutto ma non solo, nell'ambito delle malattie croniche, un nuovo approccio organizzativo che affidava alle cure primarie il compito di programmare e coordinare in modo proattivo gli interventi per gli utenti. La cornice concettuale era il *Chronic Care Model*, basato sull'interazione tra il paziente reso esperto da opportune iniziative di formazione e il gruppo di lavoro multiprofessionale composto da operatori sociali e sanitari, infermieri e medici di medicina generale.

Queste proposte giunsero all'attenzione di Livia Turco, ministro della salute del governo Prodi, che le fece proprie e le incluse nel D.M. 10.7.2007, attuativo della Legge 296 del 27.12.2006 n. 296, *"Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale – Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano per la sperimentazione del modello assistenziale case della salute"*. Al decreto, che prevedeva un finanziamento di 10 milioni di euro, era allegato un documento che definiva caratteristiche e funzioni delle Case della Salute (4).

Il percorso aperto dall'ipotesi teorica di Maccacaro, che vedeva nella Casa della Salute uno strumento politico basato sulla partecipazione democratica, era dunque arrivato all'identificazione della Casa della Salute come struttura

che erogava l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie nell'ambito di una programmazione territoriale in cui la partecipazione dei cittadini era un aspetto al pari di altri. A questo scopo venivano individuati dieci punti essenziali per definirne il profilo: centralità del cittadino, riconoscibilità, accessibilità, unitarietà, integrazione, semplificazione, appropriatezza, efficacia, punto di riferimento della rete, autorevolezza e affidabilità (5). Era previsto che il territorio di riferimento della Casa della Salute fosse di dimensioni ridotte, con un bacino fino a 10.000 abitanti.

La maggior parte delle regioni decisero di avviare la sperimentazione del modello, accettandone tuttavia solo in parte e in modo disomogeneo alcuni punti qualificanti (6). In alcuni casi le strutture create, benché assimilabili alle Case della Salute, ricevettero denominazioni diverse: Presidio territoriale di assistenza (PTA) in Abruzzo, Puglia e Sicilia; Presidio socio-sanitario territoriale (PRESST) in Lombardia, Medicina di gruppo integrata (MGI) in Veneto.

Comunque, qualunque fosse la denominazione, nel 2021 ne furono censite 554 in attività, con un'enorme variabilità regionale, da nessuna a 126. In effetti il modello venne sviluppato in modo consistente soprattutto in Emilia-Romagna, Toscana e Veneto, dove incontrò tuttavia alcune difficoltà e venne applicato in modo disuguale anche all'interno delle singole regioni (7). Va rilevato, ad esempio, che la realizzazione di una Casa della Salute per 10.000 abitanti o anche meno si dimostrò poco praticabile, soprattutto nelle aree urbane. Nel 2021 in Emilia-Romagna le 125 Case attive servivano in media 35.000 abitanti e le 69 della Toscana 53.000. Un attento osservatore della sanità territoriale toscana scriveva qualche anno fa che in realtà dopo il 2015 si era registrata una regressione dei suoi aspetti più strategici, come la sanità d'iniziativa e le Case della Salute (3).

Per questo motivo la presentazione da parte del governo nel 2021 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che permetteva l'accesso ai fondi europei stanziati col *Recovery and Resilience Fund*, fu accolta con favore da chi operava nella sanità e dagli amministratori. Infatti, una delle aree d'intervento del PNRR, cioè la cosiddetta Missione 6, era dedicata alla salute e al suo interno una delle componenti aveva l'obiettivo di rendere l'assistenza di prossimità diffusa sul territorio per garantire cure primarie e intermedie, soprattutto alle categorie più fragili. L'attivazione in tutte le regioni di una rete di Case della Comunità era uno degli strumenti per raggiungere l'obiettivo (8).

Dopo la pubblicazione del PNRR, il D.M. 77 del 23.5.2022, che includeva un regolamento e alcuni allegati, definì modelli, standard organizzativi, qualitativi e tecnologici dell'assistenza territoriale, comprese le Case della Comunità. Due anni dopo il quadro normativo è stato completato dalle linee di indirizzo dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità. Al termine di questo processo possiamo dunque dire che le Case della Comunità non erano più un'ipotesi, una proposta o un modello sperimentale, ma una componente rilevante del servizio sanitario nazionale. Inoltre, le decisioni sulla loro realizzazione non erano affidate alle singole regioni, ma dipendevano da una normativa nazionale a carattere vincolante. Infatti, poco dopo l'emanazione del D.M. 77, tutte le regioni si sono affrettate ad approvare delibere che ne recepivano i contenuti.

Sono state sollevate obiezioni sull'impostazione dell'intera Missione salute, come lo stanziamento relativamente modesto rispetto a quello complessivo del PNRR e alcune discrepanze tra il D.M. 77 e i suoi allegati, che hanno fatto parlare di riforma a metà (9). Va

comunque riconosciuto che il percorso aperto da Maccacaro cinquant'anni prima e poi proseguito da Benigni era in qualche modo venuto a compimento. Si tratta ora di stabilire cosa sia rimasto e cosa si sia perso in questo lungo tragitto.

Un confronto tra il D.M. 77, coi documenti ad esso collegati, e il D.L. Turco del 2007 evidenzia un'impostazione simile, ma mette in luce differenze non trascurabili, in parte dipendenti dai cambiamenti nell'impostazione del servizio sanitario nazionale che abbiamo già citato. Alcune differenze sono comprensibili, come le dimensioni della popolazione di riferimento delle Case della Comunità, indicate in 40-50.000 abitanti e non più 5-10.000, altre riflettono un cambio di prospettiva, che emerge ad esempio dalla ridefinizione in senso più strettamente sanitario del percorso di accesso, che nel D.L. Turco prevedeva fin dall'inizio un'integrazione tra servizi sociali e sanitari.

Tuttavia, piuttosto che analizzare in dettaglio le normative, sembra più utile gettare lo sguardo sul modo come queste sono implementate. In mancanza di un quadro nazionale complessivo e approfondito sulla realizzazione delle Case della Comunità, dobbiamo affidarci ad analisi che considerino singole regioni.

CASE DELLA COMUNITÀ: COSA SUCCEDDE IN LOMBARDIA

In questo contributo mi propongo di soffermarmi su quello che si sta verificando in Lombardia, servendomi dei dati raccolti dall'indagine iniziata tre anni fa e ancora in corso da parte dell'Istituto Mario Negri sulle Case della Comunità, che a partire dalla fine del 2021 hanno cominciato a comparire sul territorio regionale. Quest'indagine riveste particolare interesse, non solo per le dimensioni e il peso che la Lombardia ha nel nostro paese, ma perché consente di analizzare un contesto in cui la realizzazione delle Case

di Comunità sta avvenendo in assenza di una consolidata esperienza di sviluppo delle Case della Salute negli anni precedenti, con la libertà potenziale di trovare soluzioni originali non influenzate da modelli preesistenti.

La regione Lombardia, in attuazione delle indicazioni del PNRR, aveva inizialmente previsto con la DGR XI/5723 del 2021, l'apertura di 218 Case della Comunità entro il 2026. Successivi rimaneggiamenti hanno portato con la DGR XII/2562 del 2024 a un piano operativo che ne riduceva il numero a una cifra variabile da un minimo di 187 a un massimo di 195. Tuttavia, la Corte dei Conti, a seguito della verifica compiuta in collaborazione con la regione nel novembre del 2024, ha definito in 191 strutture operative l'obiettivo plausibile, anche se non facile da raggiungere, per il 2026.

L'indagine si è prefissa di esaminarle tutte dal momento dell'apertura, pubblicando periodicamente i risultati. Metodi e strumenti utilizzati sono de-

scritti in dettaglio nell'ultimo rapporto disponibile, a cui questo articolo fa riferimento (10). Basti ricordare che, in assenza di un aggiornamento periodico da parte della regione Lombardia delle Case di Comunità operative, si è proceduto a ricognizioni dirette sui territori accompagnate dalla consultazione dei siti istituzionali delle 26 ASST (ossia ASL) che gestiscono i servizi territoriali in Lombardia. In questo modo al 29.1.2025 ne sono state identificate 136, di cui 124 sono state visitate almeno una volta. Attraverso una scheda apposita sono stati raccolti una serie di dati provenienti dalle visite e dall'accesso alle informazioni in possesso delle ASST. Sono disponibili dati completi e verificati relativi a 105 strutture, che sono stati pubblicati nel citato rapporto (10).

Per gli scopi di questo articolo è stata predisposta una sintesi dei dati più rilevanti, presentata nella Tabella 1. Chi vuole può naturalmente leggere il rapporto completo.

Criteri minimi di qualità	Soddisfatti %
Bacino di utenza definito	78
Bacino di utenza ≤ 50.000 abitanti	41
Punto Unico di Accesso aperto almeno 6 gg/7 gg	27
Punto Unico di Accesso aperto almeno 8 h/24 h	14
Presenza di Medici di Medicina Generale	39
Presenza di almeno 3 Medici di Medicina Generale	19
Presenza infermieri di Comunità	99
Presenza almeno 5 infermieri di Comunità	74
Continuità Assistenziale	61
Ambulatori specialistici	92
Strumentazione diagnostica di base	77
Punto Prelievi	78
Assistenza infermieristica domiciliare	86
Presenza Unità di Valutazione Multidimensionale	84
Consultorio familiare	59
Servizi di Salute Mentale	45
Servizio per le Dipendenze	26
Presenza Servizi Sociali Comunali	22
Presenza Volontariato/Terzo Settore	19
Spazi disponibili per i cittadini	59

Tabella 1. Sintesi dei dati del Rapporto “Le Case di Comunità in Lombardia: una indagine”, 2024 (nota 10).

Dai dati sono stati ricavati indicatori minimi di qualità relativi a vari aspetti desumibili direttamente o indirettamente dal D.M. 77, dalla delibera regionale che l'ha recepito e dalle linee guida dell'AGENAS. Per ogni indicatore è stata indicata la percentuale delle 105 Case in cui il criterio di qualità era soddisfatto. Non sono stati indicati valori medi, perché l'estrema dispersione li rendeva poco significativi.

Per una corretta lettura dei dati va tenuto presente che si riferiscono a una rilevazione fatta sei mesi fa e quindi potrebbero nel frattempo essersi modificati. Tuttavia, il rapporto della Corte dei Conti sull'attuazione dell'assistenza territoriale in Lombardia secondo le indicazioni del PNRR, che ha raccolto dati in parte simili tra settembre e ottobre del 2024, non ha mostrato differenze di rilievo (11).

Nessuna delle Case della Comunità esaminate risponde pienamente ai requisiti previsti dagli standard regionali e nazionali, anche se molte ne soddisfano almeno alcuni. Come si vede, la situazione sembra abbastanza positiva per alcuni indicatori di qualità, come la dotazione di infermieri, la presenza di ambulatori specialistici, l'assistenza domiciliare. All'opposto, si rilevano gravi carenze in altri aspetti. Innanzitutto un'accessibilità limitata. Benché l'accesso in tutte le Case sia assicurato attraverso il Punto Unico di Accesso, gli orari di apertura sono in genere molto ridotti e inoltre l'accesso sembra non garantisca la fruizione diretta della maggior parte dei servizi erogati né un'integrazione tra essi. Diversi servizi, come la scelta e revoca del MMG, sono ancora gestiti con un sistema tradizionale di appuntamenti o attraverso numeri telefonici dedicati e non attraverso il libero accesso del cittadino. Anche le prestazioni ambulatoriali specialistiche, che pure sono disponibili in quantità e qualità adeguate, sono gestite ed erogate con poche differenze rispetto

a quello che già avveniva nei poliambulatori e sono prenotabili attraverso i canali burocratici tradizionali già esistenti

Comunque, la presenza molto limitata e frammentaria dei medici di medicina generale rende molto problematica la loro interazione coi medici del territorio, gli specialisti e gli operatori delle Case della Comunità. Non risulta avviato se non in pochi casi il lavoro di gruppo in unità multidisciplinari di cure primarie. La scarsa integrazione socio-sanitaria è testimoniata dalla modesta presenza dei servizi comunali e delle associazioni del terzo settore.

Questi limiti sono resi più evidenti dal bacino di utenza eccessivamente ampio del territorio di riferimento, che nella maggior parte dei casi supera i 50.000 abitanti e in alcuni casi raggiunge o supera i 100.000, rendendo difficili gli scambi tra le Case e la comunità.

Un confronto tra le diverse strutture mostra un quadro eterogeneo in termini di organizzazione, tipologia dei servizi offerti e risorse umane. Alcune hanno una discreta capacità di rispondere ad alcuni bisogni dei cittadini, anche con punte di eccellenza, mentre molte altre stentano a decollare e non sembrano essere guidate da una chiara visione strategica.

Vanno naturalmente considerate le condizioni sfavorevoli con cui la regione Lombardia si è dovuta confrontare nel processo di attivazione di servizi che richiedevano un approccio innovativo rispetto all'organizzazione delle cure territoriali, che solo in pochi casi avevano conosciuto in precedenza esperienze assimilabili alle Case della Salute. I tempi stretti dettati dal PNRR hanno reso difficile un'adeguata programmazione regionale e locale, rendendo spesso necessaria la collocazione della maggior parte delle Case della Comunità in strutture già disponibili, soprattutto poliambulatori, e la loro creazione si è basata in

larga misura su una riorganizzazione di servizi già esistenti. Questo ha reso difficile andare oltre il vecchio modello dei poliambulatori fondato sull'erogazione di singole prestazioni da parte di servizi e operatori spesso indipendenti tra loro, senza una presa in carico globale dei bisogni di salute delle comunità e senza un'impostazione di sanità d'iniziativa. Alcuni aspetti critici rilevati sono di natura sistemica e sono legati ad aspetti nazionali che non sono specifici per la Lombardia e non potrebbero essere affrontati in ambito regionale. Questo vale per le difficoltà di collocare i medici di medicina generale nelle Case della Comunità, che difficilmente potranno essere completamente risolte senza una sostanziale modifica delle norme legislative e contrattuali che regolano i rapporti tra la categoria e il Servizio Sanitario Nazionale. Infine, il cambiamento è stato avviato in un momento di difficoltà per il Servizio Sanitario Nazionale, caratterizzato da tagli e riduzioni di personale, soprattutto a livello territoriale.

Tuttavia, in diverse Case di Comunità, che sono state oggetto di più rilevazioni nell'arco di tempo del progetto, si è notata un'evoluzione rispetto alla rilevazione iniziale, che quindi potrebbe avere sviluppi favorevoli. Anche la loro eterogeneità dal punto di vista organizzativo, strutturale e operativo potrebbe essere sfruttata in senso positivo, con un'operazione di benchmarking, assumendo come obiettivi programmatici il trasferimento dei contenuti di esperienze virtuose che si sono sviluppate spontaneamente, come ad esempio quello della comunità della salute della Val Seriana, che ha promosso processi avanzati di integrazione socio-sanitaria che stanno dando vita in collaborazione con l'ASST a un'interessante progettualità nell'ambito di un tavolo di programmazione zonale per definire i contenuti della locale Casa della Comunità (11).

L'evoluzione può essere stimolata

dall'innovazione principale che si registra nelle Case della Comunità, cioè la dotazione di figure di nuova introduzione come gli infermieri di famiglia e comunità, che al momento sono l'asse portante di tutto il sistema e fanno in molti casi da nodo di raccordo e coordinamento tra diversi operatori e servizi. Molti di questi operatori appaiono coinvolti con entusiasmo e impegno nell'organizzazione di nuove strutture e nuove modalità di lavoro, in cui vedono interessanti prospettive di crescita professionale e di presa in carico delle situazioni di cronicità e fragilità.

Questo patrimonio non andrebbe disperso e dovrebbe essere valorizzato da strumenti adeguati in una cornice programmatica che includa anche adeguate iniziative di formazione. Andrebbero anche superati gli attuali vincoli che rendicontano le attività degli infermieri di famiglia e comunità frammentate in singole prestazioni. È chiaro che molte delle precedenti osservazioni rimandano a scelte di politica sanitaria a livello nazionale o regionale e non solo a una revisione di aspetti tecnici e organizzativi.

A questo punto si pone il problema di valutare in che misura il lascito dell'impostazione originaria delle Case della Salute è presente nell'impostazione che stanno assumendo le Case della Comunità in Lombardia.

Assumendo come punto di riferimento i contenuti del Decreto Turco del 2007, gli aspetti più importanti che si ritrovano solo in una minoranza delle Case lombarde sono: le unità di cure primarie, la sanità d'iniziativa, l'integrazione socio-sanitaria e l'interazione con la comunità. Chiariamo subito che questo non dipendere solo in piccola parte da cambiamenti della normativa dal D.M. del 2007 a quello del 2022. Infatti, sia che nel D.M. 77 che nella delibera regionale che lo ha recepito e anche nelle Linee Guida dell'AGENAS, questi aspetti sono considerati, anche se con minore enfasi. Soprattutto

to le linee guida dell'AGENAS sono molto esplicite. Per l'assistenza primaria si indica che essa va erogata da un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare, che comprenda medici di medicina generale, specialisti, operatori sanitari e personale degli Enti Locali. La sanità di iniziativa è indicata come modalità d'intervento fondamentale delle cure primarie. L'integrazione coi servizi sociali è considerata necessaria in tutti i passaggi assistenziali. La partecipazione della comunità e la valorizzazione della co-produzione devono essere sviluppate promuovendo processi di promozione e della salute, prevenzione e cura, col coinvolgimento della popolazione e della rappresentanza dei cittadini. Questi vari aspetti sono definiti nel D.M.77 come componenti obbligatorie o raccomandate del modello operativo delle Case della Comunità.

Non si può quindi dire che in questi anni i riferimenti normativi siano cambiati in modo radicale, né che i provvedimenti attuativi della regione Lombardia non abbiano tenuto conto di un impianto complessivo che prescriveva per le Case della Comunità un assetto che si avvicinava a quello delle precedenti Case della Salute.

Tuttavia, appare evidente che l'implementazione pratica sta avvenendo in modo disomogeneo, in modo tale che a livello locale alcuni aspetti qualificanti del modello siano facilmente, anche se non sempre, disattesi.

È importante che, nei mesi che ci separano dalle scadenze dei tempi del PNRR, il dibattito pubblico fornisca elementi concreti per far sì che l'evoluzione delle Case della Comunità venga indirizzata nella giusta direzione. A questo scopo, non solo gli attori istituzionali del mondo sanitario, ma anche i Comuni, le organizzazioni professionali e le associazioni della cittadinanza attiva e gli enti locali devono dare il loro contributo.

Note

1. G.A. Maccacaro *L'Unità Sanitaria Locale come sistema* (1972) in *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Feltrinelli 1981.
2. B. Benigni *La Casa della Salute. Quaderni del Socio Sanitario*, 6: 37-53, 2004.
3. G. Maciocco *Le Case della Comunità in Toscana*, Salute Internazionale, 2022. <https://www.saluteinternazionale.info/2022/02/le-case-della-comunita-in-toscana/?pdf=19288>.
4. L. Turco *La casa della salute, luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale*. In *Incontro nazionale Stato-Regioni La Casa della Salute*, Roma, Ministero della Salute, 2007.
5. A. Brambilla, G. Maciocco *Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche*, Carocci 2016.
6. E. Turi *Ma cosa sono queste Case di comunità?* Lavoro e Salute, 2022. <https://l.facebook.com/l.php?u=https://www.blog-lavoroesalute.org/2Flavoro-e-salute-luglio>.
7. Pesaresi, F. *Le case della comunità. Come saranno. Luoghi della cura online* n. 3/2022 www.luoghicura.it.
8. Ministero della Salute PNRR-Salute. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2024. <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRR-Salute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>
9. A. Brambilla, G. Maciocco *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, Carocci 2022.
10. A. Nobili, A. Barbato, G. Remuzzi *Le Case della Comunità in Lombardia: un'indagine*, Lombardia Sociale, 2024. <https://lombardiasociale.it/2024/10/11/le-case-della-comunita-in-lombardia-unindagine/>
11. M. Altobelli, M.G. Gritti, M. Orlandi, A. Cremaschi *Verso una comunità della salute sul Serio: l'evoluzione del progetto Paracadute nella prospettiva della Casa della Comunità*. Sistema Salute, 68:425-437, 2024.

Ricordando Maccacaro. Medicina: una Facoltà capovolta

Di Piergiorgio DUCA*

Giulio Alfredo Maccacaro è scomparso da 48 anni ma le sue riflessioni sono ancora attuali ed illuminanti. Se pensiamo che è scomparso prima che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fosse istituito (1978) e che la riforma della facoltà di Medicina (TABELLA XVIII) venisse applicata (1986) restiamo stupiti nel considerare di quanto precorresse i tempi e come temi e problemi che oggi ci assillano erano già a lui presenti insieme alla concretezza di proposte da sperimentare per affrontarli.

Non a caso Giorgio Bert disse parlando di Giulio:

La cosa triste dei precursori è che di solito sono scomparsi quando ciò che hanno detto diventa attuale e si vorrebbe parlarne con loro.

Maccacaro era convinto che la nascita di un SSN implicasse la trasformazione della formazione del medico e per questo parlava della necessità di capovolgere la facoltà con tutto quello che ciò comportava in termini di messa in discussione di consolidati luoghi comuni, convinzioni granitiche, indiscutibili certezze. Noi lo comprendiamo bene solo ora di fronte a due profonde crisi: quella del SSN universalistico e pubblico e quella della formazione universitaria del medico che si tenta di risolvere solo in termini quantitativi (no al numero chiuso!).

Maccacaro contestava la medicina nei metodi, nei contenuti, nelle pretese basi scientifiche; la formazione del medico nel metodo, nei contenuti, negli obiettivi, alla luce di quello che era la nuova nosografia con il superamento delle malattie infettive da parte di quelle cronico-degenerative quale principale causa di morte e morbilità, con l'affermarsi di una eziologia multifattoriale sempre meno legata a cause naturali (microbi, virus, geni, deprivazione vitaminica) e sempre più dipendente da cause sociali: condizioni di lavoro, di abitazione, di vita, determinate dallo sfruttamento scientifico del capitalismo.

Da qui la necessità che il medico nuovo promuovesse la prevenzione, per la quale era necessario che sapesse collaborare in un gruppo multispecialistico e multidisciplinare, confrontarsi con la realtà dei luoghi di lavoro e di vita, con i lavoratori, i cittadini, le loro organizzazioni, essere formato alle discipline che fornivano strumenti di comprensione del sociale: epidemiologia, sociologia, economia politica, economia della salute, ecologia, antropologia, medicina sociale, medicina del lavoro. Non ultimo doveva essere in grado di promuovere la partecipazione (oggi lo chiamiamo *empowerment*) con capacità di ascolto e di comunicazione, accettando la libera espressione della soggettività del paziente

** Già Ordinario di Statistica medica, Università Statale di Milano e Presidente di Medicina Democratica dal 2012 al 2018*

e della sua comunità di appartenenza condividendo il principio di non delega: rifiuto del paternalismo o, come lui lo chiamava, del provvidenzialismo.

Maccacaro credeva che la scienza, e con essa la medicina, dovesse coniugarsi con il rigore, l'immaginazione, l'impegno etico; di questa scienza era l'esponente perfetto unendo rigore etico a immaginazione e creatività spinte fino all'utopia, ben radicato alle proprie basi di scienziato e alla difesa della ragione contro ogni deriva luddistica o ideologica.

Come sosteneva Massimo Gaglio, ordinario di Medicina Interna dell'Università di Catania:

Maccacaro si proponeva non già di distruggere la medicina ma di svelare e di sfidare il potere in essa celato: in qualche modo di «purificare» la medicina stessa, liberandola dalle scorie in essa introdotte dalla logica del capitale, per riportarla a quella scienza dell'uomo e per l'uomo che avrebbe dovuto essere per cambiare le cose nel senso di ridurre le disuguaglianze e l'ingiustizia.

La critica della medicina in quanto strumento del potere e l'impegno a promuovere un percorso di formazione di un medico competente e preparato sul piano professionale (se l'uomo è l'insieme dei rapporti sociali, resta anche organismo biologico, frutto di storia naturale, la cui patologia non è tutta frutto della società), senza derive antiscientifiche ma aperto alle istanze sociali, al protagonismo dei lavoratori e dei cittadini coscienti e responsabili, alla collaborazione con il mondo della buona ricerca clinica, preparato all'uso critico dell'informatica, rifiutando una

formazione basata su di un insegnamento deduttivo che impegnava (e impegna) lo studente ad imparare per un triennio postulati di norma-

lità astratta (anatomici, fisiologici, biochimici) per derivarne i lemmi della patologia generale sui quali fondare lo sviluppo di teoremi diagnostici e le verifiche terapeutiche della clinica, per imparare ad occuparsi di un uomo solo in quanto malato, di un malato in cui si riconosce solo l'individuo, di un individuo la cui storia è ridotta a sintomi e immiserita a cronaca di caso.

