



**GIULIO MACCACARO**

**L'USO DI CLASSE  
DELLA MEDICINA**

**CENTRO CULTURALE S. CARLO - RISTAMPA - FEBBRAIO 1977**

**1**

"...Maccacaro non era soltanto un uomo di scienza, ma era uno studioso che da anni lottava contro i difetti, le storture, le ingiustizie della medicina italiana, esponendosi sempre in prima persona. Insegnava che morte e malattie discriminano tra ricchi e poveri, tra capitale e lavoro, che la medicina è ancora classista. ...Di solito i ricercatori compiono indagini, ma poi le pubblicano su riviste specializzate. Maccacaro, invece, socializzava i risultati, voleva che se ne discutesse nei Consigli di fabbrica, in quelli di zona. Non voleva che quanto emerge dalle indagini di statistica medica finisse in un cassetto a disposizione di pochi.".

dal "CORRIERE DELLA SERA"  
del 27 gennaio 1977



## 1. CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

Il tema di questo dibattito: "l'uso di classe della medicina" è enorme. Quello che io posso tentare, nell'ambito delle mie capacità assai limitate, è proporlo più che svilupparlo. Lo farò con riferimento a qualche esperienza personale e ad alcune riflessioni.

Non cercherò, comunque, di girare intorno all'argomento; intendo prendere posizione su di esso nel modo più franco. A ciò mi sento particolarmente motivato, stasera, qui a Modena, perchè qui a Modena io ho insegnato per due anni. Ho insegnato microbiologia dal '61 al '63 e ricordo quei due anni del mio primo insegnamento come vissuti, allora, in modo particolarmente felice. Avevo degli studenti coi quali mi è parso di conversare, tant'è che qualcuno di loro l'ho incontrato più tardi e più volte. Mi è parso che non serbassero un cattivo ricordo. Tuttavia, se oggi ripenso al mio insegnamento di allora, sono quasi convinto di aver sbagliato, cioè di aver fatto un cattivo insegnamento: è da tanto tempo che desideravo fare questa specie di autocritica, ma probabilmente di fronte a me, stasera, non c'è più nessuno dei miei studenti di allora. Ci sono però altri studenti e lo studente è sempre quello. Voglio dire che non ha nessuna importanza che anagraficamente egli sia quello di allora o un altro. Quindi di fronte allo studente di oggi, che per me è anche lo studente di allora, io ho bisogno di dire questo: che il mio non era un buon insegnamento.

Naturalmente me ne sono accorto più tardi: sennò avrei fatto in modo diverso anche allora, quando, come testimonieranno quei compagni che sono presenti anche questa sera - ora ne riconosco qualcuno - il mio insegnamento era di tipo, diremo così, "illuminista", molto giocato sulla presentazione di una scienza gratificante l'intelligenza, come qualcosa di molto bello, stimolante la fantasia. Avrei potuto fare quel tipo di insegnamento in qualsiasi posto: ed è questo quello che mi rimprovero; avrei potuto tenere quel corso a Cincinnati nell'Ohio o a Sidney dell'Australia o in qualsiasi altra città italiana. Voglio dire che non c'era nessun rapporto tra quello che io insegnavo e la realtà nella quale il mio insegnamento si apriva e si muoveva e si proponeva agli studenti. Ero ancora sostanzialmente, (sono passati dieci anni privi di significato) suggestionato da un certo mito che mi faceva credere nel carattere intrinsecamente rivoluzionario della scienza in quanto tale.

Oggi mi pare di aver riconosciuto il mito e di averlo abbandonato; credo che oggi non farei più quel tipo di insegnamento.

Un altro motivo che rende la mia presenza, qui stasera, emotivamente carica per me, è il sentirmi visto da voi anche come quello della vicenda dei "bambini-cavia" di Modena. So benissimo che una parte del mio essere



qui e del vostro essere qui è legata a tale fatto.

Che cosa ha significato per me un episodio come questo?

Non soltanto una denuncia - come forse può essere stato inteso da molti e che sarebbe davvero troppo poco - ma la ricerca di una verifica che mi pareva singolarmente possibile proprio nell'analisi della vicenda modenese, per alcune sue peculiarità che appunto ho cercato di indicare e che, se vorrete, potremo richiamare. La denuncia del fatto in sé non è mai sufficiente, così come è insufficiente la teorizzazione del sistema nel quale il fatto si avvera.

Ciò che occorre è la ricerca dei modi per cogliere il sistema sul fatto o nel fatto; voglio dire che la pura analisi dell'episodio è inefficace ed evasiva, se non riesce a verificarsi nei fatti, nella realtà. Quindi è una scelta di metodo e non soltanto di costume quella di prendere un fatto preciso e definito, anatomizzarlo, scoprirne i contenuti, farne esplodere i significati.

Marx diceva "non mi interessano i capitalisti, mi interessa il capitale" ed aveva ben ragione di dirlo proprio perchè era arrivato all'analisi teorica del capitale attraverso quella dei suoi momenti reali. Se voi ricordate, nel primo volume del "Capitale", ci sono due parti: una intitolata "La giornata del lavoro" e l'altra intitolata "La grande industria" che sono proprio un ammaestramento in questo senso.

Marx vi fa l'analisi puntale ed esemplificata di certe situazioni viste una per una, con precisi riferimenti, e poi ricondotte e poste all'interno di una visione globale; egli ci indica l'approccio metodologico corretto: la ricognizione della realtà come momento analitico che apre il momento sintetico della teoria. Nel caso di Modena questo era particolarmente possibile perchè erano in giuoco non solo delle persone ma dei ruoli, tipici ed esemplari: il professor Vivoli, che rappresentava l'autorità, il professor Pachioli che rappresentava la scienza accademica, le maestre che rappresentavano la istituzione scolastica, infine un'industria, la Farmitalia, che rappresentava il capitale farmaceutico. Quindi nel caso di Modena si trattava di un modello a suo modo esemplare, perchè è abbastanza raro trovare tutta la completezza e perfezione: un modello esemplare dell'uso della medicina per un controllo repressivo della società.

Mi ricordo che quando lessi quella comunicazione al Congresso di Bologna ci fu un vero e proprio caso di isteria: un collega bolognese ad un certo punto si alzò (forse qualcuno di voi era presente e lo ricorderà) gridando: "Toglietegli la parola, basta con i nomi, non vogliamo più sentire fare nomi" e cose di questo genere. Ebbene, in quel momento ho capito che il metodo era effettivamente corretto; l'ho capito proprio dalla reazione che aveva determinato in quel collega. E' un metodo non facile e un po' faticoso, ma mi propongo di non abbandonarlo.



Quando parlo di uso di classe della medicina non mi riferisco (come potrebbe essere per un malinteso che va subito dissipato) soltanto alla medicina pratica, cioè alla medicina così come è esercitata, ma a tutta la medicina nei suoi diversi momenti. C'è un uso di classe della medicina pratica: questo cercherò brevemente di dire o di rappresentare come mio punto di vista personale.

Non dobbiamo, quando anche ci sia proposto, accettare una separazione di tali livelli, cioè un discorso del tipo: "sì, questo avviene, però la scienza medica è un'altra cosa, l'insegnamento della medicina ha altri valori, ecc.". Non dobbiamo accettarlo perchè un discorso di quest'ordine è nullo l'altro che l'ennesima proiezione del tipico modello della divisione del lavoro, qui trasferito alla divisione dell'atto medico che è invece didattico, scientifico, e pratico nello stesso tempo. Ripeto, quindi, che quando dico: "uso di classe della medicina", non voglio escluderne nessuna parte, ma riferirmi a tutte ed in particolare alla medicina come pratica, come didattica e come scienza.

E possiamo proprio cominciare da qui, cioè dalla medicina come scienza.

## 2. L'USO DI CLASSE DELLA SCIENZA MEDICA

Se mi permettete faccio una piccola citazione, molto breve, sempre di Marx. Nei "Lineamenti fondamentali della critica dell'economia politica", a un certo punto, Marx scrive: "L'economia della scienza e dell'abilità delle forze produttive generali del cervello sociale rimane, rispetto al lavoro, assorbita nel capitale e si presenta perciò come proprietà del capitale". Poi soggiunge: "Il pieno sviluppo del capitale ha quindi luogo solo quando l'intero processo di produzione non si presenta assunto sotto l'abilità immediata dell'operaio ma come impiego tecnologico della scienza." Ed ancora: "Tutti i processi scientifici della civiltà, o in altre parole, ogni incremento delle forze produttive sociali (se volete delle forze produttive del lavoro stesso quali risultano dalla scienza della divisione e combinazione del lavoro) arricchiscono non l'operaio, ma il capitale, e poichè il capitale è l'antitesi dell'operaio, quei processi accrescono soltanto il potere oggettivo sul lavoro". E' chiaro, quindi, che il riconoscimento della non neutralità della scienza non potrebbe avere in Marx un'espressione più precisa e più vigorosa di questa. Non continuo le citazioni, ma voi sapete che questo è il pensiero esplicito e ricorrente in Marx.

La scienza, dunque, è null'altro che un modo di essere del potere o meglio è comprensibile e leggibile solo nell'ottica della dialettica dei poteri.

La borghesia ha fondato al momento della sua nascita, una nuova scienza per abbattere il potere feudale: la scienza è stata allora liberatrice



un  
nella misura in cui ha posto, nei confronti di potere egemone (in quel momento storico era il potere feudale), la domanda di potere di un'altra componente sociale che veniva nascendo e che era la borghesia. La borghesia, naturalmente, ha poi utilizzato e continua più che mai ad utilizzare la scienza come strumento della sua conservazione; così fa ogni potere che tende a conservare se stesso. Ora, se questa è l'operazione che ha fatto la borghesia, questa è l'operazione che dovrà fare il proletariato: cioè il proletariato, a sua volta, dovrà fondare una nuova scienza per abbattere il potere borghese. Non voglio dire con questo che ogni scienziato è delegato, o meglio, che allo scienziato è delegato il ruolo di rivoluzionario, ma che i rivoluzionari saranno anche scienziati, in senso tecnico e soprattutto in senso politico. Oggi, come la scienza è un modo del potere, la medicina è un modo della scienza e quindi, per proprietà transativa, la medicina è a sua volta un modo di potere. E naturalmente il potere cui sto riferendomi è il potere capitalista.

