

È ipotesi di lavoro di questa collana che la medicina - come la scienza - sia un modo del potere: che, anzi, nella conversione e gestione scientifica di dottrine e pratiche, contenuti e messaggi, enti e funzioni, ruoli e istituti, divenga propriamente potere, sostanza e forma del suo esercizio.

Ma un'ipotesi già formulata ha bisogno di nuove verifiche, ulteriori ricerche, più ampie ricognizioni che attraversino tutte le mappe della cittadella sanitaria. Il potere che le appartiene, così come quello cui appartiene, può celarsi in ogni suo punto ma estinguersi in nessuno: cercarlo e scoprirlo è già sfidarlo.

"...Giulio Maccacaro era e resta soprattutto un uomo di scienza. La sua vasta cultura, l'ironia, la vena polemica, virtù così rare tra coloro che si professano 'scienziati', tendono spesso a farlo dimenticare, ed a farlo etichettare come uno studioso od un critico della scienza. Ma Maccacaro era in primo luogo uno scienziato, e mai, nemmeno nelle sue più dure polemiche, rinnegava le basi del metodo scientifico o l'uso della ragione. Distingueva sempre con chiarezza le congetture dalle ipotesi di lavoro, poiché queste stanno sulla terra e quelle ovunque o in nessun luogo. Sapeva che solo le ipotesi di lavoro possono essere verificate, controllate e sottoposte a critica. Perciò la sua polemica non scadeva mai nel disfattismo o nella mitologia; perciò poteva scrivere 'ri-fiutiamo insieme lo scientismo ed il luddismo scientifico: ci sono ugualmente estranei il culto e l'esorcismo della scienza'.

"Le ipotesi della scienza possono quindi essere sottoposte a controllo, anzi lo debbono; a questo punto però Maccacaro poneva con forza il problema di chi dovesse essere il soggetto di questo controllo e di quali dovessero essere i parametri di giudizio. E la risposta alla domanda 'quale scienza, per chi?' era politica, non puramente scientifica...

"Giulio Maccacaro non era un uomo da tavolino: la lotta per la liberazione della scienza dal potere, per una scienza degli uomini e non degli scienziati soltanto, l'ha sempre condotta in prima persona e innanzi tutto sul campo. Non era l'ideologo che spinge gli altri all'azione; al contrario, i suoi pensieri ed i suoi scritti nascevano sempre da uno stretto rapporto con la realtà, nella quale trovavano il momento di verifica. Per questo motivo essi non appaiono mai accademici o rigidamente sistematici: Maccacaro non scriveva per gli altri professori né per i posteri, né ambiva al trattato o al vasto saggio, all'interno del quale il pensiero nasce, si sviluppa e si conclude. Scrivere era per lui un aspetto della lotta, nella quale era ad ogni momento *interamente* coinvolto..."

(Dalla prefazione di G. Berlinguer, G. Bert, A. Del Favero, M. Gaglio.)

Giulio A. Maccacaro (Codogno, 1924-Milano, 1977) laureato in medicina nel 1948 a Pavia, dopo aver insegnato nelle Università di Sassari, Modena e Pavia è stato direttore dell'Istituto di biometria e statistica medica della facoltà di Medicina dell'Università statale di Milano. Noto in campo internazionale per i risultati raggiunti in ricerche di microbiologia, genetica e biometria, Giulio A. Maccacaro ha dedicato una intensa attività alla proposta di una medicina aperta alle problematiche sociali. Nel 1972 ha fondato questa collana e dal 1974 ha diretto la nuova serie della rivista "Sapere".

20 Collana fondata da Giulio A. Maccacaro

MEDICINA E POTERE
MEDICINA E POTERE

Giulio A. Maccacaro
PER UNA MEDICINA
DA RINNOVARE

Scritti 1966-1976

Feltrinelli

falsi positivi: in fin dei conti si tratta di molecole e non di uomini.

Il secondo deve essere tale da non lasciar passare alcun falso positivo, verso l'accertamento di indennità — basta il sospetto sulla diagnosi — e non importa se trattiene dei falsi negativi: in fin dei conti si tratta di uomini e non di molecole.