Sottolineava che temi di grande attualità e valenza sociale, come le disuguaglianze in salute, l'accessibilità dei servizi, l'inclusione dei soggetti più vulnerabili, la povertà, erano (sono) temi esclusi da tale formazione, emarginati al più entro corsi facoltativi di nessun peso accademico ma rifiutava le nostalgie romantiche che negano ogni funzione alla medicina scientifica, le conquiste del XIX e XX secolo, arrivando a negare l'utilità stessa delle scienze di base e ad esaltare la sola pratica sociale, con la sterile contrapposizione fra formazione politica e formazione scientifica. Quello che raccomandava era che, insieme alle discipline biologiche e cliniche, si insegnasse da subito la medicina sociale collegata con la pratica sociale, proponendo così il capovolgimento della facoltà:

Se volete fare i medici del lavoro non a chiacchiere o per soldi, bisogna che si cominci a dire, anche nelle facoltà di medicina, che un medico del lavoro del servizio sanitario di fabbrica deve passare un terzo del suo tempo sugli impianti, nei reparti, dialogando con i diretti interessati, un terzo dovrà passarlo svolgendo la sua attività, comprese le visite mediche di legge, un terzo dovrà dedicarlo a un processo di formazione permanente all'interno del quale devono partecipare anche gli esposti, i lavoratori.

Una facoltà capovolta dove la forma-

zione cominciasse dalla realtà e non dalla teoria, dalla società non dallo studio del cadavere; denunciava come insufficiente una formazione basata solo sulla biologia del corpo, legata ad un approccio deduttivo, fondata su postulati di normalità anatomica e fisiologica di un uomo astratto e immutevole, in una visione che lasciava ai margini le discipline che avrebbero messo il medico in grado di analizzare il contesto sociale delle malattie, guardare alle “cause delle cause” all’interno del sistema sociale di relazioni entro cui l’uomo reale vive e lavora. Con la formazione tradizionale restavano oscure le responsabilità, e il medico si fermava ben prima di mettere in discussione lo stato delle cose, subendo le lusinghe di una medicina commerciale pervasa da conflitti di interessi, rinunciando al ruolo sociale e politico del medico come avvocato dei poveri affermato da Rudolf Virchow già nel 1848.

Non c’è corso di laurea o scuola di specialità, sosteneva Maccacaro, che produca un medico capace di inserirsi in una comunità urbana o rurale e di averne cura, di intenderne i problemi di malattia, di difenderne il diritto alla salute: questo non è lo scopo della formazione attuale. Si teorizzava infatti, ancora nel 1986, che l’obiettivo della formazione universitaria dovesse essere la produzione della base di un medico non, come Maccacaro sosteneva nel 1971, un medico di base. Ancora oggi non è l’università, in Italia, a formare i medici di medicina generale o medici di base.

Secondo Maccacaro perché il medico si occupasse dell’individuo e della sua comunità, di diagnosi e terapia, di prevenzione, sapesse lavorare in gruppo, allargasse lo sguardo dall’ambito specialistico all’orizzonte extra-sanitario, la sua formazione doveva svolgersi secondo lo schema che propose nell’intervista a *Tempo Medico* del 1971, che prevedeva:

I anno: servizio medico-sociale e studi propedeutici per analizzare la società, con attività pratica accanto ad infermieri e operatori socio-sanitari del territorio;

II anno: morfologia (anatomia macroscopica, istologia, anatomia topografica) e fisiopatologia (fisiologia, patologia, per apparati e integrata, chimica, fisica, biochimica, microbiologia, immunologia) con attività pratica nel servizio medico-sociale;

III-V anno: esperienza medica curativa e preventiva (diagnostica e terapia medica: semeiotica, patologia, clinica e terapia); chirurgia diagnostica e di primo intervento;

VI anno: tirocinio medico, chirurgico, ostetrico, di comunicazione e di educazione sanitaria e pratica di medicina di comunità fianco di un medico o di un presidio sanitario territoriale.

Scopo, come detto, era la formazione di un medico di base capace di aggiornarsi nel corso di tutta la vita professionale, attento alla prevenzione e alla difesa della salute nella comunità di cui era responsabile, formato ai metodi della diagnostica che utilizzasse, oltre a quelli della clinica tradizionale, anche gli strumenti e i metodi forniti dalla nuova tecnologia; preparato a considerare gli aspetti più strettamente decisionali della terapia di cui sapesse bilanciare benefici e rischi, così da scegliere sempre come massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio per il paziente e la comunità.

Quanto al metodo di insegnamento, avrebbe dovuto essere di tipo attivo partecipativo. La giustizia sociale, diceva Maccacaro, può essere insegnata non soltanto introducendo le grandi questioni sociali nel curriculum ma cominciando a viverla e ad applicarla nell’interazione diretta tra docenti e studenti, responsabilizzando gli studenti in un ambiente in cui si possa riflettere criticamente su questioni mediche, sul ruolo sociale e politico

della professione sanitaria, su come rendere i futuri professionisti capaci di analizzare in modo critico il ruolo che la struttura sociale ha nel determinare la salute (oggi parliamo di

determinanti sociali della malattia, Wilkinson e Marmot, 2006) e la sua disuguale distribuzione all'interno della popolazione di cui è responsabile:

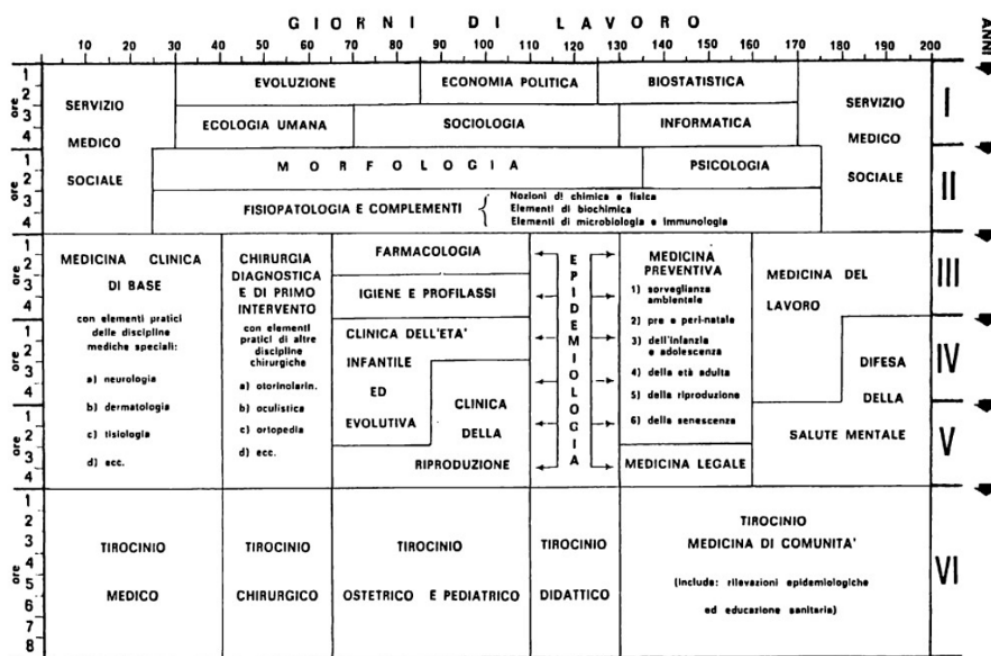


Figura 1. Schema contenuto in “Una facoltà capovolta”, 1971, in “Per una medicina da rinnovare”.

Il modo della conoscenza oggi è profondamente cambiato ma prevalentemente solo per la dimensione tecnologica, di fronte alla quale la politica abdica e lascia la soluzione dei conflitti socioeconomici al mercato, a scapito della difesa di ambiente e salute, alla ricerca del massimo profitto e alla rendita finanziaria (privatizzazione, commercializzazione, finanziarizzazione della medicina). Il connubio fra scienza ed economia favorisce l'egoismo di chi esige i benefici e lascia ad altri le nocività. È cambiata anche la dimensione dei conflitti: un tempo locali, centrati sulla fabbrica, creduti risolvibili con la tecnica grazie alle risorse fornite da una crescita supposta illimitata, oggi di scala planetaria, dove agiscono finanza e mercato, con politica e scienza al traino, senza più

l'illusione di una crescita illimitata. Ma oggi come allora partecipazione e scambio di conoscenze restano i caratteri fondanti della solidarietà fra lavoratori, popoli, ricercatori che subiscono lo sfruttamento e l'inquinamento, spesso la distruzione ambientale, e che pretendono il riconoscimento di bisogni fondamentali e universali dell'umanità e la decisonalità nella selezione dei processi e dei beni in grado di soddisfarli entro i limiti della natura (sostenibilità). Tutto questo è reso possibile anche dalla utilizzazione delle nuove tecnologie (informatica, Intelligenza Artificiale) che però si tratta di non limitarsi a trasferire al settore sanitario dai settori nei quali sono state sviluppate con altre finalità. È sempre un errore considerare la loro applicazione alla medicina come

una neutrale applicazione di tecniche in ambito differente.

Maccacaro impegnò la propria riflessione anche a considerare quali erano le condizioni per l'utilizzo dell'informatica (allora si diceva del calcolo elettronico) nei campi della medicina e della sanità, dalla prevenzione alla diagnostica; si impegnò a produrre, ad esempio, il software (Programmatore Olivetti 101) e le riflessioni necessarie (A.B.D.C.E. - Applicazioni Biomediche del Calcolo Elettronico, la prima rivista da lui fondata presso l'Istituto di Biometria nel 1966) per adattare la nuova tecnologia alla medicina. Rispetto a quanti allora erano scettici, ricordò la seguente frase:

Non è credibile che tale strumento possa mai entrare nella pratica corrente, quale ne sia il suo valore: perché un suo uso non inutile implicherebbe indugi e disagi così per il paziente come per il medico; soprattutto perché tutto ciò che lo definisce o lo caratterizza è straniero al nostro metodo ed al nostro costume

scritta nel 1834 a proposito dello stetoscopio che Laënnec aveva da poco inventato per l'auscultazione del cuore e dei polmoni, oggi divenuto simbolo della professione medica.

Maccacaro sosteneva che bastava riflettere sull'evoluzione della diagnostica – ai primi del novecento fondata solo sul contatto diretto con il paziente con ispezione, palpazione, percussione, auscultazione, e arricchita poi via via da un'imponente ricchezza strumentale; sulla massa di dati da gestire da parte del SSN forniti dalla prevenzione secondaria; sulla necessità di archiviare e utilizzare dati prodotti dalla ricerca epidemiologica sulle malattie degenerative, orientata sull'ambiente di lavoro e di vita, sull'alimentazione, sull'interazione con la genetica di popolazione per identificare l'intricata trama dei rapporti causali e predisponenti da

cui estrarre informazioni di grande rilevanza per la biologia a livello di individuo, famiglia, comunità – per rendersi conto della necessità dell'informatica, sempre che se ne facesse un uso corretto e non per consentire grandi profitti a chi volesse utilizzarla commercialmente come oggi si fa nella “inconsapevolezza(?)” o “insipienza” dei governi.

Si trattava di allestire un osservatorio permanente della vita sanitaria della comunità, con l'attenzione portata anche al monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci, e a favorire l'accesso a tali dati ad ogni medico per facilitare la diagnosi, la gestione del paziente, la promozione della prevenzione e non per promuovere la formazione di un nuovo mercato. Per questo auspicava la diffusione e la redistribuzione delle competenze informatiche, centrate sulle USL, perché solo la distribuzione delle conoscenze poteva essere l'antidoto alla segregazione di competenze.

Anche per tutto questo Maccacaro vedeva la necessità di una ristrutturazione profonda dell'organizzazione sanitaria, per coordinare, trasformare, conservare enormi quantità di informazioni e indirizzare l'intervento medico (indagine anamnestica, esame obiettivo, diagnostica strumentale, previsione prognostica, raccomandazione terapeutica) in tutte le sedi (domiciliare, ambulatoriale, territoriale, ospedaliera) e per tutti gli attori implicati: medico generale, specialista, ospedaliero, radiologo, analista, infermiere, tecnico, paziente.

Nel considerare il rinnovamento della medicina non trascurò una figura come Archibald Cochrane (1972) che aveva, a suo avviso, inaugurato l'economia politica della salute con il libro *Inflazione medica*, non a caso da lui fatto tradurre nella collana Medicina e Potere. Cochrane determinò con le sue idee la nascita di quella che oggi è nota come EBM (medicina basata sulle evidenze) che ha rinnovato la pra-

tica terapeutica. Per Cochrane quando un medico sottopone un paziente ad un ricovero o a una terapia occorre che abbia la certezza che l'assenza di ricovero e di terapia provochino risultati peggiori, sulla base di un metodo comparativo quantitativo (RCT: randomized controlled trial) che confronti i risultati fra diversi atti medici e assistenziali per valutarne l'efficacia pratica:

tutto ciò che è di documentata efficacia deve essere reso disponibile gratuitamente a tutti coloro che ne abbisognano

era la sua conclusione.

Anche in questo caso la questione è politica, coinvolge tutti, non solo i tecnici, riguarda le scelte che il SSN deve fare per promuovere la *effectiveness* (efficacia pratica) e garantire la *efficiency* (efficienza economica). La prima riguarda la funzione sanitaria, ha la promozione della salute come obiettivo, la seconda riguarda il funzionamento dell'organizzazione sanitaria, ha la sostenibilità economica come obiettivo: ma la prima è condizione necessaria per la seconda. Irrilevante sarebbe l'efficienza senza l'efficacia.

Maccacaro, in sintesi, auspicava per il medico nuovo una buona preparazione di base biologica e clinica, non solo nozionistica ma anche metodologica, dato l'invecchiamento rapido delle conoscenze che rende necessario che lo studente sia da subito abituato alla ricerca autonoma di letteratura, stimolato all'aggiornamento continuo, posto in condizioni di rinnovare il patrimonio di informazioni, mantenendo i contatti con la produzione scientifica della ricerca clinica. Al tempo stesso raccomandava la formazione alla collaborazione con specialisti, servizi ospedalieri, ambulatoriali, personale sociale e assistenziale, tecnici di laboratorio oltre che con le realtà territoriali, per collaborare con

la popolazione e le sue organizzazioni (sindacati, associazionismo di base, amministrazioni comunali) nella rimozione delle cause sociali di malattia (fabbrica, scuola, ambiente, quartiere, zona agricola).

La formazione attuale fa crescere gli studenti nella scala del cinismo e decrescere nella scala dell'umanitarismo dal primo al sesto anno di facoltà, deteriorando i valori morali man mano che crescono le conoscenze tecniche, con una successione di materie del corso di laurea che impedisce la comprensione unitaria dell'organismo umano nella sua complessità e storicità, con l'insegnamento basato sulla trasmissione unidirezionale di nozioni verbali, senza stimoli alla verifica pratica, favorendo l'apprendimento di parole anziché di attività.

Solo se prevale nella riforma sanitaria la domanda di un medico nuovo (con motivazioni scientifico-umanitarie anziché mercantili, con rapporto di lavoro a tempo pieno, con funzioni terapeutiche-preventive, con capacità di lavoro di gruppo); se prevale nella riforma universitaria l'indirizzo innovatore (diritto allo studio per modificare la selezione di classe, gestione sociale per spezzare la separazione fra università e società, rapporto fra didattica e ricerca per passare dal nozionismo all'apprendimento attivo) si avrà la formazione di un medico nuovo.

Le riforme sono processi di trasformazione e di adeguamento permanente, non singoli atti legislativi. Promuovere una riforma significa avviare un processo di sperimentazione delle innovazioni, sulla base di un progetto ben definito e di obiettivi di cui poter controllare il conseguimento. Ogni riforma richiede l'impegno e il supporto di ampie masse di popolazione e non può riguardare solo i professionisti:

- in Inghilterra, il SSN (NHS) è stato varato nel 1948 contro la volontà della grande maggioranza dei medici che

l'hanno osteggiato a lungo e ostacolato;

- negli Stati Uniti, i medici non solo hanno lottato contro ogni riforma sanitaria ma hanno perfino impedito che se ne parlasse. Ogni volta che si è proposto di passare dal pagamento individuale o dalle assicurazioni private alle assicurazioni sociali, al SSN, le associazioni mediche sono insorte e hanno finanziato campagne di opinione, esercitando pressioni sul Congresso sostenute dall'industria della salute;

- in Cile, nel 1973, i medici più qualificati culturalmente lavorarono con Unidad Popular ma la massa dei medici fu una delle forze d'urto che hanno creato la base su cui si è innestato il colpo di stato;

- in Italia, queste opposizioni sono state finora evitate ma la situazione non è consolidata. Bisogna favorire la partecipazione popolare alla definizione del progetto per estendere e rafforzare la collaborazione e favorire la nascita di una nuova medicina.

Il percorso verso la formazione di un medico nuovo è lungo. La formazione universitaria continua a sfornare personale inadeguato a rispondere ai bisogni della popolazione e che rimpingua le file di un esercito di professionisti indifesi di fronte alle lusinghe della medicina commerciale, impreparati ad affrontare un'eziologia

sociale complessa, attratti dalla deriva privatistica, con buona pace di un SSN già pensato dai padri costituzionali come universale e solidaristico. Come descritto negli anni '70 dello scorso secolo da Massimo Gaglio tale formazione prevede:

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

Il percorso è lungo ma non può che iniziare con un primo passo.

Bibliografia

- Giorgio Bert (2011): *Medicina e Potere in Medicina e Potere. Studio in onore di Massimo Gaglio* – Euno Edizioni
- Giulio Alfredo Maccacaro (1979): *Per una medicina da rinnovare Scritti 1966-1976* – Giangiacomo Feltrinelli Editore
- Richard Wilkinson, Michael Marmot (2006): *I determinanti sociali della salute* – WHO 2nd ed
- Massimo Gaglio (1971): *Medicina e profitto* – Sapere Edizioni
- Archibald Cochrane (1978): *Inflazione medica*; Giangiacomo Feltrinelli Editore



L'Italia del verso giusto, finalmente non più “al rovescio”, nel centenario della nascita di Basaglia e Maccacaro

Di Mauro Giovanni CARTA*

LE COMMEMORAZIONI NEL CENTENARIO DI BASAGLIA

Un amico e collega brasiliano mi ha invitato a scrivere qualcosa sul centenario della nascita di Basaglia. Ho avuto una sorta di blocco, che non riuscivo a spiegarmi. Poi l'amore per la letteratura brasiliana mi ha aiutato a comprendere il mio stato d'animo. Così per analogia mi è venuto alla mente un celebre romanzo di Jorge Amado, dove Pedro Archanjo, ex bidello dotto della facoltà di medicina di Bahia e antropologo autodidatta, viene riscoperto da un ricercatore americano che si reca a Salvador per conoscere il contesto culturale dello studioso dimenticato (Amado 1969). L'intelligenza borghese di Bahia, con complessi di inferiorità rispetto all'accademico americano, si impegna perciò in una cerimonia commemorativa surreale, dove tutti i rappresentanti di quelle componenti sociali con cui Pedro Archanjo si era sistematicamente scontrato, esaltano la memoria del “grande baiano”, che ovviamente non sanno manco chi fosse stato.

Le commemorazioni nella mia nazione del centenario della nascita di Franco Basaglia potrebbero presentare delle analogie. Chiunque, in questo momento in Italia, soprattutto quelli che sono stati (e continuano ad essere) i peggiori nemici della riforma, enfatizza la “rivoluzione copernicana” della chiusura dei manicomi, A differenza che nel ro-

manzo di Jorge Amado, in questo caso, gli epigoni tardivi, si affrettano a precisare che, ...però, ...ahimé...purtroppo... la riforma in Italia non si è potuta realizzare perché, in fondo, aveva un che di utopico. Dietro un disappunto di facciata, si invia il messaggio tranquillizzante “è stata una bella avventura ma (meno male) questa follia sta velocemente rientrando nei ranghi”.

LA DISABILITÀ PSICOSOCIALE NEL MONDO CHE RADDRIZZA CIÒ CHE È AL ROVESCIO

Figurarsi se nel bel mezzo della recessione globale e con l'Italia fanalino di coda, si può pensare che ci siano risorse da sperperare per i matti. Oggi il punto di vista della maggioranza rumorosa è che il mondo non può essere al “rovescio”. Ossia, in questa realtà minacciata dalla crisi economica dell'occidente, dalla perdita di peso politico, dall'invasione di immigrati di tutte le etnie, coloro che reggono la nazione, ossia gli etnicamente italiani, socialmente affidabili e adeguati, sani ed efficienti, non possono privarsi di beni per pagare cure utopiche per persone fuori di testa che non producono se non grattacapi sociali. Nell'attuale senso comune spopola il concetto che le minoranze che generano instabilità non possono essere tutelate contro gli interessi del verso “giusto” della maggioranza (cfr Vannacci 2023). Per giun-

**Università di Cagliari, Agreement WHO-UNICA per lo sviluppo del progetto QualityRights nell'area mediterranea*

ta nel campo della disabilità, secondo l'Italia di oggi, non tutte le disabilità sono uguali di fronte al diritto (Orwell docet) e le disabilità psicosociali più che supportate, vanno educate e, magari, "raddrizzate". Il che si traduce nell'uso esclusivo di neurolettici (meglio se long acting), senza nessun progetto di inclusione sociale, il ripristino di misure di sicurezza e dell'isolamento quando "necessario", cioè sempre. Tutto ciò è ben più attuale del pensiero di Basaglia che si occupava del riscatto di umili, derelitti e reclusi. A dimostrazione della crisi e dell'involuzione morale dell'Italia, ex paladina dei diritti, questo paese spende per la salute mentale, in questo momento storico, meno del 4% del budget totale sanitario, mentre gli altri stati europei (di simile reddito pro-capite) mediamente dedicano alle disabilità psicosociali, oltre il 10% del budget sanitario. Inoltre, spendiamo male (o bene se il punto di vista è isolare e recludere), perché ovunque è un fiorire di "centri residenziali" spesso situati in luoghi periferici dove nessuno andrebbe a vivere, quando non in zone industriali o commerciali. In queste orripilanti "strutture di accoglienza" non infrequentemente, chi ha disabilità psicosociali vive mescolato con persone con problemi motori o con anziani con declino cognitivo. Si tratta di luoghi di segregazione peggiori dei vecchi manicomi, in cui si cercava almeno di salvare la facciata costruendo begli edifici in luoghi salubri e all'apparenza amena. Per le nuove carceri lo stato elargisce a lobbies bipartisan, che spesso impiegano personale sottopagato e inadeguato ma, si sa, per fare il guardiano dei matti non è che servano specifiche competenze. Un vero affare che presuppone come corollario il collasso di qualsiasi forma di assistenza vicino ai luoghi di vita "nel territorio". Perché dopo aver pagato i conti dei manicomi privati non rimane nulla per il resto. Infatti, i centri di assistenza "territoriali" sono in grave affanno e sottodotati di persona-

le, tranne che di infermieri in genere in numero di 4-5 a turno per ciascuna unità territoriale. Gli infermieri non servirebbero in così gran numero se l'obiettivo fosse l'inclusione sociale, e sarebbero più utili altrove, mentre nei centri di salute mentale manca del tutto, o è fortemente carente, il personale per la cosiddetta "riabilitazione".

Che dopo Basaglia sia arrivata la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD) ha ben poca importanza. Anche il fatto che l'Italia abbia firmato e ratificato la convenzione sottoponendosi al controllo della commissione ONU. Questi nuovi manicomi sono infatti contrari alla legge italiana e a molti articoli, incluso il 25, della CRPD. La situazione, in teoria deprecabile, è però accettata e condivisa dalla gente, ecco perché nessuno avanza riserve sulla sua legalità. Nel nostro paese si firma tutto, tanto poi chisseneffrega, i trattati, e ancor più la CRPD, sono solo un consiglio non vincolante. Ma siccome i trattati sulla disabilità sono anche leggi europee (che non rispettiamo) ne consegue una valanga di giuste figuracce presso le alte corti, proprio per l'Italia, una volta, faro e paladino dell'insegnamento di Basaglia.

ELEMENTI CHE HANNO FAVORITO IL DECLINO DELLA VISIONE BASAGLIANA

Vero è che nella riforma basagliana c'erano, in nuge, alcuni elementi che ne hanno favorito il declino. Come d'altro canto avveniva, in parallelo, alla società italiana che della stessa riforma era stata la cornice e che, dal dopoguerra fino alla fine degli anni '70, aveva mostrato un'esplosione di produttività, creatività e anche di cultura della tolleranza (Carta, Angermeyer and Holzinger 2020).

