

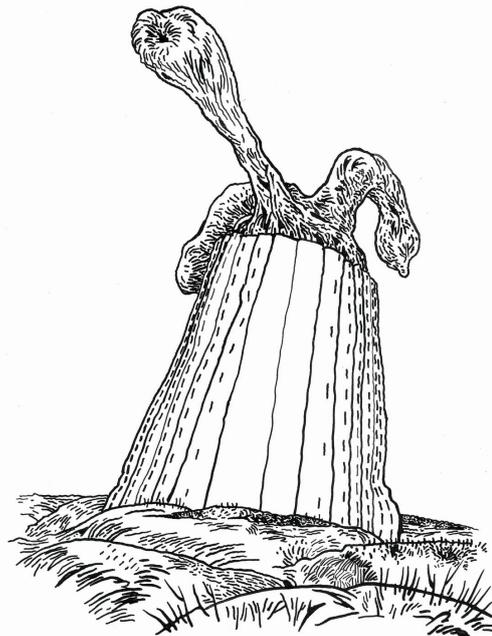
HOWARD WAITZKIN

UN PUNTO DI VISTA MARXISTA SULLA SANITÀ¹

1. Introduzione 2. Sviluppo storico della materia 3. Struttura di classe 4. Controllo sulle istituzioni mediche
5. Stratificazione delle istituzioni mediche 6. Mobilità occupazionale
7. Affermazione del capitale monopolistico nel settore sanitario
8. Medical centers 9. Capitale finanziario 10. IL «complesso medico-industriale»
11. Politica dei gruppi di interesse 12. Lo Stato e il suo intervento
13. Contraddizione tra pubblico e privato 14. Funzioni generali dello stato nel sistema sanitario
15. Meccanismi e limiti dell'intervento statale 16. Ideologia medica
17. Squilibri dell'omeostasi biologica come equivalente dei guasti alle macchine
18. La malattia è un problema dell'essere umano individuale
19. La scienza consente il controllo razionale dell'essere umano
20. Molte sfere della vita sono appropriate per il management medico
21. La scienza medica: esoterica ed eccellente 22. Confronto tra i sistemi sanitari
23. Epidemiologia storico-materialista 24. Classe sociale e cicli economici
25. Stress e organizzazione sociale 26. Lavoro e profitto 27. Sessismo 28. Health praxis
29. Contraddizioni del «rattoppamento» 30. «Riforma riformista» vs. «riforma non-riformista»
31. Sanità e lotta politica

ABSTRACT: A MARXIST VIEW OF MEDICAL CARE

Marxist studies of medical care emphasize political power and economic dominance in capitalist society. Although historically the Marxist paradigm went into eclipse during the early twentieth century, the field has developed rapidly during recent years. The health system mirrors the society's class structure through control over health institutions, stratification of health workers, and limited occupational mobility into health professions. Monopoly capital is manifest in the growth of medical centers, financial penetration by large corporations, and the "medical-industrial complex". Health policy recommendations reflect different interest groups' political and economic goals. The state's intervention in health care generally protects the capitalist economic system and the private sector. Medical ideology helps maintain class structure and patterns of domination. Comparative international research analyzes the effects of imperialism, changes under socialism, and contradictions of health reform in capitalist societies. Historical materialist epidemiology focuses on economic cycles, social stress, illness-generating conditions of work, and sexism. Health praxis, the disciplined uniting of study and action, involves advocacy of "nonreformist reforms" and concrete types of political struggle.

**1. Introduzione**

Gli studi marxisti sulla sanità evidenziano il potere politico e il dominio economico nella società capitalista. Sebbene storicamente il paradigma marxista abbia cominciato a eclissarsi all'inizio del

¹ H. Waitzkin, *A Marxist View of Medical Care*, in «Annals of Internal Medicine», 89, 1978, pp. 264-278. Traduzione dall'inglese di Gabriele Borghese.

XX secolo, il campo si è sviluppato rapidamente negli anni più recenti. Il sistema sanitario rispecchia la struttura di classe della società attraverso il controllo sulle istituzioni sanitarie, la stratificazione dei lavoratori della sanità e la limitata mobilità occupazionale nelle professioni sanitarie. Il capitale monopolistico si manifesta nella crescita dei *medical centers*, attraverso la penetrazione finanziaria delle grandi società e nel «complesso medico-industriale». Le politiche sanitarie riflettono gli obiettivi politici ed economici dei diversi gruppi di interesse. L'intervento dello stato nella sanità protegge in generale il sistema economico capitalista e il settore privato. L'ideologia medica aiuta a mantenere la struttura di classe e gli schemi di dominio. La ricerca comparativa internazionale analizza gli effetti dell'imperialismo, i cambiamenti sotto il socialismo e le contraddizioni della riforma sanitaria nelle società capitaliste. L'epidemiologia storico-materialista si concentra sui cicli economici, lo stress sociale, le condizioni di lavoro che generano malattie e il sessismo. La *health praxis*², l'unione disciplinata di studio e azione, implica la promozione di «riforme non riformiste» e un tipo concreto di lotta politica.