Queste cose dette così sommariamente sembrano al limite della eterodossia scientifica: ma non ci basta una ortodossia di conoscenza (anche se le dedichiamo i nostri studi e le nostre ricerche); ci occorre una correttezza e un'efficacia di intervento. Qualsiasi decisione scientifica è affetta da due rischi di errore: credere che una ipotesi è vera quando è falsa; credere che una ipotesi è falsa quando è vera. La tradizione della scienza neutrale si è sempre preoccupata di un errore più che dell'altro, l'immagine della scienza equanime corrisponde al tentativo di ridurre entrambi gli errori, ma è degna di anche maggior rispetto quella di una scienza non solo conoscitiva ma trasformativa per il bene dell'uomo che si preoccupa soprattutto dell'errore che lo minaccia ed è questo che vuole minimizzare ed estinguere.

Se ad una breve nota si addicono delle conclusioni, queste potrebbero essere così formulate come prospettiva di organizzazione della prevenzione del cancro da lavoro:

1) Anzitutto grande sviluppo e applicazione del metodo sperimentale per la verifica in organismi non umani del possibile effetto cancerogeno e cancerogenosimile di sostanze già immesse nella lavorazione o in procinto di esserlo.

2) Estensione di queste prove non soltanto alle sostanze, ma ai metaboliti, che possono formarsi nell'organismo per loro trasformazione e che possono risultare oncogeni; quindi prove dello stesso tipo sui secreti e sul sangue dei soggetti esposti naturalmente o degli oggetti biologici esposti sperimentalmente.

3) Estensione delle stesse prove alle associazioni, in rapporto combinatorio variato per qualità e quantità, di più sostanze o agenti possibilmente cancerogeni. Non sappiamo quasi nulla sulle loro interazioni, ma l'ambiente è fatto proprio di interazioni: quindi, pur tra virgolette "un campione di ambiente" è più informativo per una prova di carcinogenicità che le singole prove su ciascun costituente.

4) Sistematizzazione delle indagini epidemiologiche in fabbrica e nell'ambiente che è raggiunto dalla nocività che nella fabbrica nasce, colpisce ed uccide più che altrove.

Ma queste indagini epidemiologiche devono soddisfare a certe condizioni:

a) che recuperino nella funzione di ricerca eziologica anche tutte quelle che vanno collettivamente sotto il nome di prevenzione secondaria (diagnosi precoce, screening, check-

up) riscattandole dal ruolo di falsa alternativa per la prevenzione primaria;

b) che non costituiscano in alcun caso motivo di rinvio di accertamenti sperimentali quando di questi si ravvisino indicazioni anche non imperative;

c) che si impegnino nell'attivazione ed esercizio di un registro tumori purché questo abbia caratteristiche di operatività e dia garanzie di efficacia in rapporto alla realtà locale e particolarmente a quella occupazionale;

d) che precedano la identificazione di gruppi a rischio anche se ciò prevede qualche difficoltà non trascurabile ma non insuperabile;

e) che mobilitino, anzi riconoscano al gruppo operaio il primato di iniziativa così nell'indagine epidemiologica come nell'intervento preventivistico.

Perché si dà ancora una conclusione semplice e vera: "Non c'è prevenzione senza partecipazione." Non si tratta di uno slogan ma di un tema ricco e profondo che contiene molto più di quello che qui ho detto e molto meno di quello che ho imparato, ascoltando e pubblicando il dibattito di sette consigli di fabbrica un anno fa, sul cancro da lavoro.

VERA E FALSA PREVENZIONE*

Prevenire, curare, guarire: sono parole importanti che appartengono non solo al linguaggio ma all'esperienza comuni. Intese nel senso corrente hanno in comune anche il termine di riferimento: la malattia. Si previene un morbo, si cura una malattia, si guarisce da un'infermità.

Ma è un senso restrittivo e fuorviante: perché orienta l'attenzione sul patologico, distraendola dal sano e tende a concludere entrambi nell'ambito individuale separandolo dal sociale.