Nei giardini dell'allora ospedale psichiatrico di Trieste, capitava che si incrociassero i due codazzi dei protagonisti della disputa di allora. Da una parte Basaglia con un variopinto seguito di operatori, sindacalisti, ex degenti

ora membri delle cooperative e reporter internazionali, dall'altra il Professor Campailla, cattedratico di psichiatria e preside della facoltà di medicina, discendente da una nobile dinastia siciliana, con il suo seguito di ossequiosi assistenti, tutti rigorosamente in camicia bianca, in doppio petto i più alti in rango. Si guardavano in cagnesco, quasi si ringhiavano addosso, come due branchi di lupi. Con arroganza reciproca. Gli uni forti della convinzione di battersi per i diritti degli oppressi, con il supporto della solidarietà popolare, dell'attenzione mediatica internazionale e dell'appoggio di politici, gli altri, dall'alto della presunta scienza e della tradizione medica. Presunta perché, a leggere oggi gli scritti di quei protagonisti, emerge un'impostazione riduzionista e pseudoscientifica laddove si identificava il supposto (e da dimostrarsi in futuro) danno neurologico con la "malattia nervosa" (Campailla 1982). Non esistevano né le evidenze né i presupposti per classificare come prodotto di malattia (con definiti etiopatogenesi, danno, quadro clinico e decorso) i fenomeni di disabilità psicosociale.

A ciò si contrapponeva l'evidenza che l'arsenale teorico della scienza medica era diventato uno strumento di potere. Se questa posizione radicale contro la "medicina ufficiale" era comprensibile all'inizio della "rivoluzione", quando l'imperativo era quello di "de-istituzionalizzare" (cioè distruggere l'ospedale psichiatrico), una nuova sintesi avrebbe dovuto essere elaborata in seguito. Ma ciò non accadde e il periodo post-Basaglia fu caratterizzato dalla convinzione diffusa che l'approccio e la tradizione medica fossero inutili per comprendere la sofferenza mentale o anche solo per offrire un contributo parziale al trattamento di fenomeni così complessi. Fino a posizioni che affermavano, ciò che Basaglia non aveva mai fatto anche in contrasto con altri punti di vista antipsichiatrici, ovvero che la malattia mentale fosse un costrutto derivante dall'oppressione, punto.

A Trieste la frenetica attività culturale coinvolgeva antropologi, sociologi, psicoanalisti. Il "nemico" che recludeva e istituzionalizzava sulla base di ipotesi neurodegenerative mai dimostrate, lo si isolava con azioni di propaganda contro le violazioni dei diritti e con l'appoggio dei politici. Si era ben lontani dalla visione di disabilità come prodotto dell'interazione fra vulnerabilità e barriere oggi ben presente proprio nella CRPD. Sebbene fra i primi a ventilare un simile modello, o perlomeno i presupposti per un suo sviluppo, fossero stati lo stesso Basaglia ed alcuni italiani, forse marginali, ma presenti nel movimento di allora (Jervis 1975, Morosini et al. 2001)

L'EREDITÀ DI GIULIO ALFREDO MACCACARO

Nello stesso periodo, grazie all'azione di un contemporaneo di Basaglia, Giulio Maccacaro, medico ex partigiano, del quale si è celebrato nel 2024 il centenario della nascita come di Basaglia, stava nascendo in Italia una notevole scuola di epidemiologia, anche di epidemiologia sociale, intesa come mezzo per studiare i determinanti sociali delle malattie ma anche la verifica della ricaduta sul benessere collettivo delle scoperte mediche. Maccacaro con la sua attività aiutò a creare il clima che portò alla nascita del Sistema Sanitario Italiano.

La morte precoce di Giulio Alfredo Maccacaro, nel 1977, lasciò molti nemici in eredità ai suoi allievi. Lo studioso aveva attaccato frontalmente le industrie farmaceutiche con polemiche, fra le altre, sull'introduzione tardiva del vaccino Sabin in Italia (perché si dovevano smaltire le scorte) e denunce sull'impiego di bambini con sindrome di down quali "volontari" ai cui veniva inoculato il virus per lo studio dell'epatite. Molti degli allievi di Maccacaro emigrarono, secondo alcuni dovettero scappare, all'estero a causa del clima di intolleranza dell'accademia italiana. Alcuni ebbero grande successo ma non in Italia.

Fa specie che in patria nessuno ricordi più quella scuola mentre il libro di testo di epidemiologia della Mailman School della Columbia University, reputata una delle migliori scuole di epidemiologia al mondo, sia dedicato a Rodolfo Saracci, che di Maccacaro fu uno dei principali collaboratori, ma che spese, come molti altri, tutta la sua carriera all'estero.

Fuori dall'accademia, alcuni che avevano lavorato con Maccacaro o che a lui si ispiravano, trovarono un qualche spazio presso l'Istituto Mario Negri o l'Istituto Superiore della Sanità.

IL MANCATO CONNUBIO FRA LA NUOVA EPIDEMIOLOGIA E LE NUOVE CURE IN SALUTE MENTALE

Il contributo della nuova epidemiologia sfiorò la rivoluzione basagliana ma non la influenzò.

A metà anni 80' un gruppo del Mario Negri e dell'Istituto Superiore della Sanità condusse presso il DSM di Trieste un corso intensivo di epidemiologia con l'intento di promuovere ricerca che testimoniassse l'impatto nella trasformazione delle cure. L'atmosfera triestina in quegli anni era elettrizzante, il vecchio manicomio era stato trasformato in una fucina culturale. Molti servizi, compreso il ristorante, erano gestiti da cooperative di ex degenti, e, in questo si evidenziava l'azione di Franco Rotelli che di quel tipo di impresa sociale era stato il creatore. Il gruppo di ricercatori trascorse dei giorni memorabili ma nessuna indagine scientifica nacque da quel corso.

Pochi anni dopo ancora l'Istituto Superiore della Sanità organizzò una serie di visite che dovevano creare un modello di accreditamento dei servizi di salute mentale. Al gruppo di valutatori partecipavano esperti internazionali di "quality assurance" come Joyce Boillat di Montreal insieme a opinion leader riconosciuti a livello internazionale nel campo della psichiatria (Julian Leff di Londra, Micael Von Cranach di Mona-

co, Robert Giel di Groningen). Durante la visita ai servizi di salute mentale di Arezzo, dopo i primi giorni di disorientamento, soprattutto vista una certa disorganizzazione burocratica insolita per il mondo anglosassone, lo stile di lavoro e gli evidenti risultati (persone che dopo l'ospedale psichiatrico vivevano autonomamente in piccoli appartamenti, cooperative artigiane competitive sul mercato) colpirono favorevolmente i valutatori al punto che Julian Leff al momento delle note di commiato disse che era convinto che si trattasse del miglior servizio di salute mentale mai visto. Ma anche questa affermazione rimane un aneddoto.

Una parte dell'accademia della psichiatria italiana, che si diceva sensibile alla riforma psichiatrica, ma probabilmente anche all'entourage politico che la sosteneva, adottò, ad onor del vero, quella che chiamava un'impostazione epidemiologica alla salute mentale e perciò una "psichiatria epidemiologica" (Tansella 2012). Ma, senza avere la coerenza di un nuovo modello di disabilità e conseguentemente di cosa ci si aspettasse sul benessere di quelle persone, tutto questo si traduceva in un elencare burocratico di risorse strutturali e tentativi di monitorare i decorsi, come semplici contatti con i servizi ed erogazione di cure. Andarono perciò di moda i "registri" di struttura, di servizio e di regione che, ovviamente, sistematicamente chiudevano subito dopo essere stati aperti. Dei veri generatori di noia culturale e dati inutili a parte una documentazione del passaggio iniziale dalle cure ospedaliere alle cure territoriali.

A metà fra l'accademia e gli operatori di prima linea, per azione del CNR, vennero pubblicati una serie di testi (detti "libretti gialli" per il colore della copertina) che cercavano di fotografare ciò che stava avvenendo. Avevano gli stessi limiti della "epidemiologia psichiatrica" accademica e non fotografano un accidente. Nessuno descriveva con indicatori riproducibili quanto le persone che ricevevano le "nuove" cure in

quei servizi riuscissero a “reggere” una vita nel tessuto sociale o se migliorasse la loro percezione di benessere. Dell’era basagliana in letteratura rimangono solo aneddoti. Una ricerca condotta nel 2019 su Pub Med utilizzando le parole chiave “Mental Health; Trieste” ha trovato 117 articoli scientifici a partire dal 1978, anno di entrata in vigore della legge 180 (Carta, Angermeyer and Holzinger 2020). Ma solo 22 studi pubblicati in 41 anni riguardano in qualche misura le cure in salute mentale del centro probabilmente più celebre al mondo. Tuttavia, i più noti erano articoli di opinione/dibattito che non si basavano su misure comparabili, tanto meno su indicatori di esito (Sashidharan et al. 2019; Mezzina 2018; Portacollone et al. 2015; Mezzina 2014; Bavdaz 2011; Dell’Acqua 1999; Dell’Acqua et al. 1998; Mezzina et al. 1992; Lovestone 1986; Lovell 1986; Jones & Poletti 1986; Reali & Shapland 1986; De Leonardis et al., 1986; Dell’Acqua et al. 1985). La tendenza al confronto sulla base di impressioni soggettive, più che di esiti misurabili, non è propria solo di coloro che parlavano a favore del “modello triestino” ma anche di chi lo criticava aspramente come un celebre articolo comparso nella letteratura britannica (Jones & Poletti 1986). Solo 8 articoli in 41 anni illustrano o confrontavano dati affidabili su indicatori di risultato o di processo ma sono su aspetti assolutamente parziali o marginali (Luciano et al. 2016, Killaspy et al. 2016, Salvador Carulla et al. 2005, Mezzina & Vidoni 1995, Vicente et al. 1993, Vicente et al. 1993b, Lesage 1989, Ten Horn 1985). Va notato che l’unico studio che ha condotto misure standardizzate e comparabili negli utenti di oltre 200 centri in 10 paesi ha rilevato che gli utenti del centro di Trieste non hanno avuto ottimi risultati riabilitativi e, anzi, un bassissimo livello nella percezione del rispetto dei diritti (Killaspy et al. 2016). Non sappiamo se questo sia il risultato di una situazione reale o, piuttosto, della bassa riproducibilità

delle misure, frutto di uno studio senza dubbio debole da questo punto di vista, unito alla resistenza a qualsiasi forma di ricerca scientifica, insita nella cultura di Trieste e che probabilmente ha prodotto una rilevazione distorta.

Il concetto di recovery andava maturando ma per misurare fenomeni come l’inclusione sociale bisogna realizzarla, e pensare a modelli di studio e conseguenti indicatori. Molti servizi territoriali stavano verosimilmente producendo benessere ma non avevano la cultura per documentare in maniera riproducibile ciò che stavano facendo. L’accademia italiana non ne aveva né voglia né attitudine, a parte dichiarazioni di prammatica (peraltro sporadiche) di adesione alla filosofia della riforma. In tutta Italia le cliniche psichiatriche divennero una sorta di corpo estraneo al sistema di assistenza. Dei fortini isolati, spesso con posti letto privi di una qualche logica o giustificazione nella strutturazione della rete di cure se non quella di servire per i ricoveri dei pazienti privati dei cattedratici quando avessero bisogno di gestire crisi, di ricevere cicli di terapie endovenose se non di terapie elettroconvulsivanti. Tutto questo non preoccupava i leader della psichiatria territoriale, erano isole senza nessun peso e risonanza, alla fine sarebbero capitolate. Solo che quelle cattedrali nel deserto producevano giovani psichiatri che imparavano a vedere la propria identità professionale come somministratori seriali di farmaci. Sino a quando alcune regioni hanno fornito risorse a sufficienza, i giovani psichiatri, una volta nei servizi territoriali, si rimboccavano le maniche e si adoperavano a gestire sistemi complessi di cure, cosa che peraltro non avevano imparato nelle scuole di specializzazione. Quando il sistema ha iniziato a crollare, mettere insieme senza risorse progetti complessi è diventato rischioso. Il clima era cambiato, il tentativo di includere la persona fragile poteva avere delle ricadute negative. La stampa non era più amica

ed era sempre a caccia della notizia del matto aggressivo o, viceversa, del povero disabile abbandonato dal sistema (scritti anche dallo stesso giornalista in tempi diversi). Lo psichiatra che legava era un mostro ma se una persona con problemi di salute mentale avesse aggredito un passante sarebbe stata colpa dello psichiatra che, evidentemente, non legava abbastanza. Nessuno parlava e parla della mancanza di risorse nei servizi. Anche la gente era diventata ostile (Angermeyer et al. 2017). Gli unici prodotti scientifici che i medici conoscevano, ben propagandati dalle aziende farmaceutiche in sontuosi congressi offerti gratuitamente, erano quelli che dimostravano l'utilità dei farmaci. Mancavano altri contenuti scientifici che potessero giustificare interventi più complessi, la riforma non li aveva prodotti. In questo contesto per il giovane psichiatra era diventato più facile, e giustificabile, fare semplicemente l'unica cosa che, più o meno, sapeva fare, ovvero prescrivere farmaci e isolare il matto. Una marea inarrestabile di giovani professionisti, demotivati e sempre sulla difensiva, invadeva un sistema che era già al collasso di per sé.

COSA RESTA DELLA RIFORMA PSICHIATRICA ITALIANA E DELL'EREDITÀ DI BASAGLIA E MACCACARO

L'Italia attraversa una crisi economica e morale che non investe solo il sistema di cure o il sistema di cure in salute mentale o la percezione del malato mentale. Negli ultimi decenni il nostro Paese ha segnato ritardi sul Pil nei confronti delle altre principali economie europee mentre le retribuzioni hanno perso potere d'acquisto. La maggior parte delle aziende attrici del boom economico italiano dal dopoguerra sino agli anni '80 sono scomparse (si pensi ad Olivetti) o sono totalmente controllate da capitale straniero (si pensi a Pirelli) o hanno dislocato non solo la produzione ma anche la governance (si pensi a Fiat).

Oggi l'Italia è uno dei paesi con il più basso tasso di natalità al mondo (ONU 2024). Dal 2014 al 2023 le famiglie in stato di povertà assoluta sono salite dal 6,2 all'8,5 per cento. Gli individui in povertà hanno raggiunto quasi 6 milioni (ISTAT 2024). Il basso tasso di criminalità è stato uno dei vanti del nostro paese, ma nel 2022, gli omicidi in Italia hanno registrato un sorprendente incremento del 6,2% rispetto all'anno precedente. Dati del ministero dell'Interno relativi al gennaio 2024, registrano un ulteriore aumento del 29% così come un preoccupante aumento dei femminicidi (Ministero dell'Interno, 2024).

La grande creatività in letteratura e nel cinema che ha accompagnato il boom economico e che ha posto l'Italia al centro del mondo è sembrata progressivamente spegnersi.

La legge "Basaglia" era un prodotto culturale degli anni italiani del boom economico e del dialogo sociale in un paese con una radicata tradizione cattolica, parte del "blocco occidentale" ma con il più forte partito comunista dell'occidente, sufficientemente indipendente e non sempre allineato con gli indirizzi dell'Unione Sovietica.

Questo paese non esiste più. L'Italia attuale è un paese che si impoverisce, privo di fonti energetiche, con l'industria in declino, vittima della corruzione e dei conflitti sociali, in cui si percepisce la mancanza dell'adesione a fedi, credo politici o fermenti culturali.

La grande eredità di Basaglia e Maccacaro non muore in Italia ma è lo stimolo per nuovi percorsi e nuovi processi altrove. Ma ogni approccio futuro ai diritti della persona con disabilità psicosociale che si ispiri al grande insegnamento di Basaglia non potrà ignorare un modello di disabilità che superi, sintetizzandoli, i modelli medico e sociale e, in questo contesto, non trascuri, all'interno dell'eredità della cultura medica, quello studio dell'efficacia dei trattamenti complessi e la misurazione dell'impatto sociale che fu l'insegnamento della scuola di Maccacaro.

Bibliografia

- Amado, J. *TENDA DOS MILAGRES*. [1° ed.] Obras Ilustradas de Jorge Amado XVIII. Livraria Martins,. Bahia 1969
- Angermeyer MC, van der Auwera S, Carta MG, Schomerus G. *Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys*. World Psychiatry. 2017 Feb;16(1):50-61.
- Bavdaz B. 'Something has changed'. *Developing early intervention in service in Trieste*. Psychiatr Danub. 2011 Sep;23 Suppl 1:S94-8
- * Campailla G. *Manuale di Psichiatria*. Feltrinelli 1982
- Carta MG, Angermeyer MC, Holzinger A. *Mental health care in Italy: Basaglia's ashes in the wind of the crisis of the last decade*. Int J Soc Psychiatry. 2020 Jun;66(4):321-330.
- De Leonardis O, Mauri D, Rotelli F. *Deinstitutionalization, another way: the Italian mental health reform*. Health Promot. 1986;1(2):151-65.
- Dell'Acqua G, Marsili M, Zanusi P. *The history and spirit of mental health services in Trieste*. Sante Ment Que. 1998 Autumn;23(2):148-70.
- Dell'Acqua G. [The Italian law on psychiatric hospitals. Toward the model of deinstitutionalization]. Epidemiol Psychiatr Soc. 1999 Apr-Jun;8(2):105-11.
- Dell'Acqua G, Cogliati Dezza MG. *The end of the mental hospital. A review of the psychiatric experience in Trieste*. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1985;316:45-69.
- ISTAT 2023 <https://www.istat.it/tag/omicidi/>
- ISTAT 2024 <https://www.istat.it/comunicato-stampa/poverta-assoluta-e-spesa-per-consumi/>
- Jervis G. *Manuale critico di psichiatria*, Milano: Feltrinelli, 1975
- Jones K, Poletti A. *The Italian experience in mental health care*. Hosp Community Psychiatry. 1986 Aug;37(8):795-802.
- Lovell AM. *The paradoxes of reform: reevaluating Italy's mental health law of 1978*. Hosp Community Psychiatry. 1986 Aug;37(8):802-8.
- Lovestone S. *The Trieste experience*. Lancet. 1986
- Mezzina R. *Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need*. Epidemiol Psychiatr Sci. 2018 Aug;27(4):336-345. doi: 10.1017/S2045796018000070. Epub 2018 Mar 6.
- Mezzina R. *Community mental health care in Trieste and beyond: an "open door-no-restraint" system of care for recovery and citizenship*. J Nerv Ment Dis. 2014 Jun;202(6):440-5. doi: 10.1097/NMD.0000000000000142.
- Mezzina R, Mazzuia P, Vidoni D, Impagnatiello M. *Networking consumers' participation in a community mental health service: mutual support groups, 'citizenship' and coping strategies*. Int J Soc Psychiatry. 1992 Spring;38(1):68-73.
- Ministero dell'Interno, 2024 https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2024-01/08_settimanale_omicidi_al_7_gennaio_2024.pdf
- *● Morosini P, de Girolamo G, Picardi A e Di Fabio F. *Progetto Nazionale Salute Mentale. Rapporto conclusivo*. ISTISAN 2001
- ONU 2024 <https://population.un.org/wpp/>
- Portacolone E, Segal SP, Mezzina R, Scheper-Hughes N, Okin RL. *A Tale of Two Cities: The Exploration of the Trieste Public Psychiatry Model in San Francisco*. Cult Med Psychiatry. 2015 Dec;39(4):680-97. doi: 10.1007/s11013-015-9458-3.
- Reali M, Shapland J. *Breaking down barriers: the work of the Community Mental Health Service of Trieste in the prison and judicial settings*. Int J Law Psychiatry. 1986;8(4):395-412.
- Sashidharan SP, Mezzina R, Saraceno B, Rosen A, Davidson L, Frances A, Kendall T. *Basaglia's impact*. Lancet Psychiatry. 2019 Feb;6(2):95-96. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30512-1.
- Tansella M. *Psichiatria Epidemiologica*. Il pensiero scientifico editore 2012

Impegno civile. Nuovi saperi e iniziative sociali

Di Francesco CARNEVALE*

*Versione integrale dell'Intervento al Convegno
"Scienza, Salute e Società. Rileggendo Giulio A. Maccacaro"
ACCADEMIA NAZIONALE DEI LINCEI; CENTRO LINCEO INTERDISCIPLINARE «BENIAMINO SEGRE» 26.11.2024*

In una memorabile occasione pubblica, "*di movimento*", in un convegno di militanti per la sanità pubblica ed in particolare della salute in fabbrica promosso dal Partito di Unità Proletaria a Firenze nel novembre 1973, Giulio Maccacaro si assume l'incarico di esporre, con un chiaro intento didascalico e politico, la storia della salute della classe operaia, proponendone delle chiavi interpretative, ed inculcando stimoli adeguati a segnare le prospettive.

Nasce così, con il titolo *Classe e salute*, un trattato condensato, ideologico e nel contempo pratico, un manifesto, subito molto apprezzato, citato e considerato da molti autorevole anche da un punto di vista scientifico e storiografico; un testo che appare pensato e scritto per essere inserito, anche a futura memoria, tra quelli del "*pensiero radicale*" e per comparire in una "*biblioteca morale*".

La trattazione inizia descrivendo le varie fasi in cui si è dispiegato il "*perverso*" impegno del capitale nei confronti della salute operaia. Subito dopo l'autore propone la periodizzazione dell'atteggiamento del "*lavoro*", cioè della classe operaia, sullo stesso argomento, "*l'una è dialetticamen-*

te inseparabile dall'altra"; i termini del processo vengono connotati in funzione delle lotte che la classe non ha condotto oppure, da un certo momento in poi ha potuto ed ha saputo condurre. Maccacaro pone particolare enfasi al fatto che la transizione verso la fase della "lotta" deve rappresentare anche l'occasione di una maturazione della coscienza politica in seno alla classe operaia e quindi in seno al popolo.

Il ragionamento svolto da Giulio rappresenta una sorta di dimostrazione, motivata ed articolata di una idea chiara, di un postulato, da egli enunciato all'inizio dell'intervento:

"Noi poniamo la salute della classe operaia al centro di ogni problema medico, scientifico e politico".

L'autore ci tiene a far risaltare il debito da lui contratto, sia per quanto riguarda la metodologia dell'analisi che per le conclusioni alle quali ci conduce per mano, ad una visione strettamente marxiana della economia e della storia: lo sviluppo capitalistico e le sue mutevoli organizzazioni del lavoro rappresentano il filo che segna l'intero processo; il capitale che

* medico
del lavoro, Firenze

si è accumulato sacrificando la salute operaia deve fare i conti con la salute operaia; salute che ormai non può essere oggetto di transazione ma soggetto di contraddizione; quindi annuncia la forte considerazione conclusiva:

“come voleva Marx, [la salute] nasce dalla classe ma è, oggi, veramente ‘a nome’ di tutti gli uomini”.

Studiare e ricordare Maccacaro vuol dire studiare un pezzo di storia d'Italia, e non soltanto della salute pubblica; in questo campo il protagonismo dei lavoratori si è realizzato in forme dirette e con una capacità di indirizzo nel metodo di intervento e nei criteri di valutazione.

Certo l'ipotesi sottesa a questi avvenimenti era quella di un mutamento più radicale dei rapporti sociali tanto da definire, e per sempre, nuovi rapporti di potere e nuovi indirizzi produttivi ed economici.

Giulio Maccacaro ha una solida cultura economica e sociologica ed una conoscenza degli avvenimenti storici; nella biblioteca del suo istituto venivano quasi ostentati classici del marxismo ed anche le annate di Quaderni Storici, un periodico di ricerca storica. Le nozioni storiche delle varie fasi delle vicissitudini della salute in fabbrica e delle difficili iniziative di difesa del proletariato descritte da Giulio debbono avere ricevuto suggestioni dal fondamentale lavoro di ricerca di Stefano Merli, *Proletariato di fabbrica e capitalismo industriale*, pubblicato nel 1973.

Maccacaro in sintesi auspica e vede una svolta storica della quale è utile cercare di capirne le caratteristiche più originali:

«a. Anzitutto il ritiro della delega che ha significato per la classe operaia non soltanto un mutato rapporto con il tecnico della salute ma la scoperta della propria capacità di parlare finalmente in prima persona della salute e di altre cose (...)

b. Da qui l'immediata individuazione di una dimensione “mentale” del proprio benessere-malessere, non più inteso come conformità-difformità ai modelli lavorativi e organizzativi del lavoro proposti dal sistema di produzione, ma come liberazione della soggettività del lavoratore (...)

c. Ed allora il riconoscimento di un quarto gruppo di fattori di nocività che, aggiungendosi a quelli della nocività ambientale generica, della nocività ambientale specifica e della fatica fisica, determina e autentica finalmente una sofferenza operaia che sta oltre la malattia professionale e l'infortunio di cui alle tabelle assicurative.

d. Ed ancora l'emergenza del gruppo operaio omogeneo come soggetto reale (...)

e. Da qui l'inchiesta di fabbrica, nelle diverse forme del questionario e dell'indagine, il controllo ambientale di salute nei diversi tipi di gestione diretta e mediata...

f. Ed infine la nuova consapevolezza del rapporto tra fabbrica e territorio, cioè l'intelligenza della fabbrica quale luogo di massima concentrazione di una nocività complessiva, intesa come uso capitalistico dell'uomo e dell'ambiente, che si estende in ogni “dove” sociale (...)