Non è il caso che richiami qui i connotati del sistema capitalista se non per ricordare che esso è caratterizzato dal fatto che da una parte si fonda sulla produzione sociale dei beni e dall'altra sull'appropriazione privata dei beni, e in particolare della forza lavoro. Questa appropriazione è la condizione necessaria per la riproduzione e l'aumento del capitale stesso (legge dominante della sua logica) attraverso il profitto. Quindi il sistema capitalista, (qualche volta dirò sistema senza ripetere "capitalista", ma è chiaro che mi sto riferendo a questo) è interessato da una parte a consumare, e dall'altra a conservare la forza lavoro.

Alla medicina è affidato il compito di risolvere, nella razionalità scientifica, questa contraddizione del modo di produzione capitalista, che da una parte consuma e spegne la forza lavoro, ma dall'altra parte ne ha bisogno per continuare ad alimentare se stesso. Quindi deve conservarla nella misura in cui serve a consumarla. E' contraddizione questa, così centrale fra tutte, che il capitale, per poterla risolvere, cioè per portare avanti il suo sviluppo, il suo aumento, la sua conservazione, anzi la sua riproduzione, deve assumere la gestione di tutti i momenti della medicina: cioè la gestione della malattia, la gestione del malato, la gestione del medico, la gestione della istituzione, la gestione dell'insegnamento e la gestione della ricerca scientifica ed in particolare medica. Quindi il mio breve discorso si svilupperà attraverso l'analisi di questi momenti di gestione fatti dal sistema capitalista su questi momenti della realtà medica.

### 3. LA GESTIONE DELLA MALATTIA

Dicevo all'inizio che il sistema assume la gestione della malattia. Per chiarire questo concetto lo possiamo sviluppare in alcuni punti. Anzi-



tutto prendiamo in considerazione l'evoluzione della patologia. Suppongo presenti molti studenti di medicina: quindi quello che dico è piuttosto ovvio per loro, ma ci sono altri che non sanno di medicina e quindi richiamo nozioni di questo genere.

Proprio nell'arco di maggior sviluppo del sistema capitalistico, dalla rivoluzione industriale venendo ai giorni nostri, si è visto il progressivo recedere di un certo tipo dominante di patologia, che era la patologia acuta-infettiva e l'emergere di un altro tipo di patologia, la patologia cronica-degenerativa che è quella che oggi occupa, diciamo così, la scena e il proscenio dell'epidemiologia. Vorrei dire che questa è un'affermazione ormai tanto usata da diventare un pochino frusta; va precisata ulteriormente per capirla bene: cioè la patologia acuta-infettiva ha come ulteriori caratteristiche quella di essere condivisa dall'uomo con altre specie e quindi di non essere necessariamente una patologia dell'uomo. E' una patologia, ancora, direi, fisiogena, cioè provocata da cause estrinseche (microbi; virus, ecc.) mentre la patologia cronica-degenerativa è in larga misura antropogena e antropica, vale a dire propria dell'uomo e generata dall'uomo (per uomo voglio dire i modi di produzione coi quali si realizza in un certo sistema l'attività e il lavoro dell'uomo). Quindi quella che è avvenuta nel tempo, nonostante le apparenze e le parole non è stata un'evoluzione della salute ma è stata una trasformazione della malattia e lo dimostra il fatto che ben poco è aumentata la lunghezza della vita.

Anche se la vita media è notevolmente aumentata, la lunghezza della vita dell'uomo è aumentata di poco, in misura relativamente trascurabile, cioè è stato aggiunto ben poco alla vita. E' stata invece ottenuta un'evoluzione della malattia, nel senso di una minore dissipazione della vita, là dove questa dissipazione era più acutamente diseconomia (per es. la mortalità infantile). Il fatto cui si è cercato di porre rimedio è che ci fosse un investimento, rappresentato dagli oneri inerenti alla generazione e all'allevamento dei bambini nei primi anni di vita e poi fino all'età giovanile, che andasse perduto e non potesse più trasformarsi e realizzare il suo unico destino che è quello di diventare forza lavoro. L'aumento della vita media è tutto dovuto a questo fatto, non è un aumento dell'arco della vita, della capacità di vita: è semplicemente un aumento della sopravvivenza di individui i quali non si realizzavano come possibili oggetti dai quali prelevare della forza lavoro.

Una seconda considerazione che vorrei fare, sempre per sostanziare quella "gestione della malattia" a cui poc'anzi accennavo, è che la patologia stessa, vista non come evoluzione, ma vista come composizione, è una patologia fortemente classica. Anzitutto, ancorchè si dica - (da parte dell'igienista, da parte dell'insegnante medico, in genere da parte di una certa rappresentazione positiva della medicina) - che i principali indicatori sociali del malessere, cioè di perdita di salute, sono venuti



calando nel tempo (la mortalità infantile, la mortalità perinatale, la mortalità anche adulta), si tratta di un discorso tutto giocato sulle medie, non viene mai chiarito in termini di variante. Cioè se è vero che oggi noi abbiamo il 32 per mille di mortalità infantile mentre qualche decennio fa avevamo ancora 60 o 70 per mille, è però anche vero che la divaricazione che c'è tra la Lombardia e la Basilicata per es., o tra il Piemonte e la Sicilia e via di questo passo, e analogamente la divaricazione che c'è fra le classi, è ulteriormente aumentata, non diminuita.

Voglio dire cioè che per ogni morto lombardo nel primo anno di vita, per certe cause, oggi, ci sono più morti lucani di quanti ce n'erano prima, nonostante il numero totale di morti nel primo anno di vita sia diminuito in Lombardia e in Lucania. Non so se sono stato chiaro su questo punto: vorrei dire che la forbice che segna la collocazione classista di un certo destino si è ulteriormente allargata e non si è affatto ristretta. Così, per portare altri esempi di una discriminazione di classe all'interno della patologia, penso che molti conoscano (comunque è un libro tradotto in italiano con una bella prefazione di Jervis) "Classi sociali e Malattie Mentali" di Hollingshead e Reidlich dove è ampiamente analizzato il diverso destino di classe alla malattia mentale.

Così avviene anche per le malattie da lavoro, naturalmente, ed è utile che insista a dirlo; tutta la patologia da lavoro privilegia "le classi del lavoro" rispetto alle altre: il caso esemplare è rappresentato dalla infortunistica, dagli infortuni sul lavoro. Sapete tutti che abbiamo un milione e mezzo di infortuni sul lavoro all'anno, cioè abbiamo un morto ogni ora per causa di lavoro, abbiamo un ferito ogni sei secondi per causa di lavoro. Recentemente gli episodi di morti da lavoro di Taranto, nella Italsider, hanno assolutamente chiarito che il capitale di stato e il capitale privato sono del tutto indistinguibili dal punto di vista del lavoratore: cioè la loro logica è la stessa ed il loro modo di prelevare dalla vita del lavoratore è assolutamente identico. Non è il caso di avere nessuna speranza che Petrilli sia migliore di Pirelli, Luraghi di Agnelli e cose di questo genere. Alludo a Petrilli, Pirelli, Luraghi, Agnelli non come persone, ma per quello che rappresentano: gli uni il capitale di stato, gli altri il capitale privato. La logica è la stessa e i risultati sono naturalmente gli stessi. Ho detto un milione e mezzo di infortuni, un morto ogni ora, un ferito ogni sei secondi: questa è un'altra strage di stato, oltre a quella di cui sappiamo tutti, questa è veramente un'altra strage di stato che avviene giorno per giorno, non soltanto il 12 dicembre, ma tutti i giorni dell'anno.

A Torino, per es, ci sono ogni giorno 30 infortuni con perdita anatomica, (perdita anatomica vuol dire perdita di un pezzo di corpo, che può essere una falange, un dito, una mano, un avambraccio, un braccio). Se voi immaginate per un momento questo piccolo o grosso mucchio di carne sanguinante (fatta di qualche braccio, di qualche mano o di qualche dita ecc.) che ogni



giorno si forma in quel di Torino, avrete una precisa rappresentazione di che cosa significhi l'espressione "appropriazione del corpo da parte del capitale". Quest'ultima oggi non è neanche più una metafora, è semplicemente una realtà.

Dicevo: "classismo nella patologia" anche nel senso che il sistema privilegia le malattie che hanno maggiori margini di recupero per la forza lavoro, nel senso che dedica maggiori attenzioni, sussidi, ecc., alle malattie acute, le malattie traumatiche, le malattie specifiche, mentre deprivilegia le altre, negandole come malattie oppure affermandole in genere come stati o come tipi. Ed è per questo che il sistema ha bisogno di avere dalla scienza, e di trasmettere quindi come scientifico, un modello di normalità che gli permetta di individuare una devianza, destinata (in quanto non-conformità) ad abilitare tutti i meccanismi di repressione e di esclusione sui quali non mi trattengo un minuto di più perchè sono stati già oggetto tra voi di altri dibattiti come quello di stasera.

Quello capitalista è cioè un sistema fondato ovviamente sull'uniformità del prodotto ed ha bisogno della conformità del produttore; quindi è intollerante contro tutte le deviazioni da una norma sempre ridefinita nella misura in cui è funzionale al profitto a seconda della eccedenza o della mancanza o della gestibilità, sul mercato del lavoro, di forze disponibili, di operai disoccupati, e così via.

Per gli altri, cioè per i cronici, per gli handicappati, per i vecchi, per i subnormali non c'è che il rifiuto, non c'è l'attenzione concessa alla patologia recuperabile. Questo rifiuto giunge alla violenza fisica e cioè alla contenzione di una istituzione totale, cioè in un luogo di segregazione assoluta, oppure a quella psicofarmacologica, a cui alludevo poc'anzi, di cui siete perfettamente a conoscenza e che non è meno violenta dell'altra.