Due operazioni, cariche di implicazioni mediche e politiche, sulle quali conviene preliminarmente riflettere.

La prima induce a ritenere che sono sani tutti coloro che non sono malati, oltre ad alcuni malati che non sanno di essere sani. Equivale all'affermazione, abbastanza perentoria, dell'*oggettività* della malattia: la quale esiste in quanto tale così come esistono criteri oggettivi che consentono di verificare o smentirne l'esistenza; la somma di questi criteri de-

* Articolo apparso in "Sapere", settembre 1976, vol. LXXIX, 794, pp. 2-4 [dalla conferenza tenuta a Sondrio il 21 maggio 1976]; ristampato in "Bollettino della Società Medico-Chirurgica Valtellinese", anno XIII, 1976, pp. 207-214.

finisce il sapere medico del quale, quindi, il sanitario è titolare indiscusso ed esclusivo. Tra lui e l' "altro" c'è un rapporto analitico e non dialettico, se non addirittura impersonale poiché di fatto si pone tra il medico e la malattia alla quale il malato presta un fisico e occasionale supporto, se non vuol essere rimandato come sano, o, in termini meno lusinghieri, come "malato immaginario". Un'opportuna inversione di termini: "sono malati tutti coloro che non si sentono sani più alcuni sani che non sanno di essere malati", sposta subito l'accento sulla *soggettività* perché basta la sofferenza ad autenticare il sofferente: come titolare di una salute definita in positivo e della quale egli avverte e patisce la perdita o la decadenza. Da questo momento egli è l'autore di un discorso che non ha più per oggetto soltanto l'esistenza di un malessere ma il perduto benessere di un'esistenza ed inaugura col medico un rapporto non più analitico ma dialettico del quale chiede a buon diritto l'interpersonalità.

In tale rapporto, parole come "guarire" e "curare" assumono altri e più ricchi significati, ma "prevenire" lo muta totalmente perché non si riferisce più alla "malattia" che va prevista e rimossa ma alla "salute" che va tutelata e promossa. E a ciò corrisponde non soltanto un'inversione di termini ma una radicale trasformazione di concetti: salute e malattia non sono infatti realtà coestensive e di segno opposto talché alla definizione ed all'accertamento della prima bastino l'identità e l'assenza della seconda.

Ci sono, infatti, moltissimi modi di essere malati ma uno solo di essere sani: realizzare la pienezza del proprio benessere psicofisico e sociale.

La prima riflessione apre, dunque, sulla seconda. Se prevenzione è promozione e tutela di salute, essa non può concludersi nell'ambito individuale ma deve muoversi e compiersi in quello sociale: cioè l'ambito di vita e di lavoro dell'uomo, là dove egli è in quanto sono gli altri, dove la sua realtà si misura su quella che trasforma, dove la sua identità emerge non da una definizione ma da una molteplicità di interazioni. Prevenire per la salute vuol, dunque, dire coglierne la dimensione collettiva e derivarne corrette indicazioni di analisi e di intervento per quella individuale. Ma vuole anche dire che tale compito deve essere collettivamente assunto; perché, manifestamente, richiede non solo tutta la competenza tecnica disponibile ma anche tutta la volontà politica impegnabile. In quanto investe l'intero assetto sociale, il modo di produzione, l'organizzazione della vita, ecc. ponendo una serie di problemi non delegabili "d'ufficio" o "per via gerarchica" ma gestibili soltanto dalla soggettività collettiva, cioè in modo largamente e autenticamente partecipatorio (vedi l'articolo conclusivo di I. Oddone [6]).

Ebbene, accennate queste premesse — sul necessario rife-

rimento alla salute piuttosto che alla malattia e al sociale piuttosto che all'individuale, per una efficace prevenzione — conviene subito dire che nella realtà attuale esse rimangono ancora e purtroppo tali: almeno statisticamente, cioè salve rare eccezioni.