I riferimenti obbligati ai quali aderire e semmai sviluppare in maniera creativa sono quelli della così detta “linea sindacale della lotta alla nocività” originata dalla *Dispensa sull'ambiente di lavoro* della Federazione Impiegati Operai Metallurgici, pubblicata a Torino nel 1969 e dell'esperienza specifica torinese che riconosce come artefici un gruppo di operai della Fiat ma anche un medico, Ivar Oddone, ed un sindacalista, Emilio Pugno. La sua fortuna è immediata e strepitosa tanto da guadagnare non solo il favore e l'interesse di singoli e gruppi di lavoratori e di tecnici ma anche di organizzazioni sindacali centrali ed anche

della unitaria Federazione Lavoratori Metalmeccanici; è proprio la FLM che nel 1971 la ripubblicherà trasformandola in “bibbia”, strumento ufficiale di formazione degli operatori sindacali e dei lavoratori, di confronto con quelli di buona volontà della comunità scientifica e di rivendicazione in sempre più numerosi luoghi di lavoro. Il lavoratore reso graficamente nella *Dispensa* è di grande impatto e supporta egregiamente i messaggi, gli slogan, i metodi di carattere tecnico comunicando una “*linea politica*” che risulta così assoluta, del “*tutto o nulla*”, rigorosa e rigida, senza possibili alternative ed anche inattaccabile ed infatti poco ed inutilmente è stata intaccata, anzi ha fatto proseliti anche all’interno dell’accademia. I contenuti della *Dispensa* più che la gran messe di materiali accumulati dalla medicina del lavoro ufficiale, tende a spodestare i detentori, quelli “*autorizzati*” alla raccolta ed al trattamento dei dati; in riferimento alla psicologia sociale riesce a reimpostare e finalizzare strumenti esistenti, diffusi in altri paesi e meno in Italia; stimola ad invertire di segno e quindi i significati di alcuni dei capisaldi emersi dalla applicazione, specie negli Stati Uniti, delle *Human Relations* ed in primo luogo la teoria dei “*piccoli gruppi*” di lavoratori.

L'impostazione di fondo della “*linea sindacale sulla nocività*” ed anche della “*dispensa*” oltre che ad alcune concezioni marxiane sembra far riferimento ed essere debitrice alla tesi di Antonio Gramsci sull’“*egemonia*” ma anche ad alcuni tratti sull’“*inchiesta*” e sull’“*operaismo*” divulgati proprio a Torino nei primi anni ‘60 dalla rivista *Quaderni Rossi* ed anche, indirettamente, alle esperienze francesi della celebre rivista *Socialisme ou Barbarie*.

La fortuna del modello si accresce grazie a risultati tangibili in termini di salute e quindi sulla base della constatazione, fatta in primo luogo da parte

dei diretti interessati, che lo strumento, se utilizzato, “*paga*” e, più in generale, che le condizioni di lavoro non sono “*oggettive*”, date una volta per sempre, ma possono essere cambiate con effetti apprezzabili anche a breve scadenza, e ciò almeno nelle aziende più grandi, dove è presente ed attiva l’organizzazione sindacale.

Autorevole e calzante appare il giudizio espresso dal sociologo del lavoro Federico Butera:

«[con la “linea sindacale per la salute”] Si ha avuta in Italia una attività conoscitiva adeguata, scientifica, sul lavoro, l’organizzazione industriale e sugli effetti relativi alla salute dei lavoratori; si è trattato di una attività conoscitiva (ricerca irrituale) e di interventi conseguenti (con veri risultati preventivi) condotti con modalità diverse e da soggetti inconsueti rispetto al mondo classico della ricerca di scienze sociali ed al riconoscimento del diritto alla prevenzione dovuto dallo stato e dalle istituzioni».

La periodizzazione della storia della salute proposta da Giulio ha avuto consenso ed ha stimolato altri autori ad approfondire l’argomento; il medico e politico Giovanni Berlinguer volendo rendere ragione della realtà dell’avanzamento delle condizioni di salute, sicurezza e longevità tra le classi lavoratrici dei paesi capitalisti, individua il motore di un tale cambiamento nell’intreccio di almeno quattro fattori: il progresso delle scienze mediche, lo sviluppo della produzione industriale e agricola, l’azione dello Stato, le lotte sociali e le organizzazioni dei lavoratori. Vengono così individuate tre fasi “*alte*”: quella caratterizzata dall’opera di Bernardino Ramazzini, collocata temporalmente alle origini del secolo dei Lumi; una seconda, che si concentra tra la fine del XIX e il primo decennio del secolo successivo, che vede come protago-

nisti alcuni studiosi “*appassionati e valorosi*”, taluni pubblici amministratori e anche lavoratori e organizzatori sindacali; infine, vi è una terza fase, i cui prodromi sono da ricercare agli inizi degli anni ‘60, con movimenti e realizzazioni che si sviluppano fino alla fine degli anni settanta.

I due momenti che più esaltano il contributo complessivo dell’esperienza italiana di medicina del lavoro al dibattito internazionale sui modelli d’intervento tecnicamente denominati oggi di “*promozione della salute*”, trovano un fondamentale elemento in comune nel protagonismo operaio.

È cosa ardua dare seguito all’esigenza più o meno inconscia e sollecitata da alcuni di “attualizzare” l’opera di un grande pensatore e uomo d’azione come Giulio Maccacaro. Alla realizzazione di un tale obiettivo sono state dedicate importanti iniziative commemorative come quelle realizzate in occasione del primo e del secondo decennale della sua scomparsa. Queste operazioni sono sicuramente valse a meglio storicizzare il multiforme e ricchissimo profilo dell’uomo. Ne risulta il ritratto di un protagonista assoluto della sua epoca. La sua opera è strettamente correlata ai cambiamenti che si sono prodotti negli anni ‘70 nella società, nella cultura scientifica e generale ed anche negli ambienti di lavoro. Il binomio “*esperto e rosso*”, tanto abusato in quegli anni, è l’attributo che meglio si addice a Giulio Maccacaro. Il suo patrimonio culturale e scientifico, la capacità di disseminarlo e di applicarlo nella giusta direzione e nelle migliori occasioni assume il significato di un investimento a lungo termine e comunque un valore da ricercare e da riproporre. Come derivanti dall’insegnamento complessivo di Giulio sono da considerare almeno due situazioni tuttora decisive nel campo della protezione e della autotutela di ogni genere di lavoratore e quindi di ognuno. In primo luogo il rispetto, con il dovuto arric-

chimento scientifico, dei processi che portano a valorizzare *la soggettività degli individui*; dall’altra una visione più attiva e critica del tecnico e dello scienziato, tale da umanizzare il parametro freddo della “*indipendenza*” in grado di influenzare con sicurezza orientamenti e scelte di campo nelle azioni che hanno un effetto importante sulla società e sugli uomini e le donne.

Atteggiamenti questi che dovrebbero essere attrezzati, aggiornati e finalizzati al raggiungimento di “*cambiamenti*” tanto cari a Giulio Maccacaro e ciò considerando che il binomio “*classe*” e “*salute*” occorre declinarlo in maniera diversa che in passato; oggi il lavoro è prevalentemente liquido, gravido di incertezze che caratterizzano la maggioranza dei lavoratori. Il mondo operaio non è più quello raccontato da Tommaso Di Ciaula in *Tute Blu*, e sono mutati i contratti e il mercato del lavoro e l’assetto del sistema sanitario; la realtà odierna è meglio rappresentata dal poeta operaio francese Joseph Ponthus che nella sua opera letteraria, *Alla Linea*, mostra di aver acquisito conoscenze ed esperienze importanti sul mondo del lavoro attuale e sulle condizioni della moderna “*classe al lavoro*” che, dove esiste, ed esiste, si preferisce denominare, anche in italiano, *Working class* e ciò per comprendere chi fa uno qualsiasi dei lavori oggi in voga e non soltanto l’operaio professionalizzato e magari “*aristocratico*”. In una intervista all’autore, *La fabbrica mangia il tempo, il corpo e la mente*, si affrontano le questioni più rilevanti del suo libro: l’alienazione, l’impossibilità di distinguere tra tempi della vita e tempi del lavoro, la vita in fabbrica, l’immersione in un ambiente diverso dal proprio ceto di appartenenza, il linguaggio adatto per raccontare il lavoro ecc.

Giulio solidarizza con i “produttori di sapere operaio” e principalmente con il *Gruppo di prevenzione e igiene*

ambientale del Consiglio di Fabbrica della Montedison di Castellanza che riconosce come leader Luigi Mara e con questo vengono condotte inchieste “dal basso” sulla nocività in aziende lombarde. È sulla spinta di queste esperienze che nasce *Medicina Democratica*, movimento di lotta per la salute e la rivista omonima:

“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”;

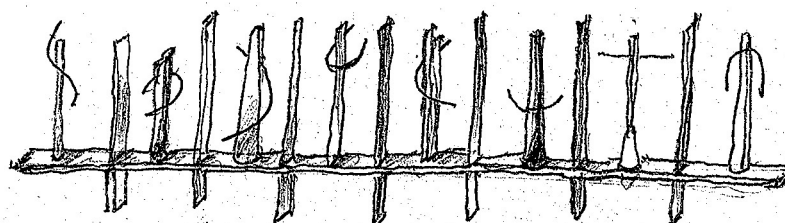
“*movimento*” e rivista tuttora attivi pur con obiettivi ed in contesti mutati rispetto a quello originale.

La Relazione introduttiva di Giulio Maccacaro al convegno costitutivo di *Medicina democratica* tenuto a Bologna il 15-16 maggio 1976 è un manifesto lungo, articolato, compiuto capace di trasferire in pratica, in movimento tutto l’apparato teorico ed ideologico costruito sistematicamente dall’autore e non soltanto da lui nel corso degli anni.

Giulio ed i suoi collaboratori sono stati dei fervidi protagonisti della stagione delle “150 ore”. Come è stato testimoniato:

«Negli anni ‘71-72 si conduceva in una grande fabbrica della provincia

di Milano, la Franco Tosi, una indagine conoscitiva sulla salute dei lavoratori della fonderia di ghisa. Lavoratori, consiglio di fabbrica ed un ristretto gruppo di medici 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. 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 di esame, della quale erano membri il suo assistente, i medici legnanesi che avevano seguito l’indagine, la commissione ‘ambiente’ del consiglio di fabbrica della Franco Tosi. L’impressione che ne ricavammo, al di là dell’irritualità, fu di grande serietà, proprio nel momento in cui l’università veniva accusata di faciloneria nel distribuire lauree e promozioni».



da Fausto Melotti, *Variazione 1965*
Collezione privata

Maccacaro e il potere dell'industria farmaceutica: il talidomide

Di Benedetto TERRACINI*

LA NARRATIVA DI MACCACARO

Il libro *"Thalidomide and the power of the drug companies"* degli svedesi H. Sjostrom (avvocato di parte civile) e R. Nillson (tossicologo e biochimico) uscì come Oxford paperback in Gran Bretagna all'inizio del 1972. La traduzione italiana (di Furio Belfiore e Annalise Wolf) nella collana "Medicina e Potere" di Feltrinelli apparve nel gennaio 1973 (1).

Erano passati oltre 10 anni da quando - nei paesi che improvvidamente avevano autorizzato la commercializzazione di farmaci contenenti talidomide - era impazzata l'epidemia di malformazioni congenite agli arti (ma anche in altri organi) e ne era stata identificata la causa nell'utilizzo materno dell'antiemetico nel primo trimestre di gravidanza. In Gran Bretagna e nella Repubblica Federale Tedesca (RFT) erano state contate migliaia di bambini malformati nati vivi. Nella RFT era stato ingloriosamente sospeso il processo alla Grunenthal (produttrice del Contergan, il più diffuso prodotto a base di talidomide in quel paese). In Gran Bretagna era stata creata la Thalidomide Society successivamente evoluta nel Thalidomide Trust (ancora oggi attivo) e transazioni discretamente accettabili erano state raggiunte nei paesi scandinavi.

"E in Italia?" fu il titolo della presentazione di Giulio al libro. Domanda inquietante, data la grande presenza

del talidomide nelle farmacie italiane: erano italiane sia 7 di 16 industrie europee produttrici di specialità contenenti talidomide, sia 10 di 34 specialità prodotte in Europa. Diversamente da altri paesi, a quei tempi in Italia, non si usava registrare misure di produzione o di consumo dei farmaci.

Tuttavia, un sondaggio informale consentì a Giulio di capire che tra colleghi dell'accademia e della sanità le opinioni prevalenti fossero del tipo «la tragedia colpì molti paesi, ma il nostro ne fu risparmiato», oppure «non si conoscono casi italiani» oppure «il talidomide, nato in Germania, non ebbe vita in Italia». Pareri assolutori (confermati in televisione da una intervista di Emilio Fede a Garattini), difficili da far conciliare con la molteplicità di sorgenti italiane di prodotti a base di talidomide. Per di più, dal sondaggio erano emerse piccole ma significative concentrazioni di bambini focomelici nati da madri che sicuramente avevano consumato talidomide per sedare i disturbi del primo trimestre di gravidanza: almeno 11 a Milano, casi isolati un po' ovunque nella penisola, una manciata a Torino. Questi erano stati pubblicati (2) con parole tra le quali

«non ricorre mai il nome "talidomide", ma la sua versione chimica "imide dell'acido n-ftalil-glutammico" (ignota al pubblico, al medico generico e anche allo specialista) (...)

*Già Università di Torino

Per tutti costoro i soli nomi significativi e memorizzabili sono quelli delle specialità (Imidene, -sedimide, profarmil ecc) che rimandano ai nomi delle rispettive industrie produttrici (SMIT, MUGOLIO, profarma ecc)»

Ce n'era abbastanza per concludere che:

«non è vero che l'industria farmaceutica italiana non abbia prodotto e commerciato, in varie forme e sotto diversi nomi, il funesto talidomide: è probabile che da noi il flagello delle focomelie sia rimasto al di sotto di quelle della Gran Bretagna».

Sottovalutazione del fenomeno quindi, che si accompagnava, a dieci anni di distanza, a una cappa di silenzio sulle vittime, nel milieu accademico, nei media, nell'opinione pubblica. Eppure:

«(Se sono vivi) (...) si ha il diritto di sapere come e dove si svolge la loro esistenza (...) chi li ha in cura e in che modo (...) chi li assiste in questa fase (...), ancora più terribile, dell'ingresso nell'adolescenza. Per loro la tragedia del talidomide non appartiene al passato, ma vive e cresce con loro. Per tanta offesa (...) impone, a chi ne porti l'obbligatoria responsabilità, di mitigarne le conseguenze con ogni mezzo e misura».

Alternativamente, non se ne parla perché sono tutti morti? Ma allora si ha il diritto di sapere perché i bambini talidomidici italiani sono morti, mentre vivono tuttora e crescono il 40% di quelli inglesi, svedesi e tedeschi».

Come Giulio fa notare, agli inizi degli anni '70 in Svezia e Gran Bretagna le industrie responsabili (rispettivamente, Astra Company e Distillers Co. Ltd) hanno versato soldi per ogni bambino colpito, con rendite annue corrispondenti (al netto di inflazioni) di capitali

dell'ordine di 50-150 milioni di lire. In Germania Occidentale, la Grunenthal si è impegnata a versare l'equivalente di complessivi 21 miliardi di lire (ndr: per bambino, almeno un ordine di grandezza inferiore agli altri due paesi). E in Italia?

Per 8 vittime, la limitata documentazione raccolta da Giulio indica, oltre ai nomi dei bambini, quello delle 6 ditte produttrici dei medicinali che li hanno fatti nascere malformati. Tuttavia

«Nessuno sembra aver richiesto alle 6 sorelle farmaceutiche di farsi carico finanziario di quegli 8 bambini. Ma forse un bambino focomelico italiano vale meno o soffre meno del suo compagno svedese, inglese e tedesco? Oppure non vale niente e non soffre più. Il caso suo e degli altri sette, se fosse divenuto pubblico, avrebbe portato alla luce la vicenda di altri. Quanti altri? E forse, allora, le industrie implicate (...) ne avrebbero troppo risentito e si sarebbero dispiaciute. E ciò in Italia avrebbe creato (...) così tanti dispiaceri che otto bambini, ancorché focomelici non se li immaginano nemmeno»

È inspiegabile, ingiustificato (e ignominioso) il ritardo – rispetto a Gran Bretagna e Germania con il quale in Italia sono state cancellate le registrazioni dei farmaci contenenti talidomide. Otto mesi (luglio 1962 anziché novembre 1961), durante i quali sono stati concepiti chissà quanti embrioni successivamente nati focomelici. L'ignoranza governativa. ad esempio, ha fatto nascere focomelica - il 14 settembre 1962 - Giuseppina G, citata da Maccacaro, esposta al talidomide in utero tra gennaio e marzo di quell'anno.

Il testo di Maccacaro prosegue segnalando le conseguenze e di un altro "indugio" del Ministro della Sanità. destinato a compiacere certa industria farmaceutica italiana, quasi contemporaneo alla denuncia di Sjöström e

Nillsen: quello del ritardo nella transizione dal vaccino Salk per la poliomielite a quello Sabin. Degli effetti sulla popolazione italiana varrà la pena di parlare in altra sede e in altro momento.

CINQUANT'ANNI DOPO

L'indifferenza per l'episodio e per le vittime della talidomide da parte dell'accademia e del mondo della sanità italiana è persistita per mezzo secolo. Se si entra in Medline con le parole chiave "thalidomide", "malformations" e il nome di un paese nel periodo 1960-2000 si identificano oltre 20 citazioni di pubblicazioni per Regno Unito, Germania, Svezia e Canada, oltre 10 per Giappone e Australia e soltanto 5 per l'Italia: queste consistono in descrizioni le piccole serie di casi, senza alcuno spunto metodologico. È mancato ogni tentativo di contare le vittime italiane e di descrivere la distribuzione dei danni che il talidomide ha loro prodotto in diversi organi e apparati. Nel 1960, il numero annuo di nati era maggiore in Italia (910.000) che in Gran Bretagna (785.000): dato il profilo della produzione italiana di farmaci contenenti talidomide, e la prolungata persistenza di tali farmaci nel mercato italiano, è probabile che il talidomide abbia circolato tra le gravide italiane almeno nella stessa misura delle loro coetanee britanniche e che i nati vivi intorno al 1960 con malformazioni da talidomide siano stati almeno nello stesso ordine di grandezza dei loro coetanei britannici, dove conteggi relativamente accurati ne hanno identificati oltre 2000 (3). Le grandi serie di vittime del talidomide britanniche e tedesche includevano circa il 10% di nati con malformazioni auricolari (3). È probabile che in Italia sia-

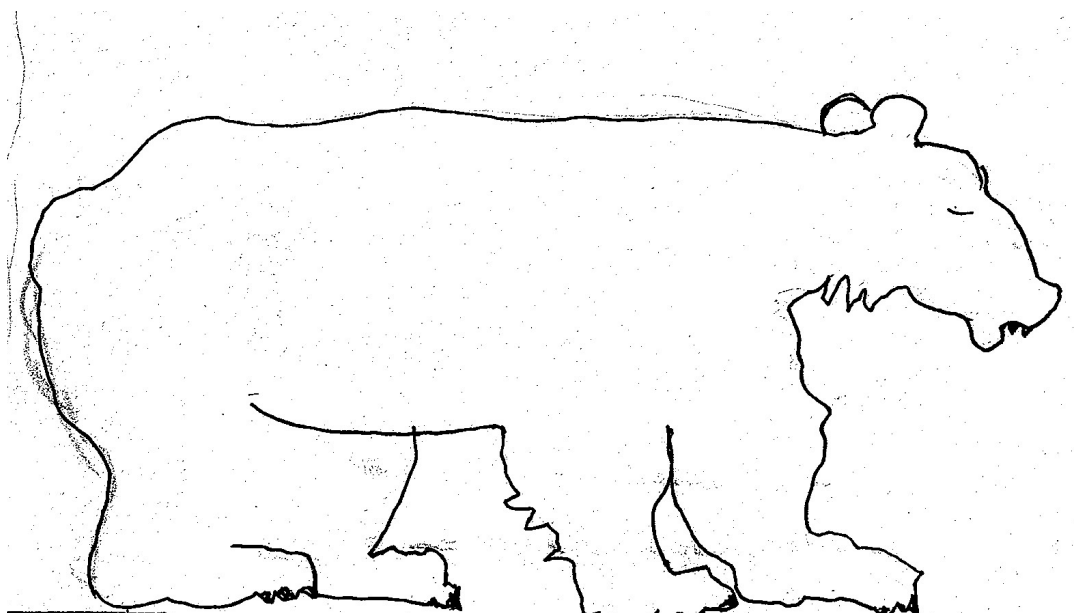
no stati tra 100 e 200, ma non si è stati in grado di identificarne neanche uno. Contrariamente a quanto fatto in altri paesi (4, 5), anche in tempi recenti, nel nostro paese, non ci si è preoccupati di stimare i bisogni dei superstiti, oggi sessantenni, affetti da difetti organici di natura diversa dalle tradizionali malformazioni congenite.

Con legge 244 del 24 dicembre 2007, articolo 2, comma 63 (e successivo decreto 166 del 17 ottobre 2017 del Ministero della Salute è stato riconosciuto il diritto ad un indennizzo ai soggetti (oramai cinquantenni!) affetti da sindromi da talidomide, nelle forme dell'amelia, emimelia, focomelia e macromelia, nati dal 1958 al 1966. Si tratta della estensione di un diritto riconosciuto da tempo alle vittime di patologia causata da errate manovre nella trasfusione sanguigna. Tuttavia, vengono esclusi dagli indennizzi le malformazioni da talidomide in organi diversi dall'apparato scheletrico e quelle scheletriche che non corrispondono ad un algoritmo diagnostico prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità sulla base di una revisione della letteratura parziale e preconcepita (6).

Anche l'esclusione che in Italia possano esserci stati bambini talidomidici nati prima del 1958 non si basa su alcuna analisi scientifica retrospettiva della circolazione dei farmaci contenenti talidomide prima di essere registrati. Ad esempio, è documentato che l'imidene (il primo farmaco ad essere registrato nel 1959) veniva prodotto dalla Smit di Torino già alla fine del 1956. È poco credibile che la Smit abbia tenuto le sue scorte chiuse nei propri magazzini per due anni e mezzo. Conclusione: ancora nel 2025 non si può dire che la tragedia del talidomide appartenga al passato.

Note

1. Sjöström H, Nilsson R *Il talidomide e il potere dell'industria farmaceutica* Feltrinelli, Milano 1973
2. Gomirato-Sandrucci M, Ceppellini R, *Considerazioni cliniche e patogenetiche su alcuni casi di focomelia*, Minerva Pediatrica 1962; \4:1181-1202
3. Johnson M, Stokes RG, Arndt T. *The thalidomide catastrophe: How it happened, who was responsible and why the search for justice continues after more than six decades*. Exeter, Onwards&Upwards, 2018
4. Markiewicz M, Stirling P, Brennan S, Hooper G, Lam W. *Age-related changes in patients with upper limb thalidomide embryopathy in the United Kingdom*. J Hand Surg Eur 2023 48:773-780.
5. Imai K, Sone H, Otomo K, Nakano Y, Hinoshita F. *Quality of life and pain in patients with thalidomide embryopathy in Japan*. Mol Genet Genomic Med. 2020 Nov;8(11):e1464.
6. Terracini B. *Talidomide e difetti monolaterali degli arti: il capitolo italiano di una storia infinita*. Epidemiol Prev. 2021; 45:302-309



Dichiarazione di un sopravvissuto

Di Francesco PICUCCI*

** Francesco Picucci ha curato, assieme ad Antonio Ciuffreda, il volume “La tragedia della Talidomide. Aspetti medici, scientifici e giuridici. Atti del Convegno 2020” (Florence Art Edizioni, 2022), un libro che attraverso gli studi e le più importanti ricerche fino ad oggi disponibili, parla dei tragici effetti della Talidomide, delle grandi case farmaceutiche, degli indennizzi, di un apparato burocratico intricato e dell’assenza dello Stato che ancora oggi, trincerandosi dietro i limiti di presunti periodi di circolazione del farmaco in Italia e di un’azione biologica identicamente attesa su ogni singolo individuo (inducendo e riconoscendo per esempio solo malformazioni bilaterali e non monolaterali) non riconosce a tutte le vittime di quel medicinale le tutele economiche e sanitarie a cui avrebbero diritto.*

Eccellentissima Corte d’Appello di XXX.,

Il sottoscritto Francesco Picucci chiede rispettosamente il deposito della presente dichiarazione e i relativi allegati.