Infine, sempre per sviluppare il punto "gestione della malattia", propongo al vostro dibattito un'altra considerazione sulla mistificazione della patogenesi. Il modello corrente, almeno a livello della cultura popolare ma in parte anche di quella universitaria, (ancorchè la prima conti assai più della seconda per la gestione della società) è che la malattia nasca da un incontro, un incontro tra una causa morbigena da una parte e un uomo dall'altra. Dal momento in cui queste due cose si incontrano nasce il malato, perchè si pretende che esista la realtà della malattia come esiste la realtà dell'uomo.

Queste due realtà, ripeto, incontrandosi generano la condizione del malato; la malattia cioè è una entità reale, obiettiva e quindi anche obiettivabile; è a volte anche soltanto una realtà nominale, ma non ha nessuna importanza dal momento in cui il fatto di darle un nome vuol dire che esiste. Io ho sentito un collega dire ai parenti di un'ammalata, che aveva una "febbre criptogenetica". Criptogenetica vuol dire soltanto



che non se ne conosce l'origine ma questo era un modo di classificare la malattia come realtà.

Altrettanti esempi sono tutte le diagnosi di dispepsia che non vogliono dire assolutamente niente, tutte le diagnosi di bronchite, per es, che non vogliono dire assolutamente niente, tanto è vero che qualcuno propone ormai di abolirle come diagnosi. Esse non sono altro che la tautologia dei sintomi, cioè non si fa altro che riassumere in una parola, che appartiene in genere alla cultura del medico e non appartiene alla cultura del malato, la ripetizione circolare, tautologica, del segno stesso del sintomo, cioè di quello che il malato aveva detto. Il malato aveva detto: "io ho la tosse, ha uno sputo giallo" oppure "non riesco a digerire" e il medico gli dice: "Sì, hai la bronchite cronica, hai la dispepsia", il malato crede di aver avuto la diagnosi e invece ha ricevuto in restituzione soltanto quello che lui aveva dato, ma con due linguaggi diversi. Cioè il medico ha riassunto nel suo linguaggio, rendendolo incomprensibile e dandogli perciò autenticità di realtà esistente e separabile dall'uomo, quello che il malato viveva invece come suo fatto.

La malattia diventa quindi accidente, accidente personale, mala sorte; diventa sfortuna, disgrazia, cioè qualche cosa che in qualche modo esigeva, assolve, il sistema: è una sfortuna e a tutti capitano delle sfortune. Ora per far questo bisogna creare dei miti e i due miti, tipicamente creati dalla scienza medica (io alludo all'uso di un dato scientifico come mito, non è che stia negando un dato scientifico come tale), sono: il mito del germe e il mito del gene.

Per strana coincidenza essi hanno un atto di nascita che reca la stessa data: il 1865. Il 1865 è l'anno in cui in Inghilterra viene introdotto il processo di raffinazione elettrolitica del rame, in Germania il processo Siemens-Martin per la produzione dell'acciaio, ed il fucile a ripetizione in Francia; è l'anno in cui Lincoln viene ucciso a Washington, Napoleone III e Bismark si incontrano a Biarritz, Proudhon scrive "La capacità politica della classe lavoratrice". Nello stesso anno c'è un chimico francese, Luigi Pasteur, il quale inizia i suoi studi sulla genesi microbica delle malattie infettive e c'è in Austria un monaco, Gregorio Mendel, il quale comincia, o meglio pubblica per la prima volta, osservazioni fatte sugli incroci dei piselli. Cioè la batteriologia medica e la genetica nascono insieme in un certo momento che ha i suoi contatti storici economici, ecc. cui accennavo e offrono al sistema due miti che saranno usati largamente.

Uno è quello che afferma: "siccome ci sono molte malattie dovute a microbi, c'è un microbo per ogni malattia", ed è un mito usato fino ai giorni nostri.

La mia generazione è entrata nell'università quando ancora c'era l'idea di trovare un microbo, un virus, per ogni malanno, dal diabete ai tumori, alla follia. Anche l'anno '71 è stato quasi mensilmente occupato, a



livello delle cronache dei giornali, dall'annuncio che era stato individuato un virus per il cancro della mammella o per un altro tipo di cancro, che era stato isolato e che era stato trasmesso. Non so fino a che livello di attenzione voi abbiate seguito la cosa; se abbiate potuto rendervi conto che in buona parte dei casi il virus era inconsapevolmente creato dal ricercatore stesso. Cioè il virus tumorigeno non era affatto esistente nel tumore, ma si era prodotto nel corso dell'esperimento. Così come era stata prodotta e viene continuamente prodotta questa immagine di una patologia che sia in qualche modo (recentemente anche il diabete, come avrete letto dai giornali) riconducibile all'esogeno, all'esterno e cioè al naturale, qualche cosa che per sventura incontri appunto un uomo e lo faccia diventare canceroso, etc.

Magari nello stesso tempo, non so, un gruppo di Birmingham riesce a stabilire che un certo tipo di tumori si produce con molta frequenza nei lavoratori del nichel. Ma questo non fa assolutamente notizia, non c'è nessun giornale che abbia pubblicato: "è stato provato che il nichel produce il cancro", mentre qualsiasi gazzetta, qualsiasi settimanale o rotocalco pubblica immediatamente, con grossi titoli: "è stato trovato un virus che produce il cancro dell'alluce" oppure che produce il cancro di qualsiasi altra cosa. E tutto questo è sistematico. Quando qualche tempo fa un collega di Boston ha dimostrato che prodotti come la caffeina e analoghi possono produrre il cancro della vescica, così come fanno le amine aromatiche etc. ha pubblicato i suoi risultati in un serio e documentato rapporto. Ebbene, su un numero di agosto dell'Espresso è uscito come articolo divulgativo a firma di un certo Araldo Spreti, un attacco violento contro il collega di Boston accusato di ignoranza, incapacità scientifica, etc. Alle mie lagnanze un collaboratore dell'Espresso ha risposto che quella pagina era stata comprata dalla corporazione dei commercianti di caffè, anche si ciò veniva tenuto nascosto.

Il sistema cioè reagisce immediatamente con il silenzio o con la menzogna in qualsiasi momento venga segnalata la responsabilità del capitale come causa di malattia, mentre è ben contento di dedicare pagine e spazio nella sua stampa tutte le volte che, con altra imputazione, esterna al sistema produttivo, si può mascherare la responsabilità del capitale stesso.

La stessa cosa avviene per l'altro mito, quello del gene, per cui quando si rinuncia alla imputazione microbica si affaccia l'altra imputazione che è quella genetica; quindi viene un tempo più recente in cui tutto: la follia, l'intelligenza, il tipo somatico, il tipo caratteriale, il destino di salute, il destino di malattia, ecc. vengono interpretati in chiave genetica. A colui che chiede quali probabilità di vita abbia, si risponde "fai una media aritmetica dell'età dei tuoi genitori, e del



tuoi nonni, tutto dipende da quello". Questo è un altro modo di mettere la responsabilità al di fuori del sistema, di dare a questo un falso alibi.

Rinuncio ad altre cose che avrei voluto dire su questo punto: vorrei aver sottolineato come, di volta in volta, la scienza, pur nell'autenticità del dato scientifico che acquisisce, possa funzionare anche da copertura per quelle che sono le sue responsabilità.

#### 4. LA GESTIONE DEL MALATO

Quanto abbiamo detto finora aveva rapporto con la "gestione della malattia", ora vorrei considerare rapidamente "la gestione del malato" da parte del sistema.

Abbiamo detto: "il sistema conserva e consuma forza-lavoro nella misura in cui questa gli è necessaria". Il lavoratore, cioè il produttore di forza-lavoro deve, oltre che produrre beni, consumare beni, naturalmente. Ma, se è sano, consuma e produce nello stesso tempo, se è malato consuma e non produce. Poi vedremo che questo non è vero, perchè si riesce ancora a prelevare un plus-lavoro anche dal malato, in qualche modo. Comunque diciamo così con riferimento ai beni comuni: il malato consuma beni e non ne produce più.

Questo è insopportabile per la logica del sistema, cioè il sistema non può sopportare un lavoratore che continui a consumare senza produrre più, che abbia cioè perso l'identità di produttore conservando solo quella di consumatore. Il sistema quindi è di fronte ad una alternativa: o lo mantiene nel circuito produzione-consumo negando la sua malattia (cosa che cerca di fare nella maggior parte dei casi per es. a livello della medicina del lavoro, a livello della medicina fiscale, etc.) oppure lo espelle dal circuito, perchè si è così alienato da identificare l'appagamento di ogni suo desiderio con il consumo stesso. Quindi è il lavoratore che chiede di essere restituito al lavoro, perchè ha ormai assimilato del tutto il modello di salute come capacità di produrre.

Mentre dico questo ricordo che un gruppo di studenti di Torino ha compiuto una piccola inchiesta sulla base di interviste, in varie località della città, prendendo contatto con varie componenti sociali, e alla domanda: "che cosa intende lei per essere sano?, quand'è che lei è sano?" quasi tutti hanno risposto: "quando sono capace di lavorare". Nessuno ha risposto: "quando sono capace di fare l'amore, oppure di godermi una partita a briscola o fare una bella gita in bicicletta".

Quasi tutti hanno risposto in modo quasi automatico: "sono sano quando sono capace di lavorare". Si è prodotta cioè questa identità tra salute e capacità di produrre.

Naturalmente il malato è ancora sfruttabile. Non c'è niente che il si



stema possa rinunciare a sfruttare e quindi, con la mediazione della scienza medica, si possono trovare per lui dei consumi aggiunti, così come delle produzioni di farmaco, cioè una quantità di farmaci assolutamente irrilevanti per la sua salute dei quali diventa consumatore; si trovano per lui delle produzioni aggiunte, per es; come cavia, come ulteriore donazione del proprio corpo, non più nella forma del lavoro ma di oggetto possibile per un lavoro altrui, finalizzato nel modo che sapete.