Ed è proprio in questa diresi tra necessità e realtà che si gioca la partita tra vera e falsa prevenzione, come nel seguito apparirà in più concreto dettaglio.

Ora conviene cercare la risposta ad alcune elementari ma fondamentali domande: perché la medicina clinica non è più sufficiente? perché la medicina preventiva è assolutamente necessaria? perché l'affermazione teorica e pratica di queste verità non è soltanto fondamentale avanzamento scientifico ma anche una scelta politica progressiva? quali sono, dai più apparenti ai più potenti, gli interessi che vi si oppongono?

Con deliberata ma legittima semplificazione diremo che la medicina moderna — quella del secolo scorso e del corrente — è nata nella e dalla ideologia di un rapporto antagonistico tra uomo e natura: per essa l'agente patogeno è appunto naturale ed è semplicemente dal suo incontro con l'uomo che nasce la malattia di questi. Riconoscere e curare tale malattia — cioè far diagnosi e terapia — sono i compiti della medicina.

Al centro di questa immagine sta, in tutta evidenza, il modello della malattia infettiva ma vi convergono anche quelli di altre patologie — per esempio: carenziali — ed in particolare quello della malattia ereditaria.

Di essi è data ampia illustrazione scientifica nell'articolo di G. A. Fara (3) ed in quello di L. De Carli e F. Sereni (2).

Qui si vorrebbe coglierne la comune valenza politica, sottolineando come nella cultura e nell'epoca della loro formulazione tali modelli non casualmente rimandassero — per la mediazione di un germe o di un gene, per la presenza di una tossina o la carenza di una vitamina — alla interpretazione del male come qualcosa di sopraggiungente nell'uomo, altrimenti sano, da un esterno naturale che va riconosciuto nella sua identità, spento nei suoi effetti e, comunque, ridotto sotto controllo. Lo stesso controllo che, sempre più esigentemente, il modo di produzione capitalistico — cui non sembrava potessero rivolgersi imputazioni di patogenicità mentre fondava la scienza e la fabbricazione del farmaco — imponeva sul prelievo e sull'uso delle risorse naturali.

Per semplificare ulteriormente il nostro discorso — senza sacrificarne la pertinenza — tratteniamoci brevemente al modello della malattia infettiva che tanta parte ha avuto nella cultura di molte generazioni e tanto ruolo nella dottrina e nella pratica medica oltre che nella gestione politica di entrambe. Sommariamente:

1) la malattia infettiva è caratterizzata, solitamente, da uno specifico agente (microbo o virus) diagnosticato il quale

— dopo l'era dei chemioterapici e l'avvento degli antibiotici — è individuata la terapia causale;

2) alla malattia infettiva si addicono — oltre che provvedimenti di natura igienica — misure profilattiche (vaccinazioni) che possono aumentare la resistenza individuale fino a determinare la immunità;

3) le malattie infettive hanno dominato il quadro delle cause di morte, non raramente in misura epidemica, fino ad epoche relativamente recenti, quali la vigilia della seconda guerra mondiale;

4) all'estinzione delle malattie infettive il sistema produttivo aveva interesse e 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; merito perché configuravano un impegno dello stesso sistema contro malattie che a una prima ricognizione non ne apparivano determinate ma, se mai, combattute nel vantaggio della salute degli individui e della popolazione.

Ognuno di questi punti si apre a più larghe disamine che non avrebbero spazio in questa pagina. Qui basti notare che in paesi come il nostro, e segnatamente in quelli che hanno avuto uno sviluppo industriale-capitalistico, nessuno d'essi corrisponde più a verità generalizzabili alla patologia complessiva. Infatti un'altra patologia ha statisticamente soppiantato quella infettiva come maggior determinante delle cause di morte: è una patologia da usura, da lavoro, da contaminazione ambientale, da stress ripetuti, da conurbazione ecc. che va sotto il nome comprensivo di "malattie degenerative". Ne trattano nel loro articolo G. Bert e G. Pandolfo (1). Emerge dal loro testo e da quello di A. Grieco (5) particolarmente inerente alla patologia da lavoro che:

1) la malattia degenerativa è caratterizzata: dall'essere il risultato di un molteplicità di agenti lesivi che si esprimono con molteplicità di effetti a livello somatico e a livello psichico; dalla cronicità praticamente irreversibile del suo andamento; dalla assenza di terapie eziologiche, cioè più che meramente sintomatiche;

2) alla malattia degenerativa non si addicono misure profilattiche capaci di aumentare la resistenza individuale e tanto meno di conferire immunità;

3) da un quarantennio le malattie degenerative vanno emergendo, nei paesi industrializzati, ai primi posti delle statistiche di mortalità e occupano posizioni avanzate in quelle di morbosità;

4) le malattie degenerative sono di relativamente scarso interesse per il sistema produttivo né la lotta ad esse gli consente di vantare grandi meriti se non mistificandola: perché, in quanto prevedibili e in quanto colpiscono in età non gio-

vanili, sono meno perturbatrici del mercato del lavoro; perché non sono contraddittorie del modo di produzione capitalistico ma intrinseche allo stesso che ne crea o ne moltiplica le cause per effetto del suo comando: in termini di organizzazione scientifica del lavoro, nocività del processo produttivo, deterioramento dell'ambiente di vita, costrizione degli spazi abitativi, erosione dei tempi liberi, ecc.

Infine, e fondamentale, c'è da notare che se per la malattia infettiva, ove l'igiene avesse fallito i suoi compiti e la profilassi avesse mancato i suoi effetti, restava pur sempre — in tutta capacità — la medicina clinica, finalmente diagnostica e curativa, per la malattia degenerativa questa medicina è soltanto lenitiva quando non del tutto impotente. Si può curare una polmonite, operare un'appendicite, spegnere un tifo ma non c'è guarigione per l'arteriosclerosi cerebrale, la malattia cronica, il cancro polmonare, la depressione psichica. Se ne possono mitigare i sintomi, correggere gli effetti, dilazionarne gli esiti: ma poco più, talvolta, e spesso molto meno.

Con ciò s'è appena abbozzata una risposta alla prima domanda: avendo chiarito che si può ormai dichiarare l'assoluta insufficienza della medicina clinica, di cui nessuno nega, peraltro, la superstita utilità. Ed anche alla seconda: affermando che la patologia oggi dominante nei paesi sviluppati, nella misura in cui non è più curabile, deve essere evitata, onde non l'opzionalità ma l'assoluta necessità della medicina preventiva. Non siamo quindi a discutere e a giudicare soltanto un aggiornamento medico — quale risultato di avanzamenti scientifici, di evoluzioni dottrinarie, di sofisticazioni tecniche — ma a constatare una urgenza sociale, un'assoluta necessità del benessere individuale e collettivo. Questo è il senso della "prevenzione al primo posto": tutt'altro che una formula ma un mandato indeclinabile e carico di responsabilità.

A questo punto, sempre nell'ambito di un discorso che vuol essere appena introduttivo e assolutamente elementare, è necessario espandere il concetto di "prevenzione" e individuarne, al di là del già detto, la dimensione politica oltre che medica per riconoscere, infine e con argomentata chiarezza, la vera dalla falsa medicina preventiva. S'usa distinguere tre livelli di prevenzione (vedi l'articolo di M. Gaglio e G. Gallus [4]):

- *primaria* rivolta ad abbattere gli agenti patogeni;
- *secondaria* intesa ad arrestare la genesi della malattia e
- *terziaria* mirata a limitarne o ripararne i danni. In termini non più di malattia si vuol anche dire che i tre livelli indicati corrispondono alla promozione, alla conservazione e alla riabilitazione della salute, ma l'equivalenza è sospettatamente approssimativa.