Senza contare i morti fetali e gli aborti spontanei, lo scrivente è uno dei tanti e ignorati Sopravvissuti italiani al grave disastro causato dalla “sostanza” detta Talidomide, nome derivante dalla formula chimica “ α -f**tali**(mi)**do**(glutari)**mide**” e fil rouge della somministrazione che pervase tutto l’arco temporale della sciagura, durante il quale circolava anche attraverso vari “nomi commerciali” (come dimostra un bollettino AIFA) per contrastare molti disturbi, in particolare quelli delle mamme gestanti.

Ma lo Stato italiano, tra omertà, depistaggi e indifferenza ha nascosto le conseguenze e le vicissitudini per quasi mezzo secolo prima di ricono-

scere nel 2005 la sindrome da talidomide “al fine di assicurare la indispensabile assistenza”, di cui all’art. 3 DL 250 ed erogata inizialmente con l’esenzione del ticket sulle prestazioni sanitarie e l’esonero da ogni visita medica finalizzata all’accertamento della permanenza della minorazione civile o dell’handicap, come si evince nella documentata inchiesta intitolata “La Tragedia della Talidomide - seconda edizione, luglio 2022” integrata dal Power Point che rappresenta e testimonia quella realtà con slide e brevi filmati dell’epoca e contemporanei, . L’analisi della triste e funesta tragedia è appurata e accertata dal Parlamento Europeo il quale, a pochi mesi dalla Legge italiana n. 160/2016, approva in seduta plenaria del 15 dicembre 2016 la “*Risoluzione sul sostegno a favore delle vittime sopravvissute alla Talidomide [2016/3029(RSP)]*”, riportata integralmente nel volume di cui sopra

e preceduta a pag. 195 dalla lettera del Compianto Presidente On. David Maria Sassoli, nella quale ribadisce che gli Stati membri devono garantire “*un trattamento equo e non discriminatorio*”.

In tutti questi anni si sono “sprecati” silenzi e falsità sulla triste vicenda, mai analizzata nei dovuti termini, inducendo illustri specialisti a pubblicare notizie sbagliate, ad esempio nel libro a cura di Lisa Voza “Come nascono le medicine” (Zanichelli, 2014) del Prof. Maurizio d’Incalci (medico e farmacologo, direttore del Dipartimento di oncologia dell’Istituto “Mario Negri”), con presentazione del noto Prof. Silvio Garattini (oncologo, farmacologo e ricercatore italiano, presidente e fondatore dell’Istituto di ricerche farmacologiche “Mario Negri”) nel quale libro, a onor del vero e con tutta l’onestà intellettuale che li contraddistingue, hanno riconosciuto l’errore e ammesso quanto è stato possibile imparare e aggiornarsi dagli Atti del Convegno internazionale trascritti nel volume “La Tragedia della Talidomide”, rimediando con un lungo articolo (allegato) pubblicato il 17/11/2023 al link <https://aulascienze.scuola.zanichelli.it/blog-scienze/biologia-e-dintorni/imparare-da-un-errore#>

Dalle parole della Senatrice della Repubblica Italiana On. Manuela Graniola e riportate a pag. 34 del testo citato, si deduce che la ratio assistenziale e solidaristica di rango Costituzionale ha indotto il Legislatore a correggere l’irragionevole discriminazione prodotta dalla precedente normativa.

L’estensione del nuovo precetto di cui all’art. 21-ter della legge 160/2016, purtroppo, è vanificata:

a. dalla pretestuosa e falsa decorrenza temporale dall’anno 1958 e innalzata assurdamente dal Difensore dell’Appellante addirittura dall’anno 1959 contraddicendo perfino il suo “assistito” ma soprattutto diversamente dal dettato normativo che riconosce l’indennizzo “**anche ai soggetti che,**

ancorché nati al di fuori del periodo previsto, presentano malformazioni compatibili con la sindrome da talidomide”;

b. dalla falsa tesi che prima di quella decorrenza temporale “*era proprio impossibile trovare talidomide in Italia*”. Ebbene, la “diffusione capillare nella società” espressa dalla Corte Costituzionale al punto 4) della sentenza n. 55/2019, fu pubblicata il 21 aprile 1957 dall’Istituto di Farmacologia dell’Università di Milano dichiarando nell’estratto n. 367 che “*Tale sostanza [...] è stata studiata soprattutto sotto l’aspetto della tollerabilità, in vista di applicazioni cliniche alle quali si è giunti rapidamente, con risultati del resto che si sono rivelati favorevoli.*”

Oltre all’auspicio “*a prescindere dalla data di nascita*” del Presidente della Repubblica Italiana On. Sergio Mattarella, riportato a pag. 32 del citato testo, data la normativa vigente all’epoca dei fatti che consentiva la libera circolazione del farmaco in argomento, a fugare l’inutile e imperterrito tentativo di creare due lotti di talidomidici, è intervenuta la Corte Costituzionale nella medesima sentenza sottolineando la non responsabilità di alcuno e “*che i due gruppi di soggetti ammessi all’identico beneficio non si trovano in una condizione diversa al cospetto delle vicende relative alla commercializzazione in Italia del farmaco talidomide e del relativo ruolo delle autorità sanitarie*”.

A fronte dell’autorevole chiarimento è svante e illegittima la richiesta d’impero di Controparte Appellante dell’onere della prova, principalmente perché non è previsto dalla normativa di natura assistenziale su base solidaristica, segnatamente poiché il Regolamento di attuazione n. 166 del 17/10/2017 dispone che “l’omesso reperimento della documentazione sanitaria non è in ogni caso condizione preclusiva dell’accertamento sanitario”.

D’altronde era un farmaco da banco

Dischiere 1921
Roma - Collezione privata



che non necessitava della ricetta medica (come attestato dall'AIFA)!

Con le parole del Capo dello Stato, del Legislatore, del Giudice delle Leggi e dell'Organo scientifico, lo scrivente evidenzia all'Eccellentissima Corte d'Appello sia la monolateralità (un arto sano e l'altro malformato) del soggetto esaminato in quella sentenza a conferma dell'inesistente base scientifica e sperimentale atta ad escludere malformazioni monolaterali causate dalla talidomide, sia la data di nascita avvenuta ad ottobre 1958, il cui concepimento è databile gennaio 1958 la mamma del quale, pertanto, assunse farmaci a base di talidomide ben prima dello "spartiacque ostativo" 2 aprile 1958 a conferma della fulgida e rigogliosa circolazione della "sostanza" in Italia, diversamente dalla falsa collocazione temporale imposta dall'Appellante al sottoscritto addotta per eludere, invece, la cogente valutazione medico scientifica e specificandogli *"di esperire l'azione dinanzi al giudice competente"*.

La discriminazione per il riconosci-

mento dell'indennizzo previo giudizio sanitario consiste palesemente nella diversa valutazione giuridica, per l'anno di nascita e medica, rispetto ai precedenti Sopravvissuti visitati con la ratio assistenziale del filone solidale, dirottata con una evidente costruzione illegittima dall'Appellante Controparte nel filone aquiliano.

Nell'esercizio delle sue funzioni, Controparte Appellante ha scavalcato quelle della C.M.O. (Commissione Medica Ospedaliera) indicata dalla normativa, ha rigettato l'istanza del sottoscritto richiedente il giudizio sanitario come dispone la Legge 160/2016 all'art. 21-ter, distingue ostinatamente due lotti di talidomidici sviando arbitrariamente la natura assistenziale del riconoscimento dell'indennizzo basato sulla solidarietà collettiva in quella extracontrattuale.

A questo *modus operandi*, si aggiunge l'insensato ricorso di Controparte Appellante invocante il ritorno al "capolinea-specialistico" di ulteriore visita tramite C.T.U. dopo averne decretato precedentemente il rifiuto, nonostante la preventiva presa visione dei referti medici rafforzati da relazione genetica dell'Ospedale in accompagnamento appunto all'istanza rigettata *contra legem*.

Obbligando, quindi, il sottoscritto ad *"esperire l'azione dinanzi al giudice competente"* tramite ricorso al Tribunale Territoriale dove, previa C.T.U., è stato affrontato in pieno l'argomento e chiarito che la *"nuova disposizione"* del concetto di "compatibilità" di cui all'art. 21-ter della Legge 160/2016 va applicata sia al nesso causale sia al fatto dell'assunzione del farmaco, osservando che altrimenti la Legge sarebbe praticamente inapplicabile.

Con deferenza.

Il ruolo dei lavoratori e dei loro organismi di base nella lotta per la promozione della salute e il rinnovamento della pratica sanitaria

Gruppo di Prevenzione ed Igiene Ambientale del C.d.F. Montedison – Castellanza (VA)*

Ripresentiamo integralmente la relazione del Gruppo di Prevenzione ed Igiene Ambientale del Consiglio di Fabbrica della Montedison di Castellanza presentata al congresso costitutivo di Medicina Democratica del 1976, nello stesso contesto dell'intervento di Giulio A. Maccacaro ripotato all'inizio di questo fascicolo, per meglio definire il contesto in cui si muoveva quest'ultimo, da dove traeva gli stimoli per le valutazioni e verso quali forze sociali indirizzava le sue considerazioni e le conseguenti proposte di rinnovamento. Forse i termini appaiono oggi desueti per un contesto di luogo e di rapporti di lavoro odierni ben diversi, ma a ben guardare emerge l'attualità e l'urgenza presente di queste considerazioni e del percorso di cui si mostra il "razionale" (il metodo) e nel contempo l'obiettivo ultimo della "liberazione della classe". Non solo, parte della terminologia qui espressa è oggi presente nella normativa sulla igiene e la sicurezza del lavoro, ancorché acquisita quale "tecnica" ("solo a parole") depurata dall'apporto della soggettività che invece in questo discorso è il nucleo fondativo e centrale. In ogni caso rappresenta un contributo specifico delle lotte di quel periodo nella definizione del Servizio Sanitario Nazionale che includeva funzioni pubbliche di tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e nel contempo dell'ambiente e delle con-

dizioni di vita. Un unicum rispetto agli altri paesi europei (si veda il numero 261-262 di Medicina Democratica) ove tali funzioni erano e sono distinte e distribuite tra enti diversi e di norma facenti capo ai Ministeri del Lavoro/Previdenza sociale anziché a quello della Sanità/Salute come nel nostro Paese (ovviamente fatte salve le mancate attuazioni complete di quanto previsto dalla L. 833/1978, le derive e il graduale smantellamento di quei principi che hanno fatto fare un imponente "salto" nei diritti sociali assieme alle normative del periodo dallo Statuto dei diritti dei lavoratori, legge sul divorzio, legge regionale Lombardia sugli SMAL, riforma del diritto di famiglia, legge 180 sui manicomi, legge 194 sulla interruzione volontaria della gravidanza, la stessa riforma sanitaria e il corollario di contratti collettivi nazionali di lavoro in cui veniva inseriti nuovi diritti, come le 150 ore, e non solo incrementi salariali).

Sulle iniziative e la storia del G.P.I.A. della Montedison di Castellanza il numero di Medicina Democratica 237-239 ha raccolto gli atti del convegno in ricordo di Luigi Mara tenuto a Milano il 20.10.2018 disponibile sul nostro sito.

La Redazione di Medicina Democratica

** Relazione al Congresso costitutivo di Medicina Democratica, Bologna 15-16 maggio 1976*

In tema di difesa della salute e di organizzazione sanitaria il movimento operaio è chiamato a dare un contributo determinante non solo perché si tratta di un settore fondamentale nell'ambito dei servizi sociali, a bassa efficienza e quasi nulla efficacia in quanto costruito su basi clientelari parassitarie e speculative sviluppate da un trentennio di regime democristiano, ma soprattutto perché rappresenta il campo su cui si gioca la capacità di egemonia culturale della classe operaia nonché la sua effettiva capacità di costruire alleanze con altri ceti sociali subordinati al dominio capitalistico.



Anche su questo terreno e non solo attraverso il miglioramento della efficienza e la razionalizzazione dei servizi, ma anche attraverso la indicazione di obiettivi, metodi e strumenti alternativi e generalizzabili, i lavoratori possono svolgere il loro ruolo di classe dirigente che libera gli altri strati oppressi liberando se stessa.

Le esperienze operaie in questa direzione dunque vanno stimulate e sostenute oltre che generalizzate e non ridimensionate, soprattutto in una situazione di crisi come quella attuale. Se consideriamo che il rinnovamento della pratica sanitaria si basa anzitutto su un nuovo ruolo del soggetto attivo

svolto dagli utenti dei servizi, sulla ridefinizione di obiettivi che riconoscano priorità assoluta alla prevenzione primaria delle malattie e alla promozione di un effettivo stato di benessere psicofisico e sociale di tutta la popolazione, sulla trasformazione del rapporto tra tecnici e utenti, rapporto che finora è stato fondato sulla delega, sulla subordinazione culturale, e sull'individualismo, e teniamo presente quello che ha significato finora e che può sempre più significare in avvenire, se lo si sviluppa, ci si rende ben conto di quale sia il ruolo determinante che il Movimento Operaio è chiamato a svolgere e soprattutto è in grado di svolgere.

E tale impegno ha riguardato e riguarda anzitutto i livelli di organizzazione operaia intermedi, e cioè soprattutto i consigli di fabbrica intesi non come una semplice emanazione sindacale ma come avanguardie organizzate e coscienti del movimento che li esprime e che essi rappresentano, sede di elaborazione politica e culturale, momento di organizzazione di classe.

Non vi è dubbio che il grande impulso che ha avuto negli ultimi anni e che avrà nel prossimo futuro la lotta operaia contro la nocività per il superamento dell'organizzazione capitalistica del lavoro, per la costruzione di una nuova scienza al servizio dei lavoratori e delle grandi masse popolari, ha come base l'identificazione del gruppo operaio omogeneo di lavorazione come cellula fondamentale della classe operaia, protagonista di conoscenza e di lotta. È nella organizzazione del lavoro storicamente determinata, fondata sulla rigida divisione delle funzioni la base materiale di esistenza e di identificazione del gruppo operaio omogeneo di lavorazione. In questo senso il gruppo omogeneo è il frammento di classe operaia strutturato.

Proprio perché la "esistenza oggettiva" del gruppo omogeneo dipende dal ciclo produttivo determinato dall'organizzazione della produzione, il singolo

gruppo omogeneo di una fabbrica può essere “confrontato” tanto con gruppi omogenei di altre fabbriche che hanno la stessa collocazione nel ciclo produttivo, quanto con gruppi omogenei che nel passato hanno avuto la stessa collocazione. Data la sua centralità, il gruppo omogeneo è l'interlocutore indispensabile del tecnico che intende dare il suo contributo di conoscenza per la trasformazione della realtà secondo le esigenze reali del gruppo omogeneo e più in generale della classe operaia.

Dalle nostre esperienze di fabbrica e sul territorio è risultato necessario però, oltre che identificare ed attivare il gruppo omogeneo come motore della trasformazione e della crescita della classe, costituire un gruppo permanente di lavoro sotto la direzione politica del consiglio di fabbrica, avanguardia reale, tecnico-politica, per i singoli gruppi omogenei.

Nella nostra ed in altre realtà di fabbrica tale gruppo dal 1969 ha assunto il nome di Gruppo di Prevenzione ed Igiene Ambientale del Consiglio di Fabbrica (che da ora chiameremo G.P.I.A. del C.d.F.), e ciò non per mera contrapposizione di sigle rispetto alla Commissione Ambiente ma come strumento di lotta conquistato sino da allora dai lavoratori.

Se infatti l'obiettivo in fabbrica è la nascita a tutti gli effetti di un organismo vitale superindividuale quale è nei fatti il gruppo operaio omogeneo che sempre più deve cogliersi nella sua realtà e significanza, e se l'interlocutore da privilegiare è appunto il gruppo omogeneo, è pure vero che nella situazione presente poche sono le situazioni, se pure ne esistono, in cui i gruppi omogenei hanno una propria autonoma capacità di esistenza permanente: più spesso essi “esistono” nel periodo limitato di un'indagine e non riescono a mantenersi strutturati nel tempo, mentre per il consiglio di fabbrica, costituito da delegati di gruppo, ciò è vero in quanto esso mantiene

più facilmente una individualità e una operatività nel tempo e anzi è in grado di continuare la elaborazione e può costituire un organismo di stimolo per i gruppi omogenei operai.

Una prima anche se parziale verifica di quanto detto la si trova in tutte quelle realtà di fabbrica in cui l'impegno del consiglio sui problemi della nocività e del rinnovamento della pratica sanitaria per la difesa della salute operaia ha portato a sviluppare esperienze concrete; sul fatto che tali esperienze siano solo parzialmente generalizzate e approfondite ma anzi rischino, di fronte a una linea generale politica e sindacale più preoccupata della produttività industriale che della capacità di tenuta, di crescita e di maturazione alternativa del movimento, di venire emarginata e soffocata senza che si siano sviluppate fino in fondo per rappresentare una effettiva e compiuta esperienza alternativa capace di incidere a fondo nel tessuto sociale, culturale e scientifico, siamo i primi a denunciarlo, **sul fatto che però è dallo sviluppo e generalizzazione di queste esperienze che può venire un reale contributo di classe al rinnovamento che da più parti si auspica riteniamo non esistano dubbi e del resto questo stesso convegno lo dimostra.**

LO SVILUPPO DI UNA CAPACITÀ AUTONOMA DI STUDIO, ELABORAZIONE E PRATICA DI UN METODO

In questo senso l'esistenza del G.P.I.A. del C.d.F., serve a dare continuità al lavoro e costituisce la memoria collettiva del lavoro svolto e lo strumento di proposta e di indicazione per il futuro. Ma tutto il lavoro svolto e da svolgere così come l'elaborazione di strumenti e di metodi per l'indagine e la trasformazione fanno perno attorno all'esistenza oggettiva del gruppo omogeneo, con la direzione politica complessiva del C.d.F. Nella fase di analisi del ciclo produttivo che serve a costruire il

quadro dei rischi (registro dei dati ambientali diviso per gruppo omogeneo di lavorazione) e delle condizioni di lavoro, è il gruppo omogeneo infatti a fornire quella che è la sua visione del lavoro.

Non è quindi accettabile l'impostazione "tradizionale" che fa riferimento alla "neutralità", "oggettività" e "unicità" del ciclo produttivo.

Non interessa infatti avere un quadro astratto della produzione, ma serve il quadro concreto fornito da ciò che ogni componente del gruppo operaio vive come propria condizione. **Naturalmente tale quadro non è la visione individualistica ma è frutto del confronto e del dibattito delle diverse individualità che concorrono con la propria soggettività a costituire il gruppo omogeneo e la sua soggettività collettiva.**

È già in questa prima fase che si esplica tutta la capacità di analisi dei lavoratori, ed è in questa fase che si dimostra se il G.P.I.A. del C.d.F. e il C.d.F. sono effettivamente avanguardie: non è infatti possibile neppure iniziare un'indagine senza che i gruppi omogenei si riconoscano nei loro rappresentanti del gruppo di lavoro.

La elaborazione di un quadro articolato del ciclo produttivo e della organizzazione del lavoro visto nella sua concretezza, costituisce il primo passo della elaborazione culturale autonoma e di classe. Per questo non solo è indispensabile un corretto metodo di lavoro e un corretto rapporto con i gruppi omogenei ma occorrono anche strumenti adatti per la raccolta e la gestione delle informazioni.

In questo senso si sviluppa la capacità del G.P.I.A. del C.d.F. assieme ai gruppi omogenei a elaborare strumenti, cui la scienza ufficiale non ha mai pensato, funzionali ai fini che i lavoratori si pongono (registri dei dati ambientali e biostatistici, libretto sanitario e di rischio in testo unico, schede per la rilevazione ambientale ecc).

L'insieme di questi strumenti devo-

no costituire un potenziamento della capacità di analisi e di intervento del gruppo omogeneo.

Oltre a questa fase di analisi che ha comportato per il G.P.I.A. del C.d.F. e per i gruppi omogenei la preparazione di strumenti appositi, c'è la fase di raccolta dati sui rischi, la nocività sociale e del lavoro (sociale: trasporti, abitazione, reddito, servizi ecc.; lavoro: ambiente e organizzazione del lavoro).

In questa fase il gruppo omogeneo è chiamato non solo a descrivere qualitativamente ma anche ad esprimere un giudizio quantitativo confrontabile sui rischi a cui è esposto sulla base della propria soggettività.

Per quanto riguarda l'aspetto della centralità della soggettività essa va intesa in due forme distinte:

- da una parte centralità del gruppo omogeneo di lavorazione nella gestione, nel controllo e nella lotta per la trasformazione dell'ambiente;
- dall'altra centralità del rilievo soggettivo sia dei dati di nocività ambientale, che dei dati patologici (malanni) che il gruppo denuncia al suo interno; cosa che rende possibile la correlazione fra i primi e i secondi e fra i primi e i dati clinici obiettivi e fra questi ultimi ed i dati delle analisi ambientali rilevati con gli strumenti quando siano disponibili, senza con ciò ridurre l'intervento al solo livello tecnico, ma facendo giocare alla soggettività operaia il suo ruolo scientifico e politico, sia sul piano soggettivo vissuto (denuncia dei malanni e della nocività presente) che sul piano della soggettività attiva alla lotta.

Il metodo della valutazione soggettiva, oltre a essere un metodo politicamente e scientificamente corretto, è pure un metodo estremamente semplice da applicare, in quanto non richiede una strumentazione diversa da un corretto metodo di lavoro e da un corretto rapporto tra gruppo operaio "dirigente" e gruppo operaio omogeneo.

Valutazione "soggettiva" dei vari fattori nocivi e della loro intensità per ogni

posizione di lavoro: viene effettuata in una serie di incontri fra i lavoratori del gruppo omogeneo, i loro delegati e il G.P.I.A del C.d.F. nei quali vengono descritti e graduati soggettivamente dal gruppo, con criterio comparativo, i fattori di rischio e nocività. Ognuno delle nocività considerate viene così classificata:

- assenza di nocività
- + presenza di lieve nocività
- ++ presenza di media nocività
- +++ presenza di forte nocività

Il metodo consente anche un controllo della sua stessa validità; infatti i vari gruppi omogenei si riuniscono in momenti diversi e sono chiamati a giudicare le proprie condizioni relativamente a altre condizioni di riferimento a loro note, e ciò per ogni singola nocività.

Tutte le eventuali incongruenze di giudizio in tale modo vengono evidenziate e discusse, nei fatti si arriva a un giudizio complessivo confrontabile; è da rilevare che tale metodo presenta tra i suoi vari pregi anche quello di favorire l'acquisizione e la generalizzazione dell'informazione circa le condizioni di lavoro di altri gruppi; in tal modo il gruppo omogeneo non risulta isolato dal contesto più ampio della fabbrica. La confrontabilità dei risultati inoltre consente anche un loro uso per l'interpretazione statistica-epidemiologica dei risultati tanto soggettivi quanto clinici. A questo proposito si rimanda alle esperienze descritte in "La Salute in Fabbrica" ed. Savelli 1974 e nei quaderni del Centro di Medicina Preventiva del Lavoro di Castellanza.

Infine, altro momento fondamentale di crescita del gruppo omogeneo è la fase di discussione dei risultati dell'indagine che proprio in quanto sono raggiunti non sulla testa, ma con la partecipazione attiva del gruppo costituiscono un momento reale di discussione. Troppo spesso infatti l'indagine che non coinvolge a fondo il gruppo operaio non lo fanno vivere ma semplicemente lo "usano", non danno risultati soddisfa-

centi: i risultati cioè vengono accolti come qualcosa di estraneo alla cui comprensione si delegano i tecnici o al più al C.d.F.; in tal modo la fase della discussione è artificiosa in quanto non stimola il dibattito con il contributo operaio.

Questo comporta un senso profondo di frustrazione senza d'altra parte fornire utili indicazioni per la trasformazione. Troppe ancora sono le indagini che, fondandosi solo a parole sul gruppo omogeneo, portano a tali squallidi risultati.

Diversamente succede quando la centralità del gruppo operaio è reale, allora non vi è distacco fra le varie fasi dell'intervento e la fase "conclusiva" della discussione dei risultati diventa la prima fase della contrattazione senza soluzione di continuità.

Ma tutto ciò si verifica nella misura in cui superando artificiose divisioni di ruoli, si sviluppa effettivamente la capacità di autogestione operaia entro un corretto rapporto con i tecnici. A questo proposito occorre fare molta chiarezza in quanto la linea della autogestione della salute da parte dei lavoratori è stata spesso compresa e anche stravolta, quasi che i lavoratori si volessero sostituire ai tecnici.