Vorrei ribadire che quello che conta per il sistema è che il lavoratore sia o "escluso" se è irrecuperabile dalla produzione, o "gestito" in caso contrario, dandogli l'impressione di essere assistito. In larga misura la sanità e l'assistenza sono forme di gestione, cioè non sono assistenziali ma sono gestionali, nei confronti della società. Questo si verifica dappertutto, probabilmente anche qui.

La salute è diventata una merce per il lavoratore, e come tutte le merci ha un valore di uso ed uno di scambio. Il valore d'uso della salute è evidente; il valore di scambio è il servire per ottenere la soddisfazione di bisogni naturali e di bisogni indotti: il lavoratore cioè scambia la salute con i beni dei quali ha bisogno per riprodurre forza-lavoro, per sopravvivere ecc.

Quindi la salute che è un diritto (perfino la Carta dell'Organizzazione Mondiale della salute lo dice e non di meno afferma l'art. 32 della nostra Costituzione) non è più un diritto che viene risarcito al malato quando lo perde, (se uno ha un diritto e lo perde, ci deve essere una forma di risarcimento per un diritto perduto), ma è una moneta, invece, che va riguadagnata, tanto è vero che sono, non il malato, ma il medico, il farmaco, l'ospedale che vengono risarciti, cioè pagati, per la cura prestata al malato. Non si paga il malato, si paga il farmaco, si paga il medico, si paga la cura, si paga tutto ciò che serve soltanto a ripristinare quello che doveva essere un diritto naturale.

La medicina quindi, ripeto, cessa di essere assistenza e soccorso e diventa gestione per conto terzi, costringendo - come dice bene Pollack - il malato a indossare l'uniforme della malattia per non perdere la sua credibilità. Cioè che cosa fa l'ammalato quando va dal medico? La vecchia retorica dice: "il malato di fronte al medico è nudo, si spoglia di tutti i suoi vestiti, tutti i malati sono uguali, il medico non può distinguere, per lui, l'uno è l'altro ecc.ecc.".

Ciò non è affatto vero: anzitutto il malato si spoglia dei vestiti nel senso più triviale della parola, ma conserva tutti gli abiti della classe cui appartiene e il medico lo sa benissimo, tant'è vero che da del "tu" alla moglie dell'operaio e da del "lei" alla moglie del padrone dell'operaio, anche se sono nude tutt'e due. Il medico riveste il malato, lo ricopre immediatamente di altri vestiti che sono le uniformi ca



tegoriali delle malattie. E tutto ciò perchè la realtà è la malattia, non il malato; il malato realizza soltanto una occasionale apparenza della malattia: usando le categorie aristoteliche diremo che la malattia è l'essenza e il malato l'accidente. Il malato come tale, è diventato accidente della malattia e cioè accidente dell'essenza; è una cosa, è un oggetto; questo è effettivamente quello a cui si vuole arrivare, cioè la cosificazione, l'oggettivazione del malato. Quindi l'incontro tra lui e il medico che doveva essere l'incontro tra due soggetti diventa quello tra un soggetto (il medico) che oggettiva l'altro (il malato), lo fa diventare "cosa".

Ecco perchè dalla fabbrica all'ospedale c'è una logica continua, non c'è nessuna interruzione, nessuna frattura: nella fabbrica il lavoratore diventa "cosa", anzi diventa appendice di un'altra cosa che è la macchina, e questa stessa "cosa" continua ad essere "cosa" anche quando viene messa nel circuito dell'attività sanitaria che non ha altro compito che di restituirlo alla fabbrica, di restituirlo al lavoro dove tornerà a riavere il ruolo di "cosa" che aveva nel momento in cui l'ha lasciata per causa di malattia.

Quindi l'uomo fatto "cosa", diventa "cosa" di un altro uomo, e il medico effettivamente lo tratta come tale, lo usa come tale; prima era la "cosa" di un padrone e ora è di fronte a un medico che è diventato padrone di lui: la scienza del medico infatti è la scienza del padrone e i ruoli di padrone-medico non possono che scambiarsi tra di loro. Di fatto accade così: il medico è educato in modo tale da credere di avere la disponibilità del malato, cioè di poterlo usare effettivamente, naturalmente in nome della scienza, in nome di tutta una serie di cose che gli sono state messe nell'animo e nella mente come miti di riferimento, ma che comunque si concludono in questa sua certezza soggettiva del diritto all'uso del malato. Si tratta quindi una scienza che rifiuta la soggettività del malato: lo si vede in mille momenti dell'atto medico che riduce sempre il malato all'obiettivo, che cerca sempre il segno, l'esame di laboratorio, il dato, la lastra radiografica, ma si disinteressa completamente di lui come soggetto ed esalta appunto l'obiettività del rilievo, manuale, strumentale o quale che sia.

Ora perchè il processo di reificazione sia completo, realmente completo, occorre che la "cosa" sia smontata, sia fatta a pezzi: infatti la diagnosi eziologica cioè la diagnosi di imputazione, diventa sempre più desueta, prevale sempre più la diagnosi anatomica o la diagnosi funzionale di organo o la diagnosi di apparato. Tutto questo perchè l'imputato è, e deve restare, ignoto o, quanto meno latitante, e anche perchè la diagnosi eziologica, in quanto unificante (poichè rimetterebbe insieme tutti i pezzi, individuando la causa dello stato morboso), rivelerebbe appunto un'identità o il nascondiglio di questo imputato ignoto o latitante. Ad es. l'ulcera, la distonia, la nevrosi, sono viste come momenti separati



anche se sono prodotti da un'unica causa che è per es. la catena di montaggio. Il malato viene fatto a pezzi, cioè un pezzo è il suo stomaco sanguinante da una parte, un altro pezzo sarà la nevrosi, un altro pezzo saranno i suoi segni di distonia neurovegetativa ecc. e magari questo esser fatto a pezzi arriverà al punto di mandarlo, a pezzi, da specialisti diversi: uno che veda una cosa, uno che ne veda un'altra rinunciando appunto a quel momento unificante che avrebbe significato, da una parte, la comprensione della sua realtà, la comprensione del suo stato, dall'altra, soprattutto la identificazione della causa di questo stato.

Se l'unità e l'umanità del malato sopravvivono al tentativo di frammentazione e reificazione, allora la medicina, cui dovrebbe bastare la sofferenza del malato per riconoscergli l'autenticità del suo essere sofferente, risponde all'appello dei sintomi in uno dei suoi modi tradizionali, cioè:

- a) negandoli e creando l'immagine assolutamente falsa, inesistente, del "malato immaginario", cioè di colui che crede di essere malato (mentre chiunque crede di essere malato è già per ciò stesso malato e quindi è autentico come malato, non è un malato immaginario),
- b) silenziando questi sintomi con la terapia sintomatica, con una terapia cioè, che obliteri di volta in volta il sintomo senza rimuovere assolutamente le cause,
- c) rassicurando il cittadino con la diagnosi precoce.

La diagnosi precoce è un altro dei miti oggi molti in voga. Oggi si parla molto di medicina preventiva mentre quella che viene fatta è assolutamente una medicina predittiva; sono due cose assolutamente diverse, una usabile per i fini e l'altra contraria a certi fini.

Ora il primo mito, quello del malato immaginario, deriva proprio dalla mistificazione contenuta nell'uso della malattia come definitorio negativo della salute. Si definisce la salute come assenza della malattia: uno è sano quando non è malato; la malattia, diventa una definizione negativa della salute; la verità di confronto è la malattia: quando la malattia con c'è, c'è la salute. Da questo si deduce che sono sani tutti coloro che non sono malati, più alcuni malati che non sanno di essere sani, invece di dire che sono malati tutti coloro che non sono sani più alcuni sani che non sanno di essere malati. Quest'ultima, cioè l'esatto rovesciamento di quello che è un modo corrente di intendere le cose, è la verità.

Il secondo modo, dicevo, per negare o per lo meno rispondere negativamente all'appello dei sintomi del malato è farli tacere, per esempio con farmaci sintomatici che non curano; ma questo merita un discorso a sé e lo faremo tra un momento.

Il terzo modo, cioè quello della medicina preventiva, consiste nel far credere che la medicina preventiva cioè quella che è destinata a



prevenire la malattia, consista, nell'anticiparne l'accertamento, per es. in quello che si chiama "chek-up": batteria di esami fatti per controllare valori ematochimici e cose di questo genere.

Ora esiste tutta una critica documentata, da me documentabile anche se volete, che afferma come la maggior parte di queste cose che vengono fatte siano assolutamente inutili. E' inutile, per es., dire ad una persona, in fase presintomatica, attraverso la citologia esfoliativa, cioè attraverso l'esame microscopico dell'espettorato: "Lei ha un cancro del polmone". E' inutile perchè sia che questa diagnosi venga fatta presintomaticamente (vale a dire prima che il soggetto l'avvertisse) o venga fatta clinicamente (cioè il soggetto ha avvertito qualche cosa, un dolore, una tosse che lo ha portato dal medico) la diagnosi resta assolutamente imm modificata ed il 40% muore entro il primo anno di vita.

E così sono inutili tantissime altre cose: la determinazione dello stato pre-diabetico con la glicemia è assolutamente irrilevante e inattendibile. Ho con me, se c'è qualche compagno o collega che può essere interessato a questo argomento, in articolo di Barnett molto recente che riassume tutto questo e poi altra documentazione piuttosto ricca in questo senso.

Quali sono gli scopi di questa medicina predittiva scambiata per preventiva? Gli scopi sono quelli di generare una falsa rassicurazione e cioè di dare alla gente, ai lavoratori in particolare, l'impressione che c'è una società affettuosa, materna che si è presa cura di loro, che li ha guardati anche se loro non chiedevano di essere guardati, li rassicura e gli dice che stanno bene. Ad Alfonsine, che è un comune di questa regione, qualche mese fa, fu fatta campagna con questo slogan: "Vieni e in due minuti saprai se sei sano". In due minuti consistevano nel prelievo di una goccia di sangue per la determinazione della glicemia; poi si leggeva (ho qui con me i documenti), che questa campagna era organizzata per conto o con l'aiuto della Miles SPA (la Miles SPA è produttrice e venditrice di quei reattivi che servono a determinare rapidamente qual'è il contenuto nella urina e nel sangue di glucosio). Ma questo non interessa, interessa il fatto idiota e mistificatorio che si affiggevano dei manifesti raffiguranti un orologio (erano le dodici meno due), e proclamanti: "Vieni e in due minuti saprai se sei sano".