Può servire ad evitare approssimazioni fuorvianti riconoscere nella cosiddetta prevenzione terziaria una declinazione

della medicina clinica. Non ce ne occuperemo oltre, in questa sede, onde rivolgerci alle altre due per dire che l'aggettivazione che le distingue scolasticamente può essere mistificante scientificamente e politicamente. Mi sembra più corretto riservare il nome di *medicina preventiva* alla prevenzione primaria e chiamare la secondaria per quello che è: *medicina predittiva*. Significativamente è questa seconda che ha assorbito la maggior parte degli sforzi — finanziari e... pubblicitari — dedicati, ostentatamente, alla prima.

Ora il modello sul quale la medicina predittiva — cui ormai corrisponde nella cultura di massa la "diagnosi precoce" — fonda la sua razionalità è lo sviluppo ordinato nel tempo della malattia cui corrisponde un progressivo deterioramento della prognosi da contrastare con un'anticipata sensibilità della diagnosi dalla quale dipende l'efficacia della terapia: soprattutto se la causa è specifica, l'effetto riconoscibile e la cura risolutiva.

Tutto ciò, per quanto già accennato in questa nota e per quanto illustrato in questa monografia, ben si addice al modello della malattia infettiva e per nulla o ben poco a quello della malattia degenerativa.

Da qui prende avvio il molteplice inganno che si sostanzia in una falsa anziché vera prevenzione: lo scambio dissimulato ma insistente dei modelli di malattia serve ad accreditare come contraddizione "uomo-natura" quella che è veramente una contraddizione "uomo-uomo" cioè di classe internamente al sistema capitalistico; su queste premesse si può dar corso a una medicina predittiva in luogo di una bonifica ambientale facendole passare come momenti rispettivamente "secondario" e "primario" di un'unica prevenzione; così, soddisfatta con una falsa risposta la domanda di prevenzione che nasce dalla società, si può lasciare indisturbato tutto ciò che di patogeno è nel modo di produzione del capitale e, infine ma a somma di tutto, si può assicurare al medesimo gli immensi profitti di un "nuovo" mercato sanitario.

A questa luce e nella lettura di questa monografia si capiscono molte cose. Ad esempio perché si praticano vaccinazioni inutili (come quella antivaaiolosa) o poco efficaci (come quella anticolerica) o di breve protezione (come quella antinfluenzale) senza intervenire sull'ambiente di vita e di lavoro dove si moltiplicano — per quella ingravescente corruzione del territorio che è il prezzo pagato alla speculazione edilizia, per quella scoperta igienica che ancora connota gran parte degli opifici e tutte le forme di "subappalto della nocività" — i pericoli di gravi infezioni (epatiti, salmonellosi, tetano, ecc.).

E perché si può "concedere" da parte padronale qualche rara miglioria di servizi diagnostici interni (un'unità schermografica in più, un analizzatore automatico per sangue e urine, ecc.) o l'accesso rimborsato a quelli esterni; ma non si am-

mettono indagini operaie sul processo lavorativo e, soprattutto, quelle modificazioni dello stesso che mirano ad individuarne e ridurne l'azione patogena sulla salute dei lavoratori e di quanti abitano nel raggio di nocività della fabbrica.

E perché si montano ed espandono, a volte in strano concerto di pubbliche amministrazioni ed imprese private, grandi campagne con largo spiegamento di mezzi pubblicitari per "diagnosi precoci", screenings, check-up multifasici che, spesso privi di qualsiasi controllo di efficacia e di validità, raggiungono il solo effetto di rassicurare, ingannandolo — quindi di danneggiare, disinformandolo — un cittadino del quale importa che si ritenga "nuovamente" assistito mentre "continua" ad essere gestito.

E perché si stimola, con ogni incentivo e suasioni rivolti tanto ai medici quanto agli assistiti, l'uso di psicofarmaci ormai aggettivati quali "socializzanti". Non volendo praticare alcuna vera prevenzione e non potendo disporre di alcuna autentica terapia per i mali, anche somatici, indotti da una vita riconosciutamente invivibile, perché ormai costretta e soffocata nella morsa produzione-consumo, si cerca di silenziare i moti dell'ansia e della angoscia per "prevenirne" l'esplosione nell'insofferenza che sarebbe liberatrice se condivisa ed assunta nella coscienza collettiva.