Capacità di autogestione invece significa capacità di porsi come dirigenti in ogni fase dell'indagine o delle ricerche, e soprattutto nella fase di discussione dei metodi e strumenti per la raccolta, elaborazione e gestione dei dati.

In questo campo infatti molto spesso dietro a momenti in apparenza solo tecnici si tende a far passare contenuti politici e ideologici ben precisi e ciò sia che capiti consciamente sia si verifichi in modo inconscio **in dipendenza del fatto che i tecnici sono stati formati in una scuola classista e borghese, e quindi, al di là delle affermazioni verbali, sono in fondo ancorati alla concezione borghese della scienza e della ricerca.**

D'altra parte il problema dei tecnici e dei rapporti positivi con essi non si

pone in modo marginale, ma anche costituisce un momento centrale nella fase di costruzione di una nuova scienza che partendo dai bisogni delle masse popolari contribuisca alla liberazione dell'uomo dallo sfruttamento.

L'impostazione operaia, partendo dalla necessità di difendere innanzitutto l'uomo, libera infatti il tecnico dai legami che lo hanno alienato e gli ridà in pieno una nuova dignità.

Anche in questo caso la classe operaia, liberando sé stessa, libera contemporaneamente tutte le altre classi oppresse dalla organizzazione socio-economica-politica che il padrone impone. Inoltre, l'autogestione operaia della salute, vuol dire per i tecnici scoprire come la non delega, se portata fino in fondo, rappresenta effettivamente la risposta alla domanda di una pratica medica e tecnica rinnovata secondo la nuova coscienza che in questi anni si è maturata nel movimento di lotta in generale: **la risposta a questa loro esigenza di rinnovamento i tecnici la possono solo trovare in un nuovo rapporto con la classe operaia, con le sue organizzazioni di base, in una nuova organizzazione sociale che veda la classe operaia egemone.**

È per i motivi sopra esposti, che siamo contrari e consideriamo subdola e pericolosa per il Movimento la proposta che da più parti viene portata avanti della cosiddetta committenza alternativa operaia, la quale rappresenta un tentativo da parte dei tecnici e delle istituzioni che essi rappresentano (istituzioni che i lavoratori vogliono cambiare o abolire: università, enti ecc), di recuperare la non delega escludendo i lavoratori e le masse popolari da alcuni momenti che in apparenza tecnici sono essenziali invece per un corretto svolgimento politico e scientifico del lavoro e ne condizionano pesantemente i risultati, tanto in termine di conoscenza della condizione operaia, quanto in termini di trasformazione della realtà.

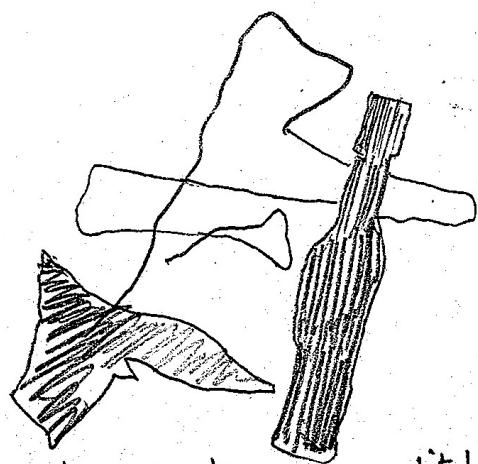
Al fine di sviluppare un dibattito po-

litico reale, che affronti complessivamente quelle che sono le esigenze del Movimento, diventa indispensabile una revisione autocritica da parte dei tecnici della storia e dello sviluppo della medicina come scienza del padrone, stimolata sì dalle lotte operaie, ma strumentalizzata anche e soprattutto contro i lavoratori. Tutto ciò anche per mettere a fuoco il valore ed il significato di alcune conversioni opportunistiche dell'ultima ora. È all'interno di questo discorso e in un corretto rapporto tra scienza, tecnica e politica che si fonda la nostra esperienza di lotta per la salute e la nostra proposta. È su queste basi per richiesta ed iniziativa operaia che, per quanto riguarda la nostra ed altre esperienze, si è stabilito e sviluppato un corretto rapporto di lavoro con i tecnici, i ricercatori e gli studenti.

Tutto quanto è frutto dell'esperienza e del lavoro di fabbrica e costituisce un punto di partenza per l'intervento sul territorio. Le premesse infatti sono le stesse, si tratta di generalizzare all'esterno l'esperienza condotta in fabbrica, naturalmente adattandola alle diverse esigenze. Fondamentalmente si tratta di riconoscere le condizioni materiali di esistenza dei gruppi omogenei nella realtà sociale extra lavorativa e dall'altra parte di identificare quegli organismi di movimento in grado di svolgere il ruolo di stimolo e di memoria attiva che in fabbrica svolge il C.d.F. Alcune esperienze sembrano indicare nei comitati di quartiere che siano realmente rappresentativi delle esigenze delle masse popolari e dei gruppi omogenei a rischio esistenti: ad esempio fasce di età, anziani, donne, emarginati ecc all'interno di una omogeneità sociale di fondo (analisi di classe), i soggetti attivi per la promozione della salute.

In questa direzione un ruolo importante di aggregazione, di stimolo e di direzione politica delle lotte è ancora svolto dai C.d.F. della zona organizzati. Il ruolo centrale operaio infatti

non si deve esaurire all'interno della fabbrica, ma mantenendo saldamente i piedi in fabbrica, deve estendersi a livello sociale: infatti la proposta operaia è una proposta sociale complessiva che a partire dalla trasformazione dei rapporti di produzione investe la sfera dei rapporti sociali e culturali. È così che la gestione politica tanto in fabbrica che sul territorio va realizzata da parte dei lavoratori organizzati (C.d.F., C.U.Z., Comitati di quartiere ecc).



da Lucio Fontana, senza titolo
1934-Milano-Collezione
Calmarini

Solo la centralità di direzione operaia può evitare la frammentazione dei servizi e della loro gestione e ridare unità al tessuto sociale dei servizi stessi, attraverso appunto una unità di direzione. Questo è quanto si sta realizzando sempre più estesamente nella nostra e in altre realtà.

CONCLUSIONI

In conclusione ci sembra importante sottolineare il ruolo fondamentale che rivestono le lotte operaie in ogni trasformazione effettiva e positiva della società e delle sue strutture. Riteniamo infatti che la lotta operaia con contenuti qualificanti come quelli emersi soprattutto a partire dal 1968, ma anche in generale la lotta operaia intesa come lotta di resistenza al disegno padronale di sfruttamento e come lotta di attacco

per la trasformazione sociale a misura di uomo sia l'elemento senza del quale non si possa parlare né di cambiamento né tanto meno di miglioramento. Il ruolo che ha la lotta nell'indicare obiettivi particolari, nell'aprire spazi politici e tecnici agibili, nel trasformare la coscienza e favorire la partecipazione nel produrre cultura, nell'aggregare strati diversi non va quindi in alcuna situazione passata sotto silenzio o dimenticato ma va sempre messo al primo posto. Senza le lotte operaie che ci sono state non ci sarebbe mai stato un incontro come quello che si svolge in questa sede, senza le lotte operaie che ci saranno tutto quello che verrà detto qui, anche di interessante e notevole, rimarrà solo un fatto verbale.

Solo l'egemonia fondata sull'organizzazione operaia per gruppi omogenei, G.P.I.A. del C.d.F. e C.d.F. attraverso:

- a. la non delega della salute ai tecnici, ma la gestione operai in prima persona della stessa realizzando l'egemonia sui tecnici;
 - b. la preminenza della soggettività operaia;
 - c. il principio della validazione consensuale dei dati tecnici, strumentali (ambientali e clinici) espressa dal gruppo omogeneo operaio di lavorazione;
 - d. il rifiuto della monetizzazione della nocività e del rischio, con la fermata degli impianti nocivi per la loro bonifica, mantenendo integrali la retribuzione e l'occupazione operaia;
 - e. la centralità e il significato politico-scientifico del gruppo operaio omogeneo, come unità di base per lo studio, la ricerca, la lotta contro la nocività in fabbrica;
- può garantire la conoscenza per la trasformazione e la fondazione di una nuova scienza al servizio delle masse popolari. Il rapporto egemonico con i tecnici deve essere fondato sulla non delega a tutti i livelli, non ultimo il livello culturale e scientifico.
- All'interno e fuori della fabbrica è possibile, con la organizzazione e la lotta dei lavoratori, aprire spazi per tecnici

impegnati seriamente nella difesa degli interessi aperti e delle masse popolari.

L'obiettivo da realizzare, dove è possibile, è che i tecnici entrino come parte integrante nel gruppo operaio, formando così un gruppo permanente di lavoro e direzione ed egemonia operaia in grado di elaborare e praticare un metodo di lavoro tecnico scientifico-politico nuovo che porti alla costruzione di una nuova scienza che corrisponda ai bisogni di salute delle grandi masse popolari.

È infine nella lotta, nel confronto continuo con i tecnici, nell'impegno continuo di elaborazione e sperimentazione di metodi e strumenti che rinnovino dalle radici la pratica sanitaria che si va formando una nuova utenza, risultato che nessun programma potrebbe mai conseguire.

È infatti nella mobilitazione permanente sui temi della salute in fabbrica e fuori, mobilitazione sostenuta dalla capacità di organizzazione e di elabo-

razione autonoma, che si forma anche una nuova coscienza sanitaria che impone nuovi rapporti con i tecnici e che impone la predisposizione di nuova struttura.

È una nuova "utenza" che si pone di fronte al servizio con una coscienza dei propri diritti e della propria "soggettività" diversa, che non accetta più di essere ridotta a oggetto di studio e sperimentazione, che non accetta più di delegare al tecnico la gestione della propria salute, che non accetta più la irresponsabilità di fatto dal tecnico nei propri confronti.

È questa "nuova utenza" individuale e collettiva cosciente e portatrice di una nuova cultura che impone e rende possibile la trasformazione di ruoli e rapporti fra tecnici e lavoratori, fra tecnici e cittadini.

Ed è da questa nuova coscienza che può venire una risposta definitiva a quanti ancora oggi speculano sulla malattia opprimendo la personalità del malato in tutti i modi.



In ricordo di Giulio Maccacaro

Il Centro per la Salute “Giulio Maccacaro” di Castellanza è stato realizzato per promuovere e sostenere interventi in difesa della salute nei luoghi di lavoro, sul territorio e in tutte le realtà sociali.

Qui puoi trovare riviste, documentazioni e informazioni riguardanti le elaborazioni, le ricerche, le proposte e le lotte popolari in atto per l'affermazione dei diritti di tutti alla salute, al lavoro e ad un ambiente salubre.

Il Centro per la Salute è completamente autogestito.

La sua realizzazione è stata possibile esclusivamente grazie al lavoro operaio volontario e gratuito, svolto negli ultimi quattro anni di sera, al sabato e alla domenica, per realizzare il completo rifacimento di questo vecchio stabile, nonché grazie al contributo economico diretto portato all'iniziativa delle lavoratrici e lavoratori della Montedison di Castellanza e di altre realtà e al contributo di singole compagne e compagni (tecnici e non) delle Province di Varese, Milano, Torino, Roma Novara e Bergamo.

Il Centro è aperto a tutti.

Gennaio 1988

Questo documento è esposto a lato di una grande foto di Giulio Maccacaro nella sala principale della nostra sede, i contenuti dello scritto rappresentano la nostra missione che dal 1970, con alti e bassi, portiamo avanti senza dimenticare la potenza delle idee di Giulio e la radicalità nell'azione politica, scientifica ed organizzativa di Luigi Mara, figure fondamentali nella lotta anticapitalista.

L'insieme umano della Montedison

di Castellanza (lavoratrici, lavoratori, tecnici, laureati e ricercatori) negli anni '70, insieme a tante altre fabbriche, contribuì ad affermare la possibilità di un nuovo modo di produrre tutto basato sul principio teorico e pratico della difesa della salute in modo integrale, a partire dalla conoscenza ed esperienza dei diretti interessati.

Si trattava di cambiare un incontrastato modello produttivo che da molto tempo rovinava la salute degli operai, la salute del territorio, dell'acqua, dell'aria e la salute dei cittadini.

LA SCIENZA OPERAIA E L'AUTOGESTIONE DELLA PROPRIA SALUTE

“Non v'è dubbio che il Registro dei Dati Ambientali rappresenta un tangibile esempio delle capacità del Gruppo Omogeneo Operaio di elaborare strumenti originali di analisi e ricerca, attraverso i quali esprimere la propria soggettività, arricchire la conoscenza individuale e collettiva, per acquisire conoscenze sulle condizioni di lavoro, sul ciclo produttivo e sull'impatto ambientale e sociale da essi determinato.

*In altre parole, si tratta del **sapere operaio**, ovvero della capacità di apprendimento e di produzione di conoscenza da parte del soggetto collettivo e della sua capacità di lottare per la trasformazione positiva della realtà.*

Dalla seconda metà degli anni '60 fino ad oggi, innumerevoli sono state le indagini ambientali realizzate in fabbrica attraverso strumenti di memorizzazione originali, elaborati direttamente delle lavoratrici e dai lavoratori, quali il già citato Registro

dei Dati Ambientali, i questionari di gruppo omogeneo, le schede per la rivelazione delle nocività espresse soggettivamente da parte dei vari gruppi omogenei di lavorazione, il libretto sanitario di rischio in testo unico personale ecc...

Strumenti che non è possibile compilare da parte dei soli tecnici, perché sono stati pensati, elaborati e realizzati in modo che la compilazione sia possibile solo attraverso la viva partecipazione dei componenti il gruppo omogeneo di lavorazione."

*(dal corso di formazione
"Tecnico Aziendale per la Sicurezza
e l'Impatto Ambientale – Ecoaudit
Centro Mathema – Ferrara, 1995)
Relatori: Angelo Cova e Luigi Mara.*

Tale metodologia non è decaduta anzi è più che necessaria visto le continue tragedie che avvengono sui luoghi di lavoro e sul territorio, si tratta di diffonderla e farla conoscere a tutte le persone che sono soggiate dallo sfruttamento lavorativo, culturale e sociale.

Non sarebbe male istituire una scuola di formazione per il "Diritto alla Salute" in nome di Giulio Maccacaro organizzata da Medicina Democratica.



Il Centro Studi di FISMU ha a cuore Giulio Maccacaro

A cura del Comitato Esecutivo Centro Studi e Ricerche Sociali e Sanitarie “Giulio Alfredo Maccacaro”

La figura di Giulio Maccacaro ha ispirato il sindacato medico FISMU (Federazione Italiana Sindacale dei Medici Uniti), costituito nel novembre 2018, che conta all'incirca 2500 medici iscritti di tutti i settori della sanità pubblica, ospedale e territorio. La FISMU nel settembre 2023 ha fondato il Centro Studi e Ricerche Sociali e Sanitarie “Giulio Alfredo Maccacaro” (GAM). L'omaggio a Maccacaro non è figlio di una visione nostalgica di una generazione che, raccogliendo il suo messaggio di impegno sociale, intenda recuperarne la figura in termini di mera testimonianza. Quanto piuttosto quello di aggiornare quei temi fondativi del Servizio Sanitario Nazionale, ai quali Maccacaro ha dato un grande contributo professionale e culturale, ma che sembrano ormai smarriti nelle nebbie della crisi del Welfare. Sistema all'interno del quale il tema della sanità pubblica è diventato residuale nel dibattito politico nazionale, con una tanto progressiva quanto strisciante e surrettizia devoluzione dei poteri alle regioni con il contraltare rappresentato dal ministero dell'economia per il quale l'unico parametro di riferimento è il contenimento dei costi e dei tetti di spesa. Non a caso le proposte di regionalismo differenziato aggrediscono anche questo aspetto. Ad avviso del Centro Studi è urgente recuperare un dibattito sulla sanità e sull'attualità della riforma sanitaria dopo oltre qua-

rantacinque anni dall'istituzione del SSN, aggiornando l'analisi del sottosistema sanità ai nuovi scenari epidemiologici, strutturali e organizzativi, rispetto ai quali le fibrillazioni regionali rischiano di dissolvere un patrimonio nazionale che il mondo ci invidia e che ha prodotto importanti risultati in termini di tutela della salute della collettività, cura delle malattie, presa in carico delle persone più deboli, nel rispetto di un dettato costituzionale che all'art. 3 sancisce i diritti inalienabili di cittadinanza. Non si tratta qui di stigmatizzare il processo di autonomia regionale quanto piuttosto di definirne i confini nell'ambito dei diritti dei cittadini italiani, di qualsivoglia regione.

Il Centro Studi GAM si propone quindi di promuovere ed alimentare il dibattito e la ricerca sui temi della sanità e della riforma sanitaria, con particolare riferimento in questa fase alla storia del Servizio Sanitario Nazionale e alla sua evoluzione nel contesto europeo e mondiale. Attinge al pensiero di Maccacaro, ancora attuale e incompiuto, per quel che riguarda la superiorità della prevenzione primaria rispetto alla secondaria, per la quale “occorrerebbe moltiplicare il numero delle persone addette ai servizi sanitari per un fattore inaccettabile.” E si prefigge di ostacolare, con altri attori della società civile, quei determinanti sociali che aumentano le disuguaglianze nell'ambito della salute.

I quattro nomi inglesi per “malattia”

Di Antonino DRAGO* e Sergio MARADEI**

PIÙ NOMI INGLESI PER MALATTIA

Nel linguaggio anglosassone la malattia è indicata con almeno tre termini, con significati del tutto diversi, *disease-illness-sickness*, cosa non ravvisabile nelle altre lingue occidentali. Spesso, nel linguaggio corrente, i tre termini possono perdere la loro specificità perché usati impropriamente, ma oggi le loro definizioni sono state delineate abbastanza bene dalla letteratura medica. Le seguenti sono le descrizioni più complete, secondo l'elaborazione di A.C. Twaddle (1) del 1994, come riportate da B. Hofmann (2002) (2).

«**Disease** è un problema di salute che consiste in un malfunzionamento fisiologico che comporta una riduzione effettiva o potenziale delle capacità fisiche e/o una riduzione dell'aspettativa di vita” (Twaddle, 1994a, p. 8). Ontologicamente, la malattia è un fenomeno organico (eventi fisiologici) indipendente dall'esperienza soggettiva e dalle convenzioni sociali. Dal punto di vista epistemico, è misurabile con mezzi oggettivi (Twaddle, 1994a, p. 9).

Illness è uno stato di salute indesiderato interpretato soggettivamente. Consiste in stati d'animo soggettivi... percezioni dell'inadeguatezza del proprio funzionamento corporeo, e/o sensazioni di incompetenza [= inadeguatezza ai propri compiti]” (Twaddle, 1994a, p. 10). Ontologicamente la malattia, quindi, è la sensazione sog-

gettiva dello stato dell'individuo, a cui spesso ci si riferisce attraverso i ‘sintomi’. Dal punto di vista epistemico, essa può essere osservata direttamente solo dal soggetto ed è accessibile indirettamente attraverso i resoconti dell'individuo.

Sickness è una identità sociale. È la cattiva salute o i problemi di salute di un individuo definiti da altri in riferimento all'attività sociale di quell'individuo” (Twaddle, 1994a, p. 11). In questo senso, la malattia-sickness è un ‘fenomeno sociale’ che costituisce un nuovo insieme di diritti e doveri. Ontologicamente Twaddle concepisce la malattia come “un evento situato nella società ... definito dalla [mancata] partecipazione al sistema sociale” (1994a, p. 11). Dal punto di vista epistemico, si rivela la malattia-sickness “misurando i livelli di prestazione rispetto alle attività sociali attese, quando questi livelli non corrispondono agli standard sociali (1994a, p.11)».

Da sottolineare è che, sempre nella lingua inglese, ci sono anche tre termini che descrivono i tre diversi stati di malattia “stable and persistent”, cioè la invalidità; questi sono *impairment*, *disability*, *handicap* (3). Essi possono essere messi facilmente in parallelo con i tre nomi di malattia indicati prima.

TRE O QUATTRO NOMI?

Nelle definizioni appena viste dei tre nomi di malattia mancano tanti

*Università
“Federico II”
di Napoli

drago@unina.it

** SERHA – Scuola
E Ricerca
Hahnemanniana
svmaradei@gmail.
com

aspetti del problema malattia, quali ad esempio la relazione con lo stile di vita del soggetto ammalato, con le sue emozioni, con la sua personalità, nonché l'influenza che su di essa abbiano il contesto lavorativo e l'ambiente, sia fisico che sociale.

In effetti, una ricerca su vocabolari e testi in proposito ha messo in luce ulteriori nomi relativi alla 'malattia', che non hanno caratterizzazioni diverse da quelle dei tre nomi finora considerati. A nostro avviso, il termine migliore da aggiungere ai tre più ricorrenti è *unhealthiness* (4), che comprende molteplici aspetti, non oggettivi, della persona ammalata. Questo termine nel linguaggio inglese è poco frequente, ma oggi è usato maggiormente rispetto al passato. *Unhealthiness* indica lo stato di non-salute: è tradotto nei Dizionari con "cattiva salute; infermità" (5); il 'The Century Dictionary' lo definisce "Lo stato o la caratteristica di non essere in salute, in qualsiasi senso" (6); il Dictionary/Thesaurus, online, gli attribuisce un significato che è traducibile in italiano con "insalubrità" (7). Il sostantivo *unhealthiness* è da considerare antitetico a *healthiness* [=health, salute] (come esprime letteralmente il nome che incomincia con "non"), caratteristica non attribuibile agli altri nomi osservati (8).

A sostegno dell'idea di quattro nomi di malattia, notiamo che J. S. Larson (1999) ha puntualizzato che anche la salute può essere indicata con quattro nomi diversi (9): (li elenchiamo cambiando l'ordine dell'Autore, cioè ponendo il suo secondo per ultimo, cosicché la corrispondenza con i quattro precedenti nomi di malattia appare evidente, benché i due concetti, malattia e salute sono opposti)

1. "L'assenza [oggettiva, misurabile] di malattia o disabilità" (p. 124).
2. "La forza e capacità di superare la malattia" (p. 129).
3. "L'adattamento individuale all'ambiente - fisico, sociale e di altro tipo" (p. 131).

4. "Uno stato di completo di benessere fisico, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattia o infermità" (p. 126) (corrisponde alla autorevole definizione della salute data dall'OMS nel 1948 (10), che rimanda ad un benessere della persona non come fatto individuale ma connesso allo stile di vita ed al mondo relazionale della persona).

CARATTERIZZAZIONE SINTETICA DELLE QUATTRO DEFINIZIONI DI MALATTIA

Dai quattro significati sia della salute che della malattia si può risalire ai quattro punti di vista che li motivano. Secondo noi essi sono: **1.** quello del medico (acculturato alla medicina dominante); **2.** quello del paziente che si sottopone alla cura prescritta; **3.** quello della società che gestisce salute e malattia degli individui; **4.** quello della persona (intesa nella sua interezza) che mette in relazione la sua salute (e di conseguenza anche la sua malattia) con tutta la sua vita personale e associativa.

I diversi punti di vista rappresentano impostazioni complessive disparate, anche contrastanti l'un l'altra; e comportano implicazioni diverse, innanzitutto nella eziologia, ma anche in tutto il processo di gestione della malattia, sia diagnostico che terapeutico. Il primo punto di vista, quello del medico che si rifà alla medicina dominante, vede una malattia-oggetto, indipendente dal soggetto che ne è portatore e dal suo mondo relazionale: essa è ben definita e delimitata, individuabile oggettivamente così tanto da circoscriverla a livello di organo, tessuto, funzione; inoltre ha una causa precisa ed uno specifico protocollo di diagnosi e cura. Tale impostazione è sostenuta soprattutto dalle indicazioni della *Evidence-Based Medicine*, che codifica le osservazioni e i dati statistici relativi ai vari quadri di malattia ed elabora specifici protocolli al riguardo. Spesso ad essere chiamati in

causa come determinanti sono fattori genetici; allora la terapia modifica a monte il patrimonio genetico, oltre che a valle correggere il difetto. Secondo tale punto di vista l'obiettivo esclusivo è la rimozione del presunto oggetto, la malattia, da perseguire con qualsiasi mezzo, cioè indipendentemente dall'invasività dei mezzi utilizzati, per riportare il malato allo stato iniziale di una salute intesa semplicemente come assenza di malattia. Questo punto di vista lascia poco spazio ai fattori personali, soggettivi.

Il punto di vista del paziente che si sottopone alla cura prescritta, cioè del malato inteso come letteralmente un "paziente", considera lo stato di malattia come un'esperienza spiacevole, da rimuovere affidandosi agli interpreti della Medicina dominante, ai quali egli delega la gestione del processo di guarigione. Quindi egli accetta di subire la stessa impostazione teorica di prima. La soggettività del paziente allora affianca la oggettivazione della malattia, ma in subordine, esprimendosi soprattutto con la speranza di rimuovere i sintomi della malattia per ripristinare lo stato di salute precedente.