Questo è falso, dal punto di vista scientifico, dal punto di vista medico, da qualsiasi punto di vista e serve soltanto a generare nelle persone l'impressione che, ricevuta una certa risposta, possono andarsene contente di essere sane; ciò potrà renderli disattenti alle loro condizioni, perchè hanno ricevuto la falsa certezza di uno stato di salute che non è affatto verificato, e la porteranno con sé a lungo.

La medicina predittiva serve ancora oltre che a questa fase rassicurazione a un presilenziamento dei sintomi, cioè a silenziare i sintomi prima ancora che questi compaiano; serve, infine, un'altra volta, ad aumenta-



re il profitto del capitale. Dietro tutte queste campagne, di cui sentite parlare, propagandate da laboratori privati e ospedialieri o promosse dalle amministrazioni comunali sempre c'è la Teckicon, c'è la Elvi, ci sono altre imprese che producono apparecchi utilizzati a tali scopi, c'è tutta una industria che sta esercitando enormi pressioni per trasferire nell'ambito della medicina preventiva l'appropriazione di profitto che nei decenni passati ha fatto nell'ambito della medicina curativa. Attraverso queste operazioni e mediazioni il capitale continua a gestire l'uomo per un'unica cosa che gli interessa: la sua forza-lavoro.

E se vogliamo uscire da questo discorso, perchè siamo costretti ad andare oltre, consideriamo brevemente altre due cose: la mutua e l'ospedale.

## 5. LA MUTUA

La mutua, si chiama così, voi lo sapete, perchè nasce dal mutuo soccorso. La mutua ha una matrice operaia, è nata perchè sono gli operai che l'hanno fondata come espressione di una solidarietà fra lavoratori contro il capitale; in altre parole è il proletariato che difende l'unica cosa che ha, l'unica cosa che può vendere, che è sempre la sua forza-lavoro, contro la malattia che è miseria e che è un fattore di debolezza e quindi perdita di capacità contrattuale nei confronti del capitale.

Il capitale infatti in un tempo di grande abbondanza di forza-lavoro (quando poteva portare nelle miniere anche le donne, anche i fanciulli ecc.) avversava la mutua perchè essa era un momento di forza nei confronti del capitale stesso. In seguito invece, nella misura in cui e soprattutto nei paesi dove il mercato della forza-lavoro veniva restringendosi, il capitale ha capito che la mutua poteva essere di nuovi utili ai suoi disegni in quanto gli garantiva un esercito di riserva - come dice Marx - mascherato e disponibile, di forza-lavoro. E' evidente che l'operaio credendo di risparmiare per sé finisce un'altra volta per risparmiare per il capitale, nella misura in cui prende una parte del suo salario e lo versa alla mutua; in realtà egli crede di aver risparmiato per sé, ma nella logica del sistema, ha risparmiato un'altra volta per conservare a un certo livello di guardia il mercato della forza-lavoro.

Quindi ecco che viene il momento successivo, in cui il capitale chiede e assume di fatto la gestione della mutua; la mutua che era nata dal lavoratore diventa una mutua gestita, con la mediazione dello Stato, dal sistema stesso, ottenendo insieme il risultato di mantenere l'armata di riserva di cui si diceva e di comprimere la forza contrattuale dell'operaio.



E', infatti, tipico della mutua curare soltanto, soltanto riparare la forza-lavoro; la mutua ha sempre rifiutato scopi di reale prevenzione. Se mai, sono arrivate a fingere di prevenire, ma anche questo non è stato quasi mai fatto. Ancora oggi si va alla mutua da malati, non ci si va da sani. Si va alla mutua malati perchè la mutua è lì appunto per riparare la forza-lavoro e per restituirla a quell'uso che il capitale deve farne.

## 6. L'OSPEDALE

Così l'ospedale. Come nasce l'ospedale? L'ospedale di oggi, se voi riprendete un po' di storia non viziata e non mistificata della medicina, nasce, grosso modo nel XVIII secolo, come luogo del tacito contratto tra la borghesia e il proletariato: la borghesia, si incarica nell'ospedale di restaurare la forza lavoro e il secondo, come scambio, dà il suo corpo all'esperienza terapeutico-diagnostica. Le prime cliniche universitarie infatti nascono come convenzione con gli ospizi dei derelitti e il patto è questo: noi possiamo usare le persone degli ospizi per portare avanti lo sviluppo della scienza medica.

Lo sviluppo della scienza, vuol dire sperimentare mezzi diagnostici, mezzi terapeutici, ecc., in cambio di cure e prestazioni. Per questo parlavo di patto tacito tra borghesia e proletariato che permette di fare quell'esperienza terapeutica e diagnostica che, depurata dai rischi inerenti, serve poi per il beneficio della classe ricca, della classe egemone. In sostanza questo rappresenta l'estremo prelievo del residuo pluslavoro dell'uomo in quanto malato; cioè è malato ma può ancora produrre qualche cosa, e allora vediamo se può ancora scambiare qualche cosa. Così nasce l'ospedale, poi naturalmente si evolve, crea intorno a sé, all'interno e all'esterno dell'ospedale stesso, un campo di forza estremamente condizionante. Non mi riferisco soltanto all'ospedale psichiatrico, alle istituzioni totali, anzi credo che convenga verificare la validità delle analisi già fatte anche nelle istituzioni non estreme, nelle istituzioni aperte.

Se è vero che c'è una logica onnipervasiva, dobbiamo riscoprire questa logica in ogni punto e non soltanto nei casi limite (l'ospedale psichiatrico o la sperimentazione sulle "cavie umane"). L'ospedale è istituzione istituzionalizzante perchè, proprio al suo interno, alcuni tipici momenti della concezione capitalistica del lavoro in genere, e dell'atto medico in particolare, si realizzano. Anzitutto la gerarchizzazione: è proprio nell'ospedale che si rappresenta meglio: dal cosiddetto sommo clinico all'inserviente dei bassi servizi e più sotto, sotto tutti, il malato. Il malato è, sostanzialmente, il più cosificato, il più oggettivato di tutti i gradini della struttura sanitaria; è quello, appunto, cui si dà del tu. L'altra sera, per es., un collega dell'ospedale S. Carlo di Milano mi diceva: "mi sono accorto con orrore che sono uno dei pochi che parlando dei malati usa il cognome, quasi tutti i miei



colleghi usano il numero: "hai visto il 72 come sta? il 63 ho paura che stia morendo". Queste annotazioni marginali che contribuiscono sempre a definire un certo quadro. Cioè il malato è l'ultimo grado della gerarchia perchè il malato è "cosa".

Poi nell'ospedale si realizza l'altro connotato caratteristico del sistema: la divisione del lavoro. Esso è il luogo dove lo spezzettamento del medico assume forme organizzate: il laboratorio, il radiologo, l'anestesista, ecc.. E' vero che questo risponde a una logica di efficienza ma è anche vero che è un'efficienza fondata appunto sulla divisione del lavoro.

L'ospedale è come una fabbrica la quale riceve la materia prima o semifinita e poi la restituisce come prodotto finito, tanto è vero che tutto quello che riguarda il malato non come prodotto inerte da trasformare, viene escluso dall'ospedale. Il malato infatti viene assunto dall'ospedale in carico: i contatti, cioè tutto il suo reticolo relazionale e di rapporti interpersonali, vengono immediatamente lacerati, rotti; se si concede il contatto col mondo esterno, questo è regolato da un orario che è funzionale alla gestione dell'ospedale (per es. dalle 4 alle 5 del pomeriggio, ecc.ecc.). Il malato cioè diventa qualcosa che appartiene all'ospedale stesso; ed è cosa, proprio della misura in cui, per es. non si fa più, o per lo meno si fa molto poco, l'anamnesi vera, cioè l'analisi storica del malato. Si fa invece nient'altro che l'indentikit dei contorni della malattia, per quel tanto che basta ad abilitare la prescrizione delle cure.

L'ospedale separa dalla società e quindi dalla vita. Noi, per es., in questo momento, stiamo facendo una ricerca sull'ospedale pediatrico. Siamo partiti dall'idea, cui accennavo prima, che proprio in una delle forme più consuete, più apparentemente tranquille, cioè il reparto pediatrico di un ospedale generico, si deve riscoprire la stessa logica che si scopre altrove. Faccio un richiamo brevissimo: il punto dell'indagine è questo: il bambino, soprattutto fra l'ottavo mese di vita e il secondo anno, (però si arriva fino al quarto anno) ha bisogno di fare riferimento per lo sviluppo, di sé come "io", all'oggetto buono: nello ottavo mese entra nella fase dell'oggettualità, cioè dell'identificazione di qualcosa come diverso da sé stesso che è quasi sempre rappresentato dalla madre, non necessariamente nel senso di colei che lo ha partorito, ma di colei che ha avuto il ruolo materno: può essere la zia, la nonna, la balia o che so io.

Dato che in questa fase non può ancora razionalizzare la situazione in cui si trova, se viene separato dalla madre, entra in una crisi molto grave, della quale c'è testimonianza nel fatto che se il bambino è ricoverato per 15 giorni in un ospedale e poi torna a casa, il suo comportamento al ritorno è tutto diverso da quello che aveva allo



inizio, è diventato ansioso, non si addormenta più se non ha la madre vicino, si allarma se la madre esce, non la vuole più lasciare ecc.. Egli ha sperimentato per la prima volta il dubbio corrispondente alla certezza che aveva prima: la certezza della protezione, la certezza del riferimento. Fino a prima sapeva che bastava un pianto, un grido, perchè l'oggetto buono ritornasse a lui e lui l'avesse come assicurazione, come certezza.