Questa rassegna esamina la crescente letteratura marxista in materia di sanità. Il punto di vista marxista pone in questione la possibilità di ottenere miglioramenti rilevanti nel sistema sanitario senza apportare cambiamenti fondamentali nell'ordine sociale generale. Un punto fondamentale - un presupposto accettato anche da molti non marxisti - è che i problemi del sistema sanitario riflettono i problemi generali della nostra società e non possono essere separati da questi problemi. L'analisi marxista sulla cura della salute si è sviluppata negli Stati Uniti negli ultimi dieci anni. Tuttavia, non è un campo nuovo. La sua storia iniziale e le

² Per indicare l'atteggiamento teorico-pratico, storico-materialista e marxista rispetto alla salute e alla sanità, Waitzkin usa «health praxis», intraducibile in italiano (NdT).

ragioni della sua lenta crescita fino ai tempi recenti meritano attenzione.

2. Sviluppo storico della materia

La prima e maggiore opera marxista sulla sanità è *La situazione della classe operaia in Inghilterra*³ di Engels. Egli la pubblicò per la prima volta nel 1845, tre anni prima di scrivere assieme a Marx il *Manifesto del Partito Comunista*⁴. Questo libro ha descritto le malsane condizioni lavorative e abitative che creavano danni alla salute. In particolare, Engels stabilì una relazione tra malattie come la tubercolosi, il tifo e la malnutrizione, l'inadeguatezza degli alloggi, l'inquinamento dell'acqua e il sovraffollamento. L'analisi della sanità doveva rientrare per Engels in uno studio più complessivo sulle condizioni della classe lavoratrice sotto l'industrializzazione capitalistica. Ma l'approccio che egli adottò rispetto ai problemi della salute ebbe profondi effetti sull'emergere della medicina sociale in Europa Occidentale e in particolare sulle analisi di Rudolf Virchow. Gli studi pionieristici di Virchow sulle infezioni, sull'epidemiologia e sulla «medicina sociale» (un termine che si è diffuso in Europa Occidentale proprio grazie a Virchow) apparirono in seguito alla pubblicazione del libro engelsiano sulle condizioni della classe lavoratrice. Virchow stesso riconobbe l'influenza di Engels sul suo pensiero⁵. Nel 1847, su richiesta del governo prussiano, Virchow analizzò un'epidemia di tifo diffusasi in un'area rurale del paese. Basandosi su questo studio, Virchow suggerì una serie di cambiamenti profondi da attuare a livello economico, politico e sociale: salari più alti, maggiore occupazione, autonomia locale del governo, cooperative agricole e una struttura fiscale più progressiva. Virchow sosteneva soluzioni

³ F. Engels, *The Condition of the Working Class in England in 1844* (1845), Stanford University Press, Stanford 1968.

⁴ F. Engels, K. Marx, *The Communist Manifesto* (1848), International, New York 1948.

⁵ R. Virchow, *Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiet der öffentlichen Medizin und der Seuchenlehre*, Hirschwald, Berlin 1879, vol. I, pp. 305, 321-334.

non solo a livello strettamente medico come più cliniche o ospedali. Egli ravvisava le origini delle malattie nei problemi sociali. L'approccio più ragionevole al problema delle epidemie era di cambiare le condizioni che consentivano la loro diffusione⁶. Durante questo periodo Virchow cercò di combinare il suo lavoro di medico con l'attività politica. Nel 1848 si unì alla prima maggiore rivolta operaia a Berlino. Negli stessi anni supportò fortemente la Comune di Parigi⁷. Nella pratica politica e nelle sue indagini scientifiche si occupò di due temi principali. Il primo: l'origine della malattia è multifattoriale. I maggiori fattori sono le condizioni quotidiane di vita delle persone. Il secondo: un sistema sanitario non può limitarsi a trattare i disturbi fisiopatologici dei pazienti solo a livello individuale. Piuttosto, per essere efficaci i miglioramenti del sistema sanitario devono coincidere con cambiamenti radicali in ambito economico, politico e sociale. Questi ultimi, i cambiamenti sociali, spesso ledono i privilegi di ricchezza e di potere che la classe dominante si riserva per sé e dunque incontrano resistenze. Per questo nella visione di Virchow le responsabilità del medico debbono estendersi all'ambito dell'azione politica diretta. A seguito della sconfitta delle lotte rivoluzionarie del 1848, i governi dell'Europa Occidentale rafforzarono la loro politica conservatrice e repressiva in ambito sociale e l'analisi marxista della sanità entrò in un lungo periodo di eclissi. In seguito alla reazione politica, Virchow e i suoi colleghi continuarono a svolgere le loro ricerche di laboratorio e a esercitare privatamente la professione. Alla fine dell'Ottocento con i lavori di Ehrlich, Koch, Pasteur e altri promettenti batteriologi, la teoria dei germi cominciò a farsi strada creando

⁶ Id., *Über den Hungertyphus und einige verwandte Krankheitsformen*, Hirschwald, Berlin 1868; H. Berliner, *Notes on the historical precursors of materialist epidemiology*, in «Health Movement Organization», 1, 1976, pp. 5-7.