Il punto di vista della malattia-*sickness* è quello della società che prende in carico il paziente mettendo in atto misure assistenziali in maniera centralizzata. Quindi esprime l'oggettivazione sociale del malato, fondata sulla dichiarazione di non-salute data dalle istituzioni sanitarie. Esso tiene conto degli aspetti personali solo in subordine al contesto o lavorativo o sociale. Della malattia esso sottolinea l'incapacità del malato di soddisfare gli obblighi sociali. Il riferimento teorico è ancora la Medicina scientifica dominante, ma ora questa viene applicata per risolvere un problema sociale.

L'ultimo punto di vista, quello della persona che considera salute e malattia in relazione soprattutto alla sua vita personale e associativa, quello dell'accezione del termine *unhealth-*

iness, esprime la ricerca di una coscienza globale; pone attenzione soprattutto alla propria vita di relazione con se stesso, la società nei suoi vari aspetti e l'ambiente. La persona, prendendo atto del proprio stato di non-integrità, cerca di comprenderlo all'interno della sua vita personale. In questa ottica, quindi, la malattia non è caratterizzata da un quadro precostituito, assoluto, impersonale, precisato nei dati oggettivi, determinato da ben individuate cause specifiche, ripetute ugualmente in tutti, ma è considerata in rapporto al vissuto e alla coscienza che ne ha il soggetto-portatore. Il significato di 'insalubrità' [come abbiamo già visto traduzione letterale di *unhealthiness*] è attribuibile anche ad altri aspetti della realtà che appartengono agli stili di vita individuali, quali l'alimentazione, l'ambiente, ecc. (11) Con tali aspetti la persona si confronta per cogliere quali di essi vadano reconsiderati, sia nel proprio stile di vita che nelle sue relazioni interpersonali ed ambientali. Secondo questo punto di vista non c'è scomparsa della malattia se non si migliorano le condizioni di vita ambientali, lavorative, i legami, lo stile di vita nonché lo stato emozionale del malato. Anche le individuazioni della malattia a livello di organo, tessuto, molecole, vanno inquadrare nel contesto di tutta la persona, non estrapolandole per considerarle in se stesse. Viene valutato pure quanto essa possa essere influente la predisposizione genetica; ma non come una determinante immutabile: infatti rientra nella visione di *unhealthiness* la concezione dell'Epigenetica (12), secondo cui il patrimonio genetico subisce una certa modulazione ad opera dei fattori ambientali e soggettivi cui il soggetto è esposto. Nel significato di *unhealthiness*, quindi, oltre agli stati di malattia convenzionalmente riconosciuti dalla organizzazione sanitaria e dalla società nel suo complesso, rientrano anche tutti quegli stati esistenziali non facilmen-

te classificabili come malattia secondo i canoni dominanti, ma ugualmente vissuti come sensazione di sé che è nella 'non-salute', 'non-integrità'.

OSSERVAZIONI SULLA QUADRIpartizione

Cerchiamo di vedere se ai quattro nomi di 'malattia' corrispondano, oltre a punti di vista specifici, anche quattro distinte impostazioni teoriche. Il grande vantaggio di avere non tre nomi di malattia, che permettono solo una descrizione statica, ma quattro nomi è che essi ci consentono di contrapporre i quattro nomi di 'malattia' due a due, così da ottenere delle dicotomie che possono indicare una struttura teorica sottostante (13).

Proviamo a contrapporre i primi due nomi ai secondi due. I nomi *disease* e *illness* presuppongono principi, assiomi, riguardanti la causa della malattia; da questi discende la sua oggettivazione secondo una precisa classificazione. Invece i nomi *sickness* e *unhealthiness* sono indirizzati a cercare ed applicare un metodo per risolvere il problema concreto che è presente nell'individuo ammalato e nel suo ambiente.

Queste due caratteristiche, porre dei principi e ricavarne le conseguenze da applicare, o cercare di risolvere un problema preciso nella realtà sono in opposizione in tema di eziologia. Il medico tenta di costruirsi una teoria della malattia, teoria che si può concretizzare secondo due organizzazioni diverse: o la individuazione della malattia dedotta rigorosamente a partire da pochi principi può essere definita una deduzione di una organizzazione teorica assiomatica (OA), oppure l'affrontare il problema della guarigione del malato e del quadro di malattia che questi sta vivendo capendoli a fondo per trovare un metodo che risolva il problema (OP).

Sulla base dei diversi 'punti di vista' sulla malattia, che abbiamo sopra considerato, proviamo anche a con-

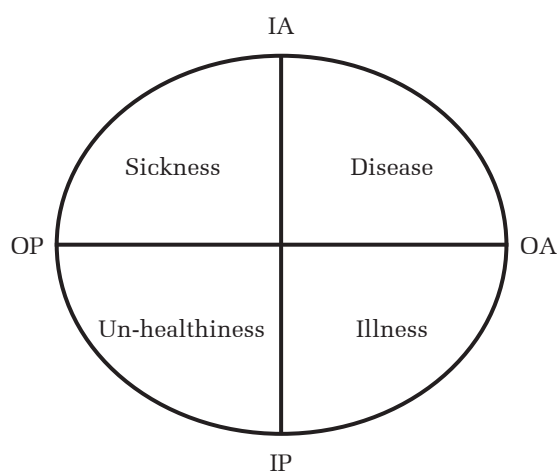
trapporre i nomi di malattia a seconda della sorgente del giudizio espresso in ogni punto di vista. I nomi *disease* e *sickness* sono espressioni di due punti di vista esterni al soggetto portatore della malattia (il primo l'autorità medica, il secondo la società, in particolare le istituzioni sanitarie). Invece, i nomi *illness* e *unhealthiness* esprimono il punto di vista del soggetto ammalato, con la differenza che nel primo termine si rivela una visione individuale dello stato di malattia, mentre nel secondo nome si intende uno stato di malessere rapportato al sé e a tutto un insieme di fattori relazionali.

Tali differenze denotano impostazioni teoriche diverse, questa volta due diverse concezioni dell'infinito. Nel primo caso, essendo la sorgente lontana dal paziente, si può parlare di un infinito assoluto, irraggiungibile, trattandosi di sorgenti estranee, infinitamente lontane dal soggetto ammalato; ma essendo queste presenti nella società, si tratta di un infinito in atto (IA). Se, invece, il giudizio sulla malattia è comprensibile e ripercorribile dal paziente perché praticabile concretamente o almeno approssimabile dal malato, allora si può parlare di un infinito solamente illimitato rispetto allo sforzo di comprensione da fare; quindi un infinito solo potenziale (IP). Quindi oltre alla organizzazione della teoria si deve prendere in considerazione un'altra dimensione generale della Medicina, la concezione dell'infinito.

Riassumendo: *disease* ed *illness* si riferiscono ad una organizzazione teorica assiomatica, mentre *sickness* ed *unhealthiness* si riferiscono ad una organizzazione teorica problematica. Mentre *disease* e *sickness* sono riferibili ad un 'infinito in atto' del punto di vista del tutto esterno al soggetto, cioè quello del medico o della società; invece *illness* ed *unhealthiness* sono riferibili ad un infinito potenziale, quello che può essere sviluppato o al-

meno approssimato dal soggetto stesso.

Di conseguenza ciascun nome riceve le seguenti caratterizzazioni dalle due dimensioni: *disease* come **OA-IA**, *illness* come **OA-IP**, *sickness* come **OP-IA**, *unhealthiness* come **OP-IP**. Questa quadripartizione è rappresentabile graficamente come una rosa dei venti, che permette alla nostra mente di orizzontarsi in questa pluralità di concetti:



CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE: LA PROSPETTIVA DI QUATTRO MODELLI DI MEDICINA

Abbiamo esaminato la parola 'malattia', a cui l'uso corrente della lingua inglese dà quattro nomi precisi, tra loro indipendenti. Questi nomi possono essere contrapposti a due a due, in modo tale da risalire a due dicotomie; allora un nome di malattia corrisponde ad una coppia di scelte sulle due dicotomie, cosicché ai quattro nomi di malattia corrispondono quattro coppie di scelte sulle dicotomie. Esse allora formano una struttura concettuale del sapere medico. Quindi più in generale i quattro nomi che

il linguaggio popolare inglese attribuisce al concetto basilare della Medicina suggeriscono mediante le coppie di scelte una possibile quadripartizione teorica della Medicina. In effetti già J. S. Larson (1999), che abbiamo citato perché concepisce la salute in parallelo ai quattro nomi di malattia, ha collegato i suoi quattro nomi di salute (corrispondenti ai quattro nomi di malattia) a quattro modelli teorici di Medicina. Essi sono (nell'ordine cambiato nel senso detto in precedenza): **1. medical model** (prettamente legato al punto di vista del medico della medicina scientifica accademica); **2. wellness model** (connesso al punto di vista del benessere soggettivo come conquista individuale); **3. environmental model** (legato al punto di vista del rapporto della salute con l'ambiente naturale, fisico e sociale); **4. WHO model** [OMS, in inglese: WHO] (che corrisponde al vedere la malattia all'interno di una serie di parametri materiali e spirituali che ne danno una coscienza globale). Le caratterizzazioni precedenti dei quattro nomi di malattia mediante le due dicotomie, infinito e organizzazione, non fanno altro che precisare questi modelli di Larson in termini non più intuitivi, ma fondazionali.

Quindi siamo abilitati a ripensare tutta la medicina secondo i suddetti quattro modelli, i quali avrebbero l'inconscio sostegno del linguaggio anglosassone, il quale già usa chiamare sia la malattia che la salute con quattro nomi diversi, i quali sono in sostanziale corrispondenza tra loro e con i quattro modelli. Il che prospetta una maniera di inquadrare tutta la medicina secondo uno schema teorico ben definito (14).

Note

1. Andrew Twaddle è stato il primo ad elaborare questa differenziazione tra i tre nomi inglesi, all'interno della sua tesi di dottorato del 1967. Twaddle, A.: "*Influence and illness: Definitions and definers of illness*

behavior among older males in Providence", 1968, Rhode Island Ph. D. Thesis: Brown University

2. Twaddle, A. (1994a): "*Disease, illness and sickness revisited*". In: A. Twaddle & L. Nordenfelt. (Eds.) "*Disease, Illness and Sick-*

ness: *Three Central Concepts in the Theory of Health*" (pp. 1–18). Linköping: Studies on Health and Society, citato in: B. Hofmann, "On the Triad Disease, Illness and Sickness", *Journal of Medicine and Philosophy*, 2002, Vol. 27, No. 6, pp. 651-673

3. Mervyn Susser: "*Disease, illness, sickness; impairment, disability and handicap*", *Psychological Medicine*, 1990, 20, pp. 471-473.

4. Sostantivo astratto derivato dall'aggettivo 'unhealthy' con il suffisso -ness che sottolinea uno stato, una condizione; quindi è sinonimo di 'non-integrità'. È lo stato generico di 'non-salute'; Kass sottolinea il fatto che il termine "salute", derivando etimologicamente dalla stessa radice di completezza, significa letteralmente "completezza", sinonimo di integrità: "La parola inglese "health" significa letteralmente "completezza", e "to heal" significa "rendere intero"... Essere interi significa essere sani, ed essere sani significa essere interi". (L.R. Kass: "*Regarding the end of medicine and the pursuit of health*", *The Public Interest*, 1975 Summer (40) pp. 11-42, pp. 24-25).

5. A. Borrelli-E. Chinol-T. Frank, "*Dizionario Inglese – Italiano*", Istit. Geograf. De Agostini S.p.A. Novara 1974, p. 1178; G. Ragazzini, "*il Ragazzini Diz. Ingl. It. - Italian English*" — IV ediz., 2009, Zanichelli ed. Bologna, p. 1374.

6. W. D. Whitney (a cura di) "*The Century dictionary, an encyclopedic lexicon of the English language*", 1895, vol. 8, p. 6613 – consultato online il 2/11/2024

7. unhealthiness. (n.d.) *WordNet 3.0, Farlex clipart collection*. (2003-2008). Retrieved November 2 2024 from <https://www.thefreedictionary.com/unhealthiness>

8. "... malattia ['disease'] ... non è una nozione simmetrica, o opposta, alla salute. Salute e cattiva-salute ['unhealth'] - cioè, salute e mancanza di salute - sono veri contrari, non salute e malattia ['disease']". L.R. Kass: op. cit., pag. 21.

9. J.S. Larson: "*The Conceptualization of Health*", *Medical Care Research and Review*, Vol. 56 No. 2, (1999), pp. 123-136. In effetti egli a p. 125 dà solo la definizione di ciò che noi abbiamo chiamato nome di salute.

10. "La salute è uno stato di completo be-

nessere fisico, mentale e sociale e non solo assenza di malattia o infermità". *Constitution of World Health Organization* (WHO) Geneva, 1948 (World Basic Documents), p.

1. Nonostante essa sia considerata utopistica perché irraggiungibile, è comunque un punto di riferimento ineludibile.

11. Nei dizionari inglesi oltre che in riferimento allo stato di malattia, *unhealthiness* è usato in riferimento ad azioni, ambiente o nutrizione. Esempi: 1. "*Unhealthiness*: 1. insalubrità (di clima) 2. salute malferma" M. Hazon, "Grande Dizionario Ingl. – Ital, Ital. – Ingl.", Garzanti ed. s. p. a., XXX ediz. 1982, p. 931. 2. "*Unhealthiness* (n.d.): Causare o favorire una cattiva salute; non salutare: *una dieta malsana*"; "*Di natura rischiosa; pericolosa: una situazione malsana*" American Heritage Dictionary of the English Language, Fifth Edition. (2011). Retrieved November 2 2024 from <https://www.thefreedictionary.com/unhealthiness>

12. L'epigenetica, nata da alcuni decenni, è una branca della biologia che studia come l'età, l'esposizione a fattori ambientali, tra cui agenti fisici e chimici, la dieta, l'attività fisica, possono modificare l'espressione dei geni senza però modificare la sequenza del DNA. A differenza delle mutazioni nella sequenza del DNA, le modificazioni epigenetiche sono reversibili. L'epigenoma cambia sia nel corso dello sviluppo dell'organismo che in risposta alle condizioni ambientali. Cfr.: Fatica, A. *EPIGENETICA. Il complesso mondo della regolazione genica*, 2017, Carocci ed., Roma.

13. In tal senso ci colleghiamo a Protagora che, come riportato da Diogene Laerzio (200 a.C. ca.), asseriva che in ogni questione ci sono due lati opposti l'uno all'altro. Diogene Laerzio "*Vite e dottrine dei più celebri filosofi*" II ed. Bompiani 2006, p. 1089.

14. Che per altra via era stato delineato in precedenza su questa rivista (chiamando "opzioni" quelle che qui sono chiamate dicotomie) Drago A.: "*La scoperta della alternativa nella scienza*", *Medicina Democratica*, 79, 1991, pp. 42-51. "*Dalla storia della scienza alla nuova coscienza della storia*", *Medicina Democratica*, 81/82, 1992, pp. 109-114.

Il diritto alla salute non può essere sacrificato per esigenze di bilancio. Commento alla sentenza della Corte costituzionale n. 195 del 6 dicembre 2024

Di Luigi LIA*

Tutelare i diritti sociali è diventata impresa sempre più ardua in questi ultimi anni. Si tratta, infatti, di quei diritti che, per il loro rispetto, richiedono l'attivazione da parte dello Stato, e in generale delle pubbliche amministrazioni, di prestazioni e servizi idonei ai bisogni delle persone. Sempre più spesso, infatti, bisogna affrontare previsioni normative, che, a qualsiasi livello, dalla legge statale ai regolamenti comunali passando per le leggi regionali, subordinano l'erogazione di un servizio o di una prestazione in campo sanitario, socio sanitario, o sociale alla disponibilità delle risorse pubbliche, con conseguente negazione, totale o parziale, in molti casi concreti, di risposte adeguate. Altre volte, anche al cospetto di un bisogno urgente o immediato, i riscontri sono differiti nel tempo, con predisposizione di liste d'attesa, graduatorie, ecc. In tutti questi casi le persone, con malattia cronica o disabilità gravemente invalidanti, e i loro familiari, sono costrette (se e quando e fino a quando se lo possono permettere) a ricorrere ad un mercato privato per sopperire alla dichiarata carenza di risorse pubbliche e quindi di servizi pubblici adeguati.

Il tema chiama in causa le scelte politiche neoliberiste degli ultimi trent'anni (italiane, europee, internazionali):

tagli alla spesa sociale, destinazione di denaro pubblico alle spese militari, privatizzazioni. Problemi giganteschi. In questo scenario, fermo restando l'impegno etico politico, pur difficilissimo, teso a migliorare lo stato delle cose, l'umile giurista si domanda se sussiste ancora uno spazio di tutela in ambito giurisdizionale dei diritti sociali (grande innovazione del costituzionalismo moderno e frutto storico di durissime lotte), quando essi vengono sacrificati sull'altare del taglio/limitatezza delle risorse raccolte attraverso quel meccanismo, vitale per il sostegno di un welfare universale e solidale, che dovrebbe essere l'equa redistribuzione della fiscalità generale progressiva.

Un colpo di grazia a questa speranza sembrava essere stato inferto dalla revisione costituzionale, avvenuta con legge 1 del 2012, la quale non ha avuto purtroppo nemmeno bisogno del vaglio referendario, perché approvata a larghissima maggioranza parlamentare, oltre il 90% (a sostegno del cosiddetto governo dei tecnici presieduto da Monti), ben superiore al quorum dei 2/3 richiesto in seconda lettura dall'articolo 138 della Costituzione. Essa ha posto la regola del pareggio di bilancio come norma di rango primario, senza alcun dibattito pubblico approfondito su un argomento così

*Avvocato

importante e decisivo per il destino dello Stato sociale. Non è un caso che il testo originario dell'articolo 81 della Costituzione non contemplasse questa regola: padri e madri costituenti non erano certo insensibili al dovere etico politico di ben amministrare il denaro pubblico, senza sprechi, ma erano altrettanto ben consapevoli del fatto che, se si voleva realizzare il progetto condiviso di costruire in ambito sanitario, scolastico, sociale, un sistema pubblico universale, egualitario, inclusivo (secondo le previsioni contenute negli articoli 2, 3, 32, 34, 38), si poteva/doveva anche accettare, quanto meno per garantire i relativi servizi finalizzati a tale scopo, la possibilità del debito statale.

Dopo la revisione costituzionale del 2012, la domanda è sorta spontanea: i diritti sociali, ancorché fondamentali, come la salute, o altri diritti di rango costituzionale, devono essere sacrificati in nome del principio, che rischia di diventare tiranno, del pareggio di bilancio, dello Stato, ma anche delle Regioni o degli Enti Locali?

Alcune sentenze significative della Corte costituzionale, pronunciate successivamente, hanno per fortuna affermato e ribadito un punto di equilibrio nel contemperamento fra due interessi collettivi parimenti imprescindibili: quello di garantire adeguata tutela dei diritti inviolabili della persona, e quello di garantire la buona amministrazione delle risorse pubbliche. Il principio di riferimento può essere così sintetizzato: è il rispetto dei diritti fondamentali delle persone a determinare le scelte di bilancio del decisore politico statale, regionale, locale.

Ad aprire la strada a questo orientamento è stata la sentenza della Consulta numero 275 del 2016, pronunciata sul seguente caso molto emblematico. La Provincia di Pescara era stata costretta ad una riduzione drastica dei servizi a supporto dell'assistenza scolastica per le persone con disabi-

lità (tra questi il trasporto), poiché la Regione Abruzzo (tenuta a contribuire al 50% delle relative spese) aveva corrisposto negli anni somme inferiori a quelle dovute, sulla base di una norma legislativa regionale, per la quale detto contributo doveva essere erogato «*nei limiti della disponibilità finanziaria determinata dalle annuali leggi di bilancio e iscritta sul pertinente capitolo di spesa*». In tal modo, però, il godimento del diritto allo studio degli studenti disabili, tutelato dalla Costituzione, sarebbe stato rimesso ad arbitrari stanziamenti di bilancio di anno in anno decisi dall'ente territoriale. La Consulta ha abolito per illegittimità costituzionale tale norma, in base al principio per il quale è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio. In altri termini, l'equilibrio di bilancio non può pregiudicare la doverosa erogazione dei servizi e delle prestazioni funzionali ad assicurare la tutela concreta dei diritti sociali di rilevanza costituzionale, come, nella fattispecie, il diritto all'istruzione scolastica delle persone con disabilità riconosciuto dagli articoli 34 e 38 della Costituzione, nonché dall'articolo 24 della Convenzione in materia approvata dall'ONU il 13 dicembre 2006 e ratificata con legge 18/2009.

In una sentenza successiva numero 62 del 2020, la Corte costituzionale ha esteso il principio a tutte le prestazioni socio-sanitarie definite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che lo Stato è chiamato a garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale nell'esercizio della competenza legislativa e regolamentare esclusiva prevista dal revisionato art. 117 della Costituzione (comma 2, lettera m): poiché si tratta di prestazioni funzionali a tutelare diritti esigibili, anch'esse non possono essere condizionate/negate per una eventuale dichiarata carenza di risorse.

Anche la giurisprudenza amministrativa si è allineata: il Consiglio di Stato, con sentenza 6926/2020, ha stabi-

lito infatti che i diritti delle persone con gravi disabilità devono prevalere sulle esigenze di natura finanziaria, sia nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria, mediante l'erogazione delle prestazioni di volta in volta necessarie, sia nell'ambito dei servizi volti a garantire il diritto all'educazione e al sostegno scolastico.

La vera questione non è, dunque, la limitatezza delle risorse (innegabile e scontata), quanto piuttosto la decisione politica sull'allocazione delle stesse, poiché è chiaro che le risorse disponibili sono suscettibili di diversa ripartizione, che riflette le (legittime, purché rispettose del perimetro costituzionale) scelte politiche del legislatore. In quest'ottica, occorre pertanto distinguere tra spese costituzionalmente necessarie (ad esempio quelle a supporto del servizio sanitario pubblico, non suscettibili di tagli a pregiudizio dei diritti), spese costituzionalmente facoltative (sulle quali il parlamento nella legge di bilancio può legittimamente operare tagli o scelte di discrezionalità politica) e spese costituzionalmente vietate.

Questo punto di vista è stato assunto in modo chiaro dalla Corte costituzionale, che, dopo la pietra miliare posta con la sentenza 275 del 2016, ha dato rilevanza giuridica, quale limite invalicabile per il decisore politico, al principio della *"spesa costituzionalmente necessaria"*, con le sentenze 169/2017, 87/2018, 197/2019, 220/2021, e da ultimo con la sentenza n. 195 depositata il 6 dicembre 2024. Essa, accogliendo un ricorso della Regione Campania contro lo Stato per una norma della legge di bilancio del 30 dicembre 2023, ne ha dichiarato l'illegittimità (ossia l'incostituzionalità) nella parte in cui non esclude dalle risorse che è possibile ridurre, a seguito del mancato versamento del contributo dovuto da parte delle Regioni (pari a 350 milioni di euro), *"quelle spettanti per il finanziamento dei diritti sociali, delle politiche so-*

ciali e della famiglia e, in particolare, della tutela della salute".

Il principio affermato è il seguente: in un contesto di risorse scarse, per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli dell'Unione Europea, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il fondamentale diritto alla salute previsto dall'articolo 32 della Costituzione, che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione. La sentenza puntualizza infatti che, *"nemmeno nel caso in cui la Regione non abbia versato la propria quota del contributo alla finanza pubblica, lo Stato può "rispondere" tagliando risorse destinate alla spesa costituzionalmente necessaria, tra cui quella sanitaria – già, peraltro, in grave sofferenza per l'effetto delle precedenti stagioni di arditi tagli lineari – dovendo quindi agire su altri versanti che non rivestono il medesimo carattere"*. Il diritto alla salute, infatti, *"coinvolgendo primarie esigenze della persona umana"*, non può essere sacrificato *"fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono la medesima priorità"*.

Tutelare i diritti sanitari, socio sanitari e sociali resta impresa ardua nella realtà quotidiana, viste le tendenze politiche affermatesi negli ultimi trent'anni, in aperto contrasto al progetto della nostra Costituzione. Tuttavia il chiaro orientamento della Consulta, sopra illustrato e costantemente ribadito, può/deve essere utilizzato a sostegno delle vertenze legali, stragiudiziali e giudiziali, finalizzate a dimostrare l'illegittimità costituzionale di norme legislative, regolamentari, e di provvedimenti amministrativi che limitano o negano la doverosa erogazione dei servizi e delle prestazioni in relazione alle risorse disponibili del bilancio pubblico statale, regionale, locale.