Nell'ospedale pediatrico, che lo separa dalla madre, sperimenta per la prima volta la perdita di questa certezza e passa, quindi, attraverso varie fasi che se vorrete, potremo analizzare in seguito. La conclusione è che il bambino deve, pur dolorosamente, adattarsi all'ospedale, non è l'ospedale che si adatta a lui: l'ospedale pediatrico potrebbe prevedere la ospedalizzazione nel senso della abilità da parte della madre, e invece questo non lo fa o non lo fa quasi mai.

L'ospedale pediatrico dovrebbe essere un ospedale aperto, dove la madre e i referenti del bambino possano entrare in qualsiasi ora del giorno e della notte, in ragione della loro possibilità, secondo che lavorino tutto il giorno o non lavorino, a seconda che ci siano altri bambini a casa da accudire o no. Ma l'ospedale si preoccupa di sé stesso e limita drasticamente le visite. Vedete dunque che la logica di gestione dell'ospedale come fabbrica, come sistema produttivo, prevale sulla logica di assistenza del malato, cioè la prima soverchia la seconda ed è quello che detta ogni regola, anche se, ripeto, non siamo in manicomio<sup>ma</sup> in un reparto pediatrico di un ospedale civile, di un ospedale comune.

Il discorso che ho fatto qui si potrebbe trasferirlo, come momento analitico ad altri momenti di un ospedale qualsiasi.

## 7. LA GESTIONE DEL MEDICO

Abbiamo parlato della gestione della malattia, della gestione del malato, ora parliamo ancora della gestione del medico. Il medico è lo strumento insostituibile della gestione della medicina: soggettivamente egli è con il malato, ma in realtà gli è contro. Gli è contro nel senso che è dell'altra parte rispetto al malato; infatti come categoria non si batte mai per il malato, si batte sempre dall'altra parte, non difende mai il malato, come categoria, non denuncia mai in genere, come categoria, le cause profonde della malattia, ma si difende lui stesso dal malato per esempio somministrandogli un farmaco che ne spenga i sintomi, che lo taciuti. E quale categoria, difende i suoi privilegi come una chiusa corporazione.

Così succede in tutto il mondo. In ero in Inghilterra quando venne introdotto il National Health System; ricordo le battaglie che i medici facevano contro l'introduzione di questo sistema. Quando ci fu, un po' di anni fa, la contesa fra Goldwater e Johnson, (erano poco raccomandabili tutti e



due, ma tutti sanno che Goldwater era peggio di Johnson), l'unica categoria professionale che come categoria, non come singoli membri, appoggiò Goldwater, fu l'A.M.A. cioè l'associalzione dei medici americani.

Forse qualcuno di voi ha letto la seconda dichiarazione dell'Avana del 4 Febbraio 1962 che suona così: "In America latina muoiono di fame, di altre cause sociali, 4 persone al minuto cioè due milioni all'anno. E intanto dall'America latina scorre verso gli Stati Uniti un torrente di denaro: 4.000 dollari al minuto, due miliardi di dollari all'anno. Per ogni mille dollari che partono ci resta un morto, mille dollari per ogni morto, questo è il prezzo dell'imperialismo capitalista: mille dollari per morto e questo quattro volte al minuto".

Ebbene, quando arrivò la liberazione di Cuba e il medico che era aggiogato a un certo sistema che aggiogava lui e il malato insieme, avrebbe dovuto sentirsi liberato anche lui, cosa avvenne? Più del 50% dei medici in quel momento fuggirono in Florida, cioè abbandonarono non solo il malato cubano, ma anche la possibilità di redenzione di sé stessi; preferirono approdare all'altra sponda, alla sponda del capitale.

Naturalmente io non sto imputando il singolo medico e forse neanche il medico, perchè anche lui vive nella contraddizione, come anch'io vivo nella contraddizione e come ciascuno di noi vive nella contraddizione. Quello che però distinguerei è il modo con cui si cerca di realizzare le proprie contraddizioni, di mettere in crisi sé stessi per superarle, per farne un momento di lotta oppure si cerca di nasconderle o sopirle schiemandosi della parte di chi le ha generate. Ma il medico vive nella contraddizione, anche perchè quando vuole curare, si rende conto che non può curare ma soltanto ripristinare la disponibilità del malato alla malattia.

Come diceva Laura Conti: " il medico è come il secondo del pugilatore, che alla fine del round gli cuce rapidamente la spaccatura del sopracciglio, gli massaggia un po' il torace e poi lo butta un'altra volta sul ring perchè si faccia picchiare un'altra volta da quell'altro". E' solo questo, sostanzialmente, che oggi il medico riesce a fare, in una patologia come quella che dicevamo prima. Vuole essere scientifico, obiettivo e neutrale, perchè questo è il concetto di scientificità, ma sa che la sua scienza è definita e controllata da altri.

Rivendica la libertà del suo rapporto umano ma vede che tale rapporto è totalmente condizionato, vive quindi continuamente in uno stato di contraddizione che, però, raramente si trasforma in una presa di coscienza. Il malato, cioè l'uomo della forza lavoro, è al di là del capitale; per lui c'è la interiorizzazione, cioè si cerca di fare in modo che interiorizzi tutte le contraddizioni fino ad assumerle in sé stesso, a soffrirle e poi a esprimerle sintomaticamente. La malattia è un messaggio, la malattia molte volte è il tentativo di comunicare, in qualche modo, il



dolore, gli effetti di un insulto che è stato ricevuto.

Il medico che invece è al di qua del capitale, non ha come destino la interiorizzazione, ma ha la sublimazione delle contraddizioni cui alludevo prima. Come può sublimarle, o meglio come può il sistema realizzare la sublimazione di queste contraddizioni? Concedendo a lui tutta la soggettività che aveva negato al malato.

Il malato è oggettivato e al medico si concede tutta l'espansione della sua soggettività, cioè si abilitano e si diffondono i miti della libertà professionale, della responsabilità del medico, della missione del medico, della neutralità della scienza che è in continuo progresso, che è meravigliosa, e così via, fino a generare nel medico quella che, marxianamente, si chiama una falsa coscienza. Egli cioè si sente e si crede portatore di missione, portatore di valori e di libertà e così via, cioè ipertrofizza e cresce sé, come soggetto, mentre dall'altra parte il malato viene ridotto ad oggetto. Il medico quindi, da una parte, sublima la crisi nella falsa coscienza e, dall'altra, anestetizza lo scrupolo nel profitto perchè di fatto quella dei medici è una delle categorie ovunque meglio remunerate.

Così non è più capace di prendere coscienza della sua situazione di gestito e si sente legittimato come gestore, cioè crede che il suo gestire il malato, il suo gestire l'uomo, sia un suo reale diritto, sia sostanzialmente quello che lui deve fare. Da lui, unico e patentato soggetto, tutto procede: a lui, tutto si commisura: il linguaggio del medico, non è mai il linguaggio del malato. Non so se qualcuno ha visto una trasmissione di A-Z verso la fine di gennaio: quella trasmissione è stata tagliata per due terzi. Voi avete visto solo il terzo residuo; io invece avevo visto tutto, anche quel pezzo di filmato, non proiettato in cui si chiede al prof. De Toni: "Lei chiede mai il consenso dei genitori dei bambini sui quali fa gli esperimenti?" e il prof. risponde: "No, perchè il loro livello di cultura è così basso che non capirebbero". Egli, cioè codifica il fatto che i genitori dei bambini usati per gli esperimenti appartengono ad una classe sociale che non ha cultura. E riafferma che l'unico linguaggio possibile è comunque il suo e che può non essere comprensibile all'altro.

Quindi dicevo, tutto procede dal medico, così il linguaggio della medicina è il linguaggio del medico, il tempo della medicina è il tempo del medico, il luogo della medicina è il luogo del medico. Sempre più è il malato che deve andare verso il medico, sempre meno è il medico che va verso il malato. La cultura della medicina diventa la cultura del medico e la medicina come atto libero appartiene al medico, così come al malato rimane la medicina come atto sottomesso.

Da una parte, come possibile ipotesi ho indicato prima, fare "a pezzi" il malato, dall'altra c'è fare "a pezzi" il medico: cioè impoverirlo come medico totale, come medico globale, e invece avviarlo verso la specializzazione come frantumazione della sua identità di medico, in modo che,



in sostanza, il risultato sia questo: ogni volta soltanto un pezzo di malato incontri soltanto un pezzo di medico e un pezzo di medico un pezzo di malato, perchè se mai accadesse che tutto il malato e tutto il medico di incontrassero davvero autenticamente fino a riconoscere ciascuno l'alienazione propria e dell'altro, si ritroverebbero uniti dalla stessa volontà di rivolta; questo sarebbe l'unico risultato di un loro incontro totale.

Nasce invece un rapporto anomalo, cioè l'impossibilità dell'incontro che divarica anche il contatto e che si risolve nell'esclusione tecnica del malato. Il malato è escluso dall'atto medico, non ha un linguaggio possibile per capire l'atto medico, con c'è niente che lo possa immettere nell'atto, egli lo riceve soltanto, è solamente il destinatario dell'atto medico.

Ciò che bisogna capire è che questa esclusione tecnica diventa di fatto un'esclusione politica e cioè, dal momento in cui il malato è escluso tecnicamente, perde la capacità di gestire politicamente l'atto medico. Soltanto attraverso una rifondazione proletaria della scienza medica, il medico potrà ritrovare la capacità di servire la medicina. Oggi tutto si deforma, si deforma la diagnosi per cui si vede benissimo quello che succede nella medicina di fabbrica, negli ambulatori, nella medicina domiciliare, in quella ospedaliera. Per esempio, quante volte ho visto delle ricette con su scritto: esaurimento nervoso: Record B12, oppure Acutil o cose del genere: false; in essa è falsa la diagnosi, falsa la terapia, è falso assolutamente tutto, insomma.