E perché il rapporto medico-assistito si è così impoverito da declinare in uno stereotipo grottesco: il sofferente rinuncia alle due cose più importanti — il racconto della propria storia e la domanda di salute convertendole in lamento di sintomi e richiesta di sedativi — per ottenere le due sole che il medico può dargli: un lungo elenco di esami (quasi sempre inutili) e una abbondante prescrizione di farmaci (non di rado dannosi). Il medico sa che a quella sofferenza non si addice la terapia ma la prevenzione: *la vera prevenzione che lo impedirebbe politicamente*. Meglio trattenersi alla tecnicità della ricetta associandole la falsa prevenzione delle "analisi".

Ancora si capisce perché a quest'ultima dedica ora tanta attenzione e speranza il capitale privato, pubblico o partecipato: lo stesso, in aggiornate spoglie, che dopo aver cercato ed estratto per molti decenni profitti immensi dalla medicina curativa — nella fattispecie dell'industria farmaceutica, della clinica privata, della gestione mutualistica — scopre oggi nella falsa medicina preventiva, che viene gabbata per vera, nuovi ambiti di speculazione che non solo si promettono ancora più redditizi dei precedenti — non fosse che per l'ambito demografico cui si allargano — ma soddisfano alla più sentita esigenza del sistema, nel tempo in cui si fanno più laceranti le contraddizioni da esso generate: cioè l'esigenza di controllo sociale.

Infine si capisce come oggi occorra, più che mai, una medicina che invece si impegni alla ricerca e alla rimozione di

tutte le cause di sofferenza, dovunque e comunque esse siano riconoscibili: non soltanto nel germe o nel gene, non soltanto fuori da un imperturbando processo produttivo, ma proprio all'interno della sua stretta che spegne nell'uomo la libertà di essere sano e nella medicina la possibilità di essere liberatrice.

Questa medicina deve essere:

— *preventiva* nel senso più genuino e intrepido non esaurendosi nella diagnosi precoce di malattie già accettate nel momento in cui sono accertate; promuovendo, invece, e difendendo la salute umana da tutte le offese dell'ambiente di lavoro e di vita fino a piegare queste a quella e non viceversa;

— *sociale* nel senso che sappia rivolgere e portare il suo intervento nella comunità reale in cui l'uomo vive, opera e realizza se stesso, senza strappare o ignorare, come da sempre, queste sue radici ma riconoscendovi, anzi, la testimonianza dell'assoluta inseparabilità della salute collettiva da quella individuale;

— *collettiva* nel senso che, superando qualsiasi forma presente o imminente del sistema mutualistico burocratico, parassitario e inefficace, dichiari e realizzi l'assunzione integrale da parte della collettività partecipante del diritto di porsi come soggetto non solo di salute ma anche di sanità;

— *umana* nella misura in cui — recuperato il colloquio perduto tra una medicina sempre più oggettivante ed una sofferenza più soggettivata, ricomposti i frammenti di un atto medico denaturato dalla mercificazione e dalla oblazione al potere — restituisca al malato e al medico la loro integrità che li faccia essere finalmente della stessa parte: quella dell'uomo contro il potere, quella del lavoro contro il capitale.

Bibliografia

- 1) G. BERT e G. PANDOLFO, *Il modello della malattia degenerativa*, "Sapere", 794, settembre 1976, p. 22.
- 2) L. DE CARLI e F. SERENI, *Il modello della malattia ereditaria*, "Sapere", 794, settembre 1976, p. 14.
- 3) G. A. FARA, *Il modello della malattia infettiva*, in "Sapere", 794, settembre 1976, p. 6.
- 4) M. GAGLIO e G. GALLUS, *Prevenzione e predizione: realtà e miti*, "Sapere", 794, settembre 1976, p. 28.
- 5) A. GRIECO, *Protezione e prevenzione nell'ambiente di lavoro*, "Sapere", 794, settembre 1976, p. 33.
- 6) I. ODDONE, *Tra partecipazione e speculazione*, in "Sapere", 794, settembre 1976, p. 39.