Storia di un'altra scuola: Francisco Ferrer Y Guardia

di Rino ERMINI

Ho pensato che sarebbe utile e interessante, in particolare per studenti e insegnanti, un richiamo a quei pensatori del passato che hanno non solo riflettuto sulla scuola così com'era ai loro tempi, ma in molti casi hanno tentato di tradurre in pratica il frutto delle loro riflessioni. Si sono insomma occupati di metodologie e contenuti della pedagogia agendo sia sul piano teorico sia sul piano pratico. Potremmo dire infine anche sul piano politico, là dove hanno visto la loro attività in campo pedagogico come contributo alla emancipazione delle classi subalterne. Quindi lotta di classe che avrebbe dovuto passare, secondo un loro punto di vista del tutto rispettabile, anche dalle scuole: in fabbrica protagonisti gli operai, nei quartieri popolari delle città gli artigiani, nelle campagne i piccoli contadini e i senza terra, nelle scuole gli insegnanti e gli studenti.

Ancora due precisazioni. Nel presentare il nostro personaggio non andrei molto a fondo, sia per ragioni di spazio a disposizione, sia perché vorrei riuscire a dare quelle informazioni e quei sugge-

rimenti, anche bibliografici, avvalendosi dei quali ciascuno possa poi procedere eventualmente per conto proprio nell'ampliamento della ricerca e negli approfondimenti. Diciamo infine che i nomi di cui ci potremmo occupare sono molte decine; e almeno di un certo numero ce ne occuperemo se la nostra proposta si rivelerà, sia pure in piccola parte, positiva.

Iniziamo con un nome decisamente importante, che molti magari conosceranno, ma che per altri potrebbe essere stato fino a questo momento ignoto: Francisco Ferrer y Guardia. Spagnolo, per la precisione Catalano. Nato nel 1859, fucilato nella Fortezza di Montjuic il 13 ottobre 1909. Di famiglia benestante, fu politicamente di tendenze anarchiche (e massone) quindi decisamente progressista e fautore dell'emancipazione degli oppressi e degli sfruttati. La sua avversione alla religione e alla chiesa cattolica, quindi il suo anticlericalismo, costituì un tratto determinante del suo essere umanamente, culturalmente e politicamente.

Fu intellettuale di grande ri-

lievo. Grazie ad un lascito di una sua allieva poté aprire a Barcellona agli inizi del XX secolo, precisamente nel 1901, una propria scuola, che non fosse né clericale né autoritaria come lo erano a quell'epoca in modo massiccio sia quelle dei preti sia quelle dello Stato. La chiamò "Scuola moderna", proprio a voler sottolineare il superamento conservatore e retrogrado delle altre due tipologie. Si trattava pur tuttavia di una scuola "privata" che per funzionare doveva avvalersi del contributo di chi la frequentava o ne condivideva i fini e, ovviamente, avesse anche le "sostanze" adeguate a sostenerla. Le famiglie dei frequentanti dovevano pagare una "retta", ed essa veniva stabilita in base al reddito stesso della famiglia, in modo tale che anche i provenienti dalle classi subalterne potessero accedervi.

Questo tipo di scuola si diffuse rapidamente anche in altri Paesi d'Europa. Non ebbe quindi, come di primo acchito sarebbe facile pensare, una presenza limitata, di semplice testimonianza o di esperienza circoscritta alla sola città di Barcellona.

Le "Scuole moderne" di Ferrer fondamentalmente furono caratterizzate da tre elementi che le distinguevano dalle altre, e che le resero immediatamente invise alle autorità, cioè, in altre parole, alla Chiesa cattolica ed allo Stato. Questi tre elementi, data l'epoca, potevano ben dirsi rivoluzionari. Non del tutto assenti in alcuni movimenti politici, né nella mente di alcuni pensatori, né in qualche sparuto tentativo di una scuola diversa nel resto d'Europa (cose che magari vedremo in futuro con eventuali articoli ad esse destinati), ma entrati prepotentemente in campo per l'azione del Pedagogista spagnolo e dei suoi collaboratori.

Innanzitutto nella "scuola moderna" era tassativa l'abolizione della separazione in classi maschili e classi femminili, quindi vi fu adottato il principio della promiscuità; di conseguenza vi fu introdotto il criterio che l'educazione e l'istruzione impartite dovessero essere rigorosamente uguali per i maschi e per le femmine. Ma anche, cosa non da poco, fu tassativo l'abbandono di quel pregiudizio, riguardo la sessualità, per cui il pudore, la buona educazione, ecc. potessero essere addirittura messi in dubbio, anzi danneggiati, dal semplice fatto che una bambina e un bambino potessero sedere insieme nella stessa aula o nello stesso banco.

Potremmo aprire una parentesi per dire che questa separazione, noi qui in Italia abbiamo continuato ad averla per molti anni, in particolare durante il fascismo,

ma in alcuni casi fino a non molto tempo fa. Vi sono ancora edifici scolastici, che la cui frequenza ci auguriamo non preveda ancora la separazione fra maschi e femmine, i quali presentano tuttavia due portoni di ingresso, con su ben evidenti le scritte: "maschi", sopra un portone; "femmine", sopra l'altro. Di una scuola potrei fare nome e cognome: si tratta di una scuola elementare di un comune del profondo Nord civilizzato; scuola peraltro recentemente restaurata, e uno si domanda se quei due portoni e quelle scritte siano stati lasciati a mo' di testimonianza storica o in previsione di un futuro che qualcuno si augura torni ad essere come ai "bei tempi".

Il secondo criterio caratterizzante fu la laicità. Non solo era escluso nelle scuole di Ferrer l'insegnamento religioso sotto qualsiasi forma, ma allo stesso tempo anche le istituzioni chiesastiche e relative simbologie erano tenute rigorosamente fuori dalla porta. Non si può non ricordare qui l'annosa questione dei crocifissi nelle aule scolastiche, lascito clerico-fascista che in 80 anni di Stato che dovrebbe essere "democratico" e "laico" non si è trovato il modo di abolire. Sono innumerevoli i tentativi fatti con azioni dirette nelle scuole o con ricorsi ai tribunali che per il momento però non hanno ottenuto alcun effetto. Può capitare di vedere aule o intere scuole dove il crocifisso sia assente (per iniziativa di volontari o per distrazione dei clericali), ma basta che questi ultimi si rendano

conto o che emerga fra loro un ciellino fanatico e il crocifisso ricompare.

In terzo luogo vi era particolarmente curata l'igiene e quegli insegnamenti e quella educazione inerenti a tale questione e particolarmente attenti al corpo umano, quindi alla salute fisica e mentale. Ciò evidentemente perché si riteneva che la cura del corpo fosse molto importante per la prevenzione delle malattie e per la qualità della vita, sia quella presente sia quella futura. Questo aspetto dell'insegnamento era particolarmente tenuto in considerazione perché attraverso gli scolari e le scolare si riteneva di poter far arrivare nelle loro famiglie un sapere che potesse estendersi agli adulti e quindi a una fetta importante della popolazione: l'educazione delle nuove generazioni come veicolo di educazione alla salute e alla prevenzione nel resto della società. Oggi, la nostra scuola pubblica vilipesa e martoriata, ha ancora un barlume di questo nobile ruolo? O è divenuta soltanto un luogo dove si addestrano alla produzione e al consumo le infinite rotelle della società capitalistica?

La Chiesa, e anche lo Stato che con essa quasi sempre viaggiava in sintonia, non mancarono di mettere i bastoni fra le ruote a Ferrer e alla sua Scuola moderna, col chiaro scopo di chiudere questa esperienza troppo pericolosa per loro.

Ci riuscirono a chiudere le Scuole Moderne, partendo dall'eliminazione dello stesso Ferrer che, accusato di

un attentato mai commesso, fu incarcerato, rapidamente processato e fucilato.

Oggi Ferrer non credo sia molto ricordato. Forse nell'ambito pedagogico generale, e nemmeno poi tanto. Forse nella Massoneria, ma di questo potrebbe interessarci relativamente. Molto più noto e studiato lo è invece nel Movimento anarchico perché quel tipo di scuola si confaceva e si confà ancora oggi a quelle che sono le idee portanti dell'anarchismo. Non solo per l'anticlericalismo, per la scienza, il razionalismo, ma anche per le idee di eguaglianza, di fraternità e di libertà che vi erano sottese.

Potrebbe essere interessante sapere che almeno nel nostro Paese, esistono alcune lapidi a suo ricordo poste agli inizi del secolo scorso, prima dell'avvento del fascismo, e dovute a un movimento operaio a quell'epoca socialista o

anarchico, ben presente con le proprie organizzazioni, ben presente e combattivo, sensibile nel tramandare la memoria dei propri "eroi" vittime della violenza del "nemico di classe". Lapidi che sopravvissero al fascismo o che, se da questo distrutte, dopo la Resistenza furono ripristinate.

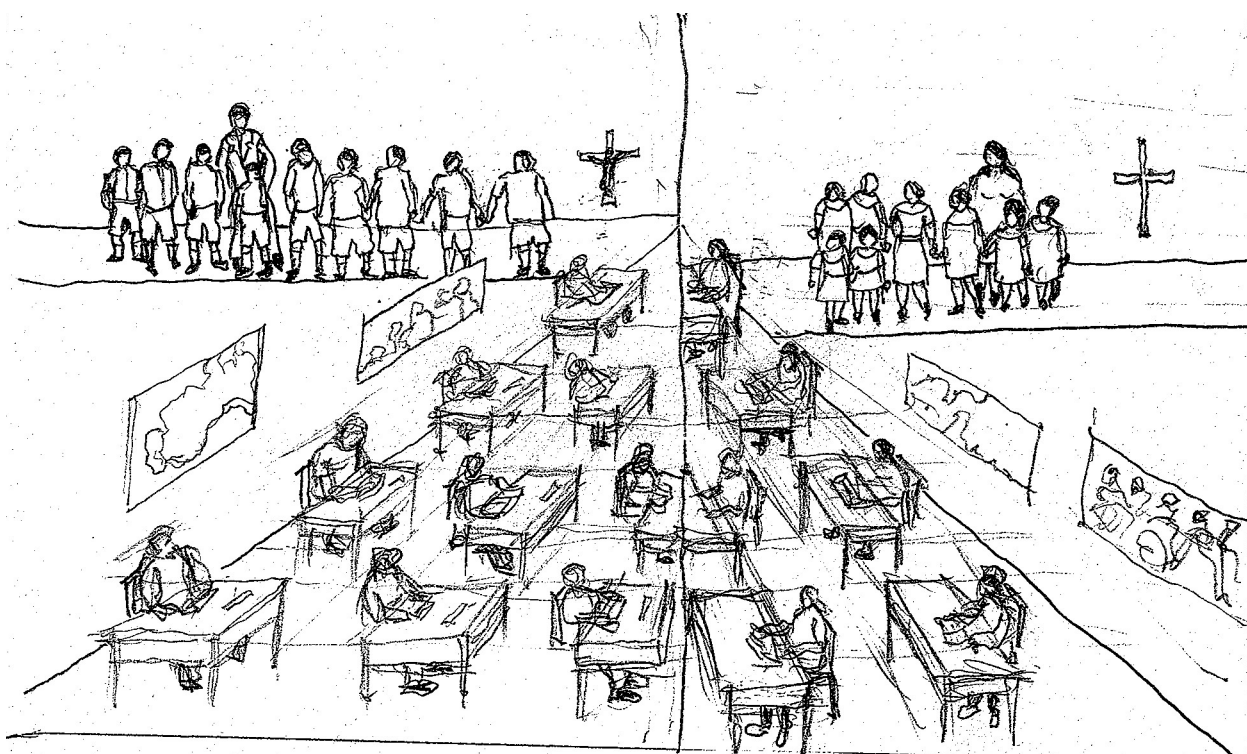
Inutile dire che il ricordo e lo studio di Ferrer, visti anche i tempi che corrono, andrebbero molto curati. E forse sarebbe anche il caso di dire che potrebbe essere fondamentale, e decisamente più interessante, aggiornarsi su questo Pensatore piuttosto che sulla didattica americana imbevuta di neoliberalismo, alla quale da anni il potere costringe gli insegnanti. A proposito di Americani, va detto che ci sarebbero anche cose da non buttare via, ma quelle rigorosamente ce le nascondono. Allora io mi permetterei di suggerire, così, di passaggio,

due nomi importanti: Ivan Illich e Noam Chomsky, due nomi che nulla hanno a che fare coi sotterranei del Pentagono o con le università di proprietà del capitalismo neoliberalista ed accessibili solo ai molto ricchi.

Per quanto riguarda gli studi su Francisco Ferrer esistono molti buoni testi, purtroppo di non facile reperimento, a meno che non si faccia riferimento alle Biblioteche specializzate. Suppongo che per una ricerca di base sia possibile e utile avvalersi anche della Rete. Volendo però dare un'indicazione bibliografica, sia pure minima, segnalo almeno due volumi.

Il primo. Francisco Ferrer, La Scuola Moderna.

Il secondo, è dedicato a numerosi autori, non solo a Ferrer: Filippo Trasatti, Lessico minimo di pedagogia libertaria, Elèuthera, Milano, 2004, pagine 90-93.



MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



Medicina Democratica

PER SOSTENERE LE MOLTEPLICI ATTIVITA' NELLE QUALI "MEDICINA DEMOCRATICA - O.N.L.U.S." E' IMPEGNATA, OGGI PIU' CHE MAI ABBIAMO BISOGNO DEL TUO AIUTO.

Dal gennaio 2013 la Rivista "*Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute*" è l'organo di "*Medicina Democratica O.N.L.U.S.*". Per questo, ti chiediamo di continuare a sostenere questa testata e l'attività che l'Associazione svolge

DIVENENDO SOCIO DI "*MEDICINA DEMOCRATICA- O.N.L.U.S.*" SOTTOSCRIVENDO LA QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE:

di **Euro 35,00** per i soci ordinari (*)

di **Euro 50,00** per i soci sostenitori

Il versamento della quota associativa dà diritto a ricevere sei numeri annuali dell'omonima Rivista.

INVITIAMO TUTTI AD ASSOCIARSI A "*MEDICINA DEMOCRATICA - O.N.L.U.S.*"
PER DARE CONTINUITÀ E SOSTEGNO A QUESTA TESTATA.

CHIEDIAMO

ANCHE LA LORO PARTECIPAZIONE ALLE INIZIATIVE PROMOSSE
DAL MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE PER AFFERMARE
I DIRITTI UMANI E LA DEMOCRAZIA NELLA SUA PIÙ ESTESA ACCEZIONE
CONTRO OGNI FORMA DI ESCLUSIONE, DISCRIMINAZIONE E RAZZISMO.

Le persone che non intendono associarsi alla O.N.L.U.S. possono ricevere ugualmente sei numeri annui della Rivista "Medicina Democratica" mediante una libera donazione di Euro 35,00: attualmente, solo con questa donazione annua riusciamo a coprire i costi vivi di redazione, stampa e invio postale della Rivista.

Il versamento della quota associativa o della donazione può essere effettuato o con bonifico bancario **IBAN: IT31D0503401708000000018273** presso la Banca Popolare di Milano oppure con **bollettino postale sul c/c 001016620211** intestato a "*Medicina Democratica - O.N.L.U.S.*", via dei Carracci 2, 20149 Milano, indicando la causale.

Per associarsi occorre compilare il modulo disponibile sul sito **www.medicinademocratica.org** seguendo le istruzioni o richiedendolo a mezzo e-mail a **segreteria@medicinademocratica.org**

**Molto si può fare con l'aiuto e la partecipazione di Tutte/i:
Associati e partecipa alle iniziative di Medicina Democratica!**

(*) **In via del tutto eccezionale**, è possibile anche associarsi versando una quota annuale ridotta, pari a Euro 10,00, comprensiva della messa a disposizione su file degli articoli della Rivista con invio alla e-mail indicata all'atto dell'iscrizione. Questa forma associativa è rivolta **solo** alle persone che lo richiedano e che documentino il loro status di appartenenti alle categorie maggiormente svantaggiate, ovvero disoccupati, cassaintegrati, esodati, lavoratori con contratti "*precari*" (ai sensi della c.d. "*legge Biagi*" e successive modifiche). Questa quota ridotta viene estesa **anche** ai soci della Associazione Italiana Esposti Amianto (A.I.E.A.) per la comunanza delle iniziative condotte assieme alla nostra Associazione per affermare la salute, la sicurezza, l'ambiente salubre, i diritti umani.

Referenti di Medicina Democratica

Movimento di Lotta per la Salute – O.N.L.U.S.

SEGRETERIA NAZIONALE

• Via dei Carracci n° 2, 20149 Milano
segreteria@medicinademocratica.org
medicina.democratica.onlus@pec.it

Sottoscrizione della quota associativa annua alla O.N.L.U.S. o per la donazione per ricevere la Rivista

IBAN: IT31D0503401708000000018273
presso Banca Popolare di Milano
oppure con bollettino postale sul
c/c **001016620211**.

Redazione e diffusione della Rivista

Fax: 0331/501792
e-mail:
medicinademocraticaets@gmail.com
Sede M.D. della provincia di Varese,
Via Roma n° 2, 21053 – Castellanza (VA)

Ufficio stampa

medicinademocraticastampa@gmail.com
tel. 393.1377616

CALABRIA

• Ferruccio Codeluppi, via Villini
Damiani 15/O, 89822 Serra San Bruno
(CZ) tel. 096.371231
• Alberto Cunto, via della Repubblica
46, 87028 Praia a Mare
tel./fax 0985.74030; cell. 388.3649126
e-mail: albertocnt@libero.it

EMILIA-ROMAGNA

• Bruna Bellotti, via Bellaria 55, 40139
Bologna - e-mail: dirsenbar@yahoo.it
• Luca Negrognolo, c/o Istituzione G.F.
Minguzzi, via San Felice 25, 40122
Bologna
e-mail: luca.negrognolo@gmail.com
• Monfredini Roberto, via Montegrappa
15, Solignano di Castelvetro (MO)
tel. 338.4566388
e-mail: robertomonfredini@gmail.com
• Amedeo Corsi, Viale G. Carducci 33,
47921, Rimini - tel. 335.7314256
e-mail: amedeo.corsi@gmail.com

LAZIO

• Paolo Flamini, Via Renato Fucini 288,
00137 Roma
tel. 392.6171245
e-mail: iflamini@tin.it

PIEMONTE

• Sezione di Alessandria: Tino Balduzzi,
tel. 345.6111117
e-mail: tino.balduzzi@gmail.com
• Claudio Cesaroni, vicolo Contratti 4,
14100 Asti - tel. 375.5835758
e-mail: claudiocesaroni46@gmail.com
• Renato Zanolì, via G. Emanuel 16,
10136 Torino - tel. 011.392042
cell. 338.4054068
e-mail: renatozanoli@libero.it
• Enzo Ferrara, c/o Centro Studi Sereno
Regis, via Garibaldi 13, 10122 Torino
cell. 339.8555744
e-mail: enzoferreira@serenoregis.org
• Cavagna Carla, via Mossotti 3, 28100
Novara - tel. 0321.612944

cell. 333.6090884

e-mail: carla.cavagna@libero.it

• Dario Miedico, Arona (NO) - tel.
335.265547; e-mail: nuovoulisse@alice.it

LOMBARDIA

• Sede M.D. Milano, Via dei Carracci 2,
20149 Milano
• Sede M.D. della Provincia di Varese,
via Roma 2, 21053 Castellanza
e-mail:
medicinademocraticaets@gmail.com
• Piergiorgio Duca, via Bramante 23,
20154 Milano
e-mail: piergiorgio.duca@unimi.it
• Silvana Cesani, via Borgo Adda 3,
20075 Lodi - tel. 0371.423481
cell. 335.7595947
• Stefano Debbia, via S. Giovanni 11,
21053 Castellanza (VA)
tel. 0331.500385; fax: 0331.501792
e-mail: debbiaste@libero.it
• Elisabeth Cosandey, viale Campania 4,
20077 Melegnano (MI)
tel. 02.9836928
• Marco Caldiroli, via Quintino Sella
115, 21052 Busto Arsizio (VA)
e-mail: marcocaldiroli@alice.it
• Vittorio Agnoletto
e-mail: vagnoletto@primapersone.org
• Antonino Cimino - cell. 335.6847823
e-mail: ciminoantonino@gmail.com
• Gabriella Liberini, Sezione MD
di Brescia - tel. 339.6976563
e-mail: 60liberini@gmail.com
• Alberto Marino, Sezione MD
di Brescia, Via Valene 9e, 25087 Salò
(BS), tel. 0365.520830 - cell. 338.8329981
e-mail: caafnm@libero.it
• Matteo Orlandi, via Biancardi 9, 26900
Lodi - cell. 392.2485840
• Laura Valsecchi
tel. 339.5278048; e-mail: l.valsecchi@
medicinademocratica.org

PUGLIA

• Tonino d'Angelo, via Cantatore 32/N,
71016 San Severo (FG)
• Maurizio Portaluri, Brindisi
cell. 348.5123872
e-mail: portaluri@hotmail.com
• Riccardo Ierna - e-mail: ricierna@libero.it

CAMPANIA

• Paolo Fierro, Traversa Privata
Maffettone 8, 80144 Napoli
tel. 327.4514127
e-mail: tabibfierro@hotmail.com

BASILICATA

• Sede M.D. Matera, via E. De Martino
65, 75100 Matera
• Mario Murgia, via Martino 47, 75100
Matera - tel. 340.7882621; email: info@
associazioneespostiamiantovalbasento.
it

TOSCANA

• Sede M.D. Firenze, Circolo Lavoratori
di Porta al Prato, Via delle Porte Nuove
33, 50144 Firenze

• Gino Carpentiero, via Montebello 39,
50123 Firenze - tel. 055.285423
cell. 347.5481255

e-mail: ginocarpentiero@gmail.com

• Quinti Lalla Krusciovas, Sezione
Famiglie Vittime Sul Lavoro
cell. 366.9739035

• Marco Paganini - cell. 334.3970707

e-mail: paganini.paolamarco@libero.it

• Maurizio Marchi, via Cavour 4, 57013
Rosignano Solvay (LI)

cell. 328.4152024; e-mail: maurizio.
marchi1948@gmail.com

• Marcello Palagi, via XX Settembre 207,
54031 Avenza (MS) - tel. 0585.857562

e-mail: eco.apuano@virgilio.it

• Alfonso Baldi, Massa - tel. 338 5469143
e-mail: alfonbal@me.com

• Del Soldato Maria, via di Porto 279/A,
Massarosa (LU)

e-mail: giannini3@virgilio.it

• Alessandro Rombolà, via Luca

Giordano 7/a, 50132 Firenze

tel. 055.2638296

cell. 335.1596795

e-mail: alessandro.rombola@gmail.com

VENETO

• Franco Rigosi, via Napoli 5, 30172

Mestre (VE) - tel. 041.952888

e-mail: franco.rigosi@gmail.com

• Maria Chiara Rodeghiero, piazza

Biade 11, 36100 Vicenza

e-mail: rodeghieromc@gmail.com;

• Paolo Nardin, via Don Sante Ferronato

44/2, 33030 Pianiga (VE)

tel. 349.7447189

e-mail: paolonardin48@alice.it

MARCHE

• Loris Calcina, via Campanella 2,

60015 Falconara Marittima (AN)

tel. 333.9492882

e-mail: lokalci@libero.it

LIGURIA

• Sede M.D., Via Crispi 18 rosso,

17100 Savona - tel. 0192.051292

e-mail: medidemosavona@tiscali.it

• Maurizio Loschi, via Luccoli 17/7,

17072 Albisola Mare (SV)

tel. 0194.86341; cell. 347.4596046

e-mail: maloschi@alice.it

• Eraldo Mattarocci - cell. 348.6039079

e-mail: ermatta@yahoo.it

• Avv. Rita Lasagna, Piazza della Vittoria

14/18 17100 Savona - cell. 335.6152757

• Valerio Gennaro, via Trento 28, 16145

Genova - cell. 340.3436554; e-mail:

valerio.gennaro52@gmail.com

• Marco Spezia - cell. 348.5863171;

e-mail: sp-mail@libero.it

• Luca Trentini, via Vecchia di Biassa

36, 19123 La Spezia - tel. 347.9475350

e-mail: lutren@libero.it

SARDEGNA

• Francesco Carta, via Toscanini

7, 09170 Oristano - e-mail:

medicinademocratica.sardegna@gmail.
com

**Una pelle e un foglio
per mettere giù l'anima.**

**Questa precisione
quest'ordine
questa pazzia
di mettere a posto
che cos'è
che cos'è.**

**Chi ascolta
mette dentro di sé
il tesoro della parola.**

**Ora tutto passerà ai computer
come prima passava nei campi.**

**Domani tutto sarà più chiaro
perché ci si è ragionato sopra.**

GABRIELLA BERTINI