Si deforma la prevenzione nel modo che ho indicato prima, predire una malattia vuol dire già accertarla, cioè nel momento in cui è accertata è anche accettata, quindi è una reale deformazione della prevenzione. Addirittura questa deformazione arriva a dei risultati, a degli approdi che sono veramente sgomentanti. Massimo Gaglio nel suo libro "Medicina e Profitto" segnala nel "Trattato Italiano di Medicina Interna" di Paolo Introzzi un capitolo "Oncologia professionale", scritto dal prof. C. Maltoni, il quale è direttore di alcuni servizi di medicina preventiva di Bologna (il trattato è del 1966, quindi relativamente recente). Ad un certo punto si parla delle amine aromatiche, anilina ecc.ecc. che notoriamente producono cancro della vescica. Cosa scrive il Maltoni? : "Scelta degli operai: criterio al quale ci si deve scrupolosamente attenere è quello di destinare a queste lavorazioni individui già in età superiore a 40 anni". Significa: siccome questi individui hanno già consumato un po' più della metà della loro possibile forza lavoro, allora possono essere immessi in lavorazioni che producono cancro alla vescica; sarebbe imprudente, ineconomico, dispersivo, immettere dei giovani dei 20 anni in una lavorazione che può produrre cancro alla vescica.

Questa sarebbe medicina preventiva, infatti chi la fa è direttore di uno dei servizi di medicina preventiva del Comune di Bologna. in una fra-



se come quella citata si vede proprio in azione il giudizio di capacità di forza-lavoro. Questa capacità di forza-lavoro diventa il marciapiede della stazione di Auschwitz che funzionava così: quando gli ebrei venivano scaricati dai carri, c'era qualcuno che diceva: "di qua" o "di là" con il significato che avevano di "qua" o di "là" in quel caso. E qui succede la stessa cosa, si dice: questo ha ancora vent'anni di forza-lavoro o ancora quaranta anni di forza-lavoro e se ancora ha quarant'anni di forza-lavoro non va a lavorare con le amine aromatiche, se invece ne ha quindici anni va a lavorare con le amine aromatiche che producono il cancro della vescica.

Così anche la terapia viene deformata, commisurata alla classe, non solo come pratica (e questa è esperienza di tutti i giorni) ma anche come teoria. C'è un altro trattato, molto noto, del prof. Bufano. Il prof. Bufano, a un certo punto, parla delle bronchiti e dice: "Naturalmente nella stagione fredda i malati dovranno recarsi al mare o comunque in zone di clima temperato; gli operai e i poveri resteranno a casa o andranno all'ospedale". Ha scritto così nel trattato, cioè ha teorizzato il fatto che ci sono terapie diverse a seconda delle diverse classi sociali a cui si appartiene.

## 8. LA GESTIONE DEL FARMACO

A questo punto entra in gioco il farmaco, che è uno dei protagonisti principali di tutta la storia medica. Il farmaco è una merce; come merce ha anch'essa un valore d'uso, in quanto produce terapia, e un valore di scambio, in quanto produce profitto. Quello che è interessante è che per il valore di scambio il medico è il mediatore, mentre Per il valore d'uso il mediatore è il farmaco.

Tra il sistema, il quale produce farmaco e consuma forza-lavoro e il lavoratore il quale produce forza-lavoro e consuma farmaco, si interpone il medico, come mediatore dei consumi in larga misura indotti dal sistema sul consumatore. Invece per quanto riguarda il valore d'uso è il farmaco che funge da mediatore tra il medico e il malato; esso si interpone fino a risolvere quasi sempre o comunque molto spesso, in se stesso, l'atto medico.

Il capitale capisce perfettamente la centralità sociale di questo singolare interscambio di ruoli e infatti ha sempre dedicato alla produzione del farmaco, anzi alla conservazione del controllo della produzione del farmaco, un'attenzione e una gelosia che sono sproporzionate al volume degli affari. Il fatturato totale di farmaci in Italia è 400-500 miliardi all'anno: non è una cifra da niente, ma paragonata ad altri fatturati (elettrodomestici o che so io) non è affatto gigantesco, eppure è gelosamente custodito dal capitale, (e non pensate affatto che, poichè Cefis ha comprato la Carlo Erba e la Farmitalia, cambi qualche cosa, perchè come ho detto, la logica del capitale di stato, e quella del capitale privato sono sempre logica del capitale). Il capitale ha sempre cercato in tutti i paesi, di egemonizzare il controllo del far



maco perchè è un momento di controllo della società. Anzitutto ne ricava uno strumento gestionale che gli è tipico anche in altri campi; infatti uno dei modi col quale il sistema realizza le sue possibilità di controllo sociale è di offrire allo sfruttato una partecipazione marginale al profitto. Questo lo si vede anche in parecchi altri campi; e questa è l'offerta che il sistema fa, di fatto, al malato.

La ricetta, cioè l'ipertrofia della ricetta è una connivenza, una connivenza corruttrice, tra il malato, il medico, il capitale: c'è un corruttore e due corrotti, i corrotti sono il medico e il malato. Ecco quindi le prescrizioni addomesticate, ipertrofiche: se una volta il medico dedicava venti minuti a un malato e prescriveva un farmaco, oggi gli dedica un minuto (esagero, lo dico per simmetria) e gli prescrive venti farmaci. Si vedono le ricette con 7 voci, 8 voci e questo fa parte della viziosa situazione di connivenza che si viene a creare, cioè dalla suddetta offerta marginale di profitto.

La ricetta diventa in fondo l'unica cosa che l'ammalato riesce ad ottenere in cambio della salute perduta. E' quindi lui stesso che la esige, che la vuole ricca, molteplice, ed è comprensibile che così avvenga. Addirittura si arriva al commercio; allo scambio del farmaco; molte volte è il malato che chiede molte medicine per poi tornare in farmacia e restituirne alcune e chiedere in cambio qualcos'altro. Voi capite la capacità di corruzione che c'è in tutto questo. Questo spiega quale è stata la dinamica dello sviluppo dell'industria farmaceutica che sarebbe abbastanza interessante esaminare in questi ultimi anni.

Si configura un farmaco prodotto secondo esigenze esclusivamente speculative: l'industria farmaceutica è un settore come altri, governato da leggi capitalistiche di produzione, la cui violenza, è come sempre, senza riguardo. Vi ricordo qualche cosa che probabilmente sapete (se ne parlò molto l'anno scorso al Convegno "Salute e Potere" tenuto all'Istituto Superiore di Sanità).

Nel 1960 il vaccino di Sabin, cioè il vaccino contro la poliomielite, era pronto ed era già in uso in URSS, in America stessa, in alcune parti dell'America Latina, ed era pronto anche in Italia. Ma in Italia avveniva che gli Istituti produttori di questi vaccini non erano molti (il Sieroterapico Milanese, lo Sclavo di Siena e il Sieroterapico Italiano di Napoli), e così, questo vaccino già preparato nel 1960 fu distribuito solo nel 1964 perchè c'erano ancora larghe riserve del vaccino di Salk ancora da vendere. Statistiche alla mano questo ha significato 1000 morti e 8000 bambini paralizzati. Oggi possiamo fare dei conti esatti in questo senso, perchè sappiamo quale è stato l'effetto epidemiologico dell'introduzione del vaccino di Sabin dal 1964 in poi. Se riproiettiamo questo effetto sui quattro anni di latenza dovuta semplicemente al fatto che si dovevano ammortizzare, cioè svuotare i magazzini delle riserve del vaccino di Salk, possiamo



dire che tutto ciò è costato la morte di mille bambini e la paralisi poliomelitica ad altri ottomila bambini.

Anche nel campo dei farmaci, come nel campo degli elettrodomestici o dei detersivi, la produzione detta il consumo e non viceversa, esercitando così violenza sulla salute dei lavoratori, eludendone le necessità, come in questo caso, oppure creando dei falsi bisogni, producendo persino dei danni iatrogeni da eccesso di ingestione di medicinali o da prescrizioni sbagliate. Il medico è il mediatore necessario di questo processo; il farmaco ne surroga le funzioni senza intaccarne i ruoli, proprio perchè il farmaco è diventato esso stesso il medico. Conservando tutti i suoi ruoli (infatti prescrive il farmaco) il medico è travolto egli stesso da un processo di questo genere. A questo punto quindi i discorsi sui valori d'uso e di scambio si saldano e anzi direi che è il secondo a prevalere, cioè il valore di scambio del farmaco. Il farmaco, quindi, non è più soltanto al servizio della industria farmaceutica, cioè del capitale farmaceutico, ma è veramente al servizio del capitale in genere.

Il sistema ha dettato alla medicina e al medico alcuni compiti: riparare la forza lavoro, obliterare i danni prodotti dal sistema, mascherarne le responsabilità, deviare le domande insoddisfatte dei beni sociali, fungere da tranquillante sociale e così via. Per tali usi il farmaco è l'utensile versatile e versatile è anche la sua produzione: se prendete le domande di registrazione di farmaci di questi ultimi anni vedete che essa si concentra, soprattutto, sugli ansiolitici, sui sedativi, sugli analgesici, sugli stimolanti, sui ricostituenti e su cose di questo genere.

Si assiste così ai lanci dei cosiddetti farmaci di conforto che di fatto sono farmaci della violenza, cioè non confortano affatto, anzi violentano la realtà nella misura in cui la coprono, la nascondono, la silenziano, le tolgono voce, le tolgono la capacità di esprimersi. L'individuo subisce una rarefazione del suo reticolo relazionale, questo lo spinge a interiorizzare i conflitti, le pressioni che lo circondano, in lui nasce la malattia somatica e psichiatrica. Per liberarsene dovrebbe esteriorizzarle, ma gli è concesso di proiettarne soltanto la parte obiettivabile.

Il farmaco, nella misura in cui silenzia e cancella gli effetti della malattia, monta la guardia alla prigione dove il sistema ha racchiuso la salute dell'uomo. Quindi la vitamina D per il bambino obiettivamente rachitico cui mancano il sole e idonei alimenti, il Librium per le cottimiste di un maglificio (questa è una storia nota documentabile) sono altrettanto rapine della salute, altrettante rapine della capacità di difenderla, rapine di ulteriori plus-valori.