⁷ E.H. Ackerknecht, *Rudolf Virchow*, University of Wisconsin Press, Madison 1953, pp. 159-181; G. Rosen, *From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health Care*, Science History Publications, New York, 1974; R. Virchow, *Briefe an seine Eltern*, Engelmann, Leipzig 1906, pp. 121-164.

un profondo cambiamento nella diagnostica medica e nei trattamenti terapeutici. Emerse un modello monofattoriale di ricerca, volto all'isolamento degli organismi che causavano infezioni e lesioni nei casi di malattie non infettive. Le scoperte di questo periodo generarono indubbiamente uno sviluppo delle pratiche mediche. Tuttavia, come hanno dimostrato numerosi scienziati, l'importanza storica di queste scoperte è stata sopravvalutata. Per esempio, il calo maggiore di mortalità e morbilità per gran parte delle infezioni precede e non segue l'isolamento dello specifico agente eziologico e l'uso delle terapie antimicrobiche. In Europa Occidentale e negli Stati Uniti, i progressi avuti nel contrasto delle infezioni giungono dopo l'introduzione di migliore sanificazione, migliore alimentazione e altri cambiamenti ambientali ad ampio raggio. Nella maggior parte dei casi, i miglioramenti precedono gli avanzamenti della batteriologia moderna⁸. Perché la prospettiva monofattoriale della teoria del germe ha raggiunto questa importanza? E perché le tecniche di analisi che presuppongono una specifica eziologia e terapia hanno mantenuto un carattere mitico nella scienza e nella pratica medica fino a oggi? Un esame storico puntuale della scienza medica di inizio Novecento che cerchi di rispondere a queste domande è cominciato solo negli ultimi anni. Alcune risposte preliminari sono emerse; si focalizzano su eventi avvenuti durante gli anni della pubblicazione del *Flexner Report*⁹. Il *Flexner Report* è considerato il documento che ha trasformato la medicina moderna da ciarlataneria

⁸ R. Dubos, *The Mirage of Health*, Anchor, New York 1959; E.H. Kass, *Infectious disease and social change*, in «J. Infect. Dis.», 123, 1971, pp. 110-114; T. McKeown, *An historical appraisal of the medical task*, in «*Medical History and Medical Care*», T. McKeown, G. McLachlan (a cura di), Oxford University Press, New York 1971; Id., *The modern rise of population*, Academic Press, New York 1977; A.L. Cochrane, *Efficiency and Effectiveness: Random Reflections on Health Services*, Nuffield Hospitals Trust, London 1972; I. Illich, *Medical Nemesis*, Pantheon, New York 1976; J. Powles, *On the Limitations of modern medicine*, in «Sci. Med Man», 1, 1973, pp. 1-10; R.J. Haggerty, *The boundaries of health care*, in «Pharos», 35, 1972, pp. 106-111; R. Carlson, *The End of Medicine*, Wiley, New York 1975.

⁹ A. Flexner, *Medical Education in the United States and Canada*, Carnegie Foundation, New York 1910.

a pratica responsabile. Presupposto di questo documento è che la scienza medica basata su ricerche di laboratorio, orientata specialmente ai concetti e ai metodi della batteriologia europea, conduce a una pratica medica efficace e di alto livello. Nonostante l'efficacia comparativa di varie tradizioni mediche (incluse l'omeopatia, i rimedi popolari, la chiroterapia e altro ancora) non sia mai stata sottoposta a test sistematici, il rapporto sostenne che le scuole mediche non orientate alla medicina scientifica incoraggiavano gli abusi. Il rapporto chiese la chiusura o la ristrutturazione di quelle scuole che non disponevano degli strumenti per insegnare la medicina basata sulle ricerche di laboratorio. Le ripercussioni di quel rapporto furono rapide e drammatiche. La medicina scientifica e basata sulla centralità del laboratorio divenne la norma per la formazione medica, per la pratica medica, la ricerca e l'analisi. Ricerche storiche recenti hanno messo in dubbio gli assunti di base del *Flexner Report* che hanno costituito un dogma ampiamente accettato nella prima metà del Novecento. Queste ricerche hanno documentato come le raccomandazioni del rapporto ricevettero acriticamente supporto da fondazioni filantropiche e parte dei professionisti¹⁰. Anche a seguito di questi eventi l'orientamento marxista in ambito medico rimase in ombra. Sebbene alcune opere di Virchow siano state considerate dei classici, l'approccio multifattoriale e politicamente orientato che guidò le sue ricerche è stato largamente

¹⁰ E.R. Brown, *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in the Progressive Era*, University of California Press, Berkeley 1979; H. Berliner, *A Larger perspective on the Flexner Report*