Il farmaco diventa medico a questo punto e quest'ultimo ne subisce egli stesso la violenza. C'era un tempo in cui si diceva che un buon medico è il migliore dei farmaci, oggi si dice che un buon farmaco è il migliore dei medici. Nasce il feticismo del farmaco; prima si diceva che il prestigio di un far



maco dipendeva dal medico che lo prescriveva, oggi si dice, o meglio non si dice ma di fatto è così, che il prestigio di un medico dipende dai farmaci che prescrive. Tutto è rovesciato, tutto è alterato.

Nascono così farmaci del miracolo. Si è arrivati talmente all'identificazione domanda malattia = risposta farmaco che la gente ha bisogno di credere nei farmaci, come risolutivi miracolosi della loro situazione. Il farmaco diventa una risposta surrogatoria alla domanda dei beni sociali e mitiga le tensioni sociali conservandone la causa, mistifica quindi le cause reali delle malattie e acquisisce meriti scientifici e ideologici.

A questo punto, il farmaco non è più soltanto un prodotto dell'industria farmaceutica ma di tutte le industrie e di tutto il sistema, anzi il vero punto d'incontro tra medicina, scienza e capitale. Proprio lì, nel farmaco direi, convergono i tre protagonisti fondamentali di questa storia che stiamo raccontandoci insieme.

## 9. LA GESTIONE DELL'ISTRUZIONE MEDICA

Dovrei dire ancora che la gestione del medico è anche una gestione della preparazione del medico. Non mi interessa tanto il funzionamento, cioè voglio dire, rifare qui, a quest'ora, un discorso sulle aule affollate e i laboratori carenti ecc. mi pare abbastanza inutile. Mi interessa la funzione: quand'anche le aule fossero belle e non affollate, i laboratori fossero ricchi di apparecchi ecc., la logica della facoltà, la logica del piano di studi è fatta per gestire la società secondo la logica del capitale.

In questo discorso si inserisce quel tipo di proposta, per una nuova facoltà di medicina, cui si accennava prima. Prendete il primo triennio, per esempio, della facoltà di medicina: è un triennio che si svolge senza alcun contatto con la realtà. Non c'è nessun contatto dello studente con la realtà medica, con la realtà sociale. Il modello di fondo è il modello naturalistico; si comincia, cioè con la fisica, con la chimica e con altre materie di questo genere. Ricordo che un po' di anni fa, (e questi sono i residui, i relitti di una realtà che però è tuttora permanente), c'era anche l'anatomia comparata e la botanica: l'uomo era veramente visto come caso particolare della natura e non come caso particolare della società e quindi da lì doveva cominciare lo studio, perchè il medico lo considerasse appunto specie fra le specie, cosa fra le cose, oggetto fra gli oggetti.

Il primo uomo che il medico incontra - come è noto a tutti - è il cadavere, che è l'uomo più cosa che ci sia, purtroppo. E l'ipertrofia dell'anatomia non è soltanto un errore metodologico perchè oggi la forma non ha più tanta importanza come poteva avere una volta; una volta era così



soltanto perchè essa era l'unica certezza, ma rimane tuttora, nella sua enfasi sproporzionata, proprio perchè ha questo ruolo deformante. E così la normalità e la patologia vengono somministrate come categorie, senza nessun riferimento con una realtà conosciuta, voglio dire con una realtà vissuta.

Nel secondo triennio abbiamo le patologie; e le patologie cosa sono? Sono il luogo della "sistemazione" naturalistica delle malattie; sono carenti di pratica e proiettano una falsa immagine anche sulle cliniche successive. Guardate ad esempio l'anamnesi, cioè la storia del malato che dovrebbe essere raccolta direi dal primario, che invece viene lasciata all'aiuto, che la passa a sua volta all'assistente, che la dà allo specializzando, che l'affida finalmente allo studente interno del quart'anno o del quinto. Ecco, non c'è niente di più diseducativo di un'operazione di questo genere perchè la anamnesi è la vera storia del malato. In una buona anamnesi c'è l'80% della diagnosi.

Ma, soprattutto, l'anamnesi sarebbe il momento, e rimane sostanzialmente l'unica occasione, purtroppo perduta, di un vero incontro tra il medico e il malato. Il delegare questa funzione, renderla ancillare, farne una funzione che si può lasciare all'ultimo arrivato, vuol dire imprimere in lui l'idea che questo rapporto col malato in fondo è un rapporto accessorio, non necessario; questa idea lo studente la porterà poi sempre con sé, la porterà anche nell'ospedale, dovunque. Penserà che il suo atto medico comincia quando egli comincia ad appoggiare l'orecchio sul torace del malato.

Poi nel secondo triennio lo studente oltre a tutte queste cose (sto sorvolando con rapidità perchè ho perso troppo tempo) vedrà rappresentato fisicamente il classismo della struttura clinica ospedaliera. Vede il suo professore che pendola tra la casa di cura e la clinica, che nella clinica distingue tra solventi e non solventi, vede cioè riprodursi tutta la stratificazione di classe.

Non solo, ma si consegna allo studente l'idea che egli è un "transitante" nella facoltà di medicina, cioè si cerca di sfruttare la continuità del suo lavoro di studente con quello di medico. Per mio conto, durante il primo anno di medicina lo studente è già medico, non nel senso che sia medico tecnicamente completo e capace, ma nel senso che è entrato nell'atto medico: egli è un medico in fieri.

Quel discorso delle quattro ore di studio e quattro di lavoro che noi portiamo avanti, che porta avanti il gruppo del "Manifesto" e così via, significa questo: che lo studente, già da quel momento può operare medicamente, mettendosi al servizio del malato, vuotando il vaso da notte del malato, rifacendogli una fasciatura, servendolo, assistendolo, parlando con lui ecc. e percorrere in questo modo tutto l'arco delle esperienze della medicina. Non c'è una problematica dello studente di medicina come qualche cosa di diverso dal suo divenire medico.

Ma alla fine la facoltà gli consegna un modello di specializzazione come



un traguardo appetibile. A questo punto il medico è pronto a diventare anche uno scienziato e a sperimentare sull'uomo; e lo fa nei modi che voi conoscete, cioè in quei modi che configurano, ai limiti (che sarebbero grotteschi se non fossero tragici) quella unica cosa di cui abbiamo parlato stasera. Ho detto infatti tante cose ma in fondo ne ho detta una sola: l'uso di classe della medicina come uso particolare dell'uso di classe della scienza.

## 10. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Vorrei concludere notando che la sperimentazione sull'uomo non avviene soltanto in clinica, avviene tutti i giorni, non avviene solo nell'ospedale, ma, soprattutto nella fabbrica. Ovunque l'organizzazione scientifica della produzione e quindi del lavoro, attraverso la riduzione dei tempi, la intensificazione dei ritmi, la ripetitività delle operazioni, la saturazione, la costrizione (cose che oggi l'operaio capisce bene o comincia a capire, anche se fino ad ora si è fatto in modo che non le capisse), cerca e prova continuamente, sperimenta continuamente sull'uomo, le tecniche di espropriazione del corpo stesso dell'uomo.

Sull'ultimo fascicolo di "Aut Aut" Enzo Paci scrive così: "L'organizzazione capitalistica mondiale è strettamente legata ai progressi della scienza e della tecnica. I paesi che dominano il mondo con forze militari, che si presentano nella nuova forma di esercito mercenario, sono anche i paesi che sono arrivati al massimo sviluppo della ricerca scientifica. Questa se, come potere, ha per scopo il dominio del pianeta o di una parte del pianeta, ha anche quello interno di tenere ferma, attraverso l'organizzazione tecnico-industriale, la popolazione lavoratrice. A seconda del capitalismo più o meno avanzato, la classe operaia è più o meno integrata, e, al di sotto di essa, vi sono altri gruppi e altri insiemi che collaborano come servizio, e che sono in ogni modo masse dipendenti dell'organizzazione capitalistico-scientifico-tecnica. La classe operaia è quindi in funzione della scienza".

Ora questo "essere in funzione" vuol dire un "essere negato" cioè non un "essere per sé" ma un "essere per altro", per altra cosa o per altro "interesse": tale è il ruolo della scienza oggi. Io non ho detto che tale è l'uso della scienza oggi perchè una delle cose che più mi dispiacciono è sentire affermare il "cattivo uso della buona scienza". Non è questo il problema: la scienza è quella che è a seconda della parte da cui si pone, a seconda della parte da cui opera, a seconda dei fini che persegue. Non c'è una buona scienza che viene usata male. Se ci credessi allora io opererei per il trasferimento della stessa scienza, così come la conosco e la vedo, dall'interno di un comando all'interno di un altro comando, cioè dall'interno del comando capitalistico all'interno del co-



mando socialista.

Occorre invece che il socialismo distrugga il capitalismo, perchè nasca una scienza nuova, cioè una scienza proletaria e con essa nasca una medicina proletaria.

Queste cose che io dico così, un po' irrimediabilmente da intellettuali (è difficile per un intellettuale spogliarsi ad un certo punto del suo linguaggio): sabato scorso me lo diceva un operaio di Reggio: "Al medico in fabbrica, io voglio chiedere da che parte è, ogni volta, perchè chiedergli da che parte è, non significa sapere se sarà un buon politico, ma sapere se sarà un buon medico, sapere se sarà un buon scienziato". Diceva proprio così quell'operaio; e questa non è retorica, è un'esperienza di una settimana fa.

Naturalmente per arrivare a questo occorre una battaglia lunga e difficile anche se certamente vittoriosa (io non ho nessun dubbio), una battaglia che si combatte non "da fuori" per assediare il sistema, perchè il sistema è onnipervasivo, è onnipresente e ci comprende e ci include ma la si combatte appunto "da dentro" questa battaglia, per farlo esplodere da dentro, cioè per accendere una miccia sotto ogni pilastro, per fare una breccia in ogni incrinatura, per detonare ogni contraddizione.

In questo senso io credo che già qui il medico non possa attendere dall'uomo la sua salvezza, ma lui stesso debba impegnarsi per la salvezza dello uomo.



L. 500

---

QUADERNI DEL CENTRO CULTURALE SAN CARLO  
Via San Carlo, 5 - 41100 MODENA  
Tel. (059) 22.23.15 - FEBBRAIO 1977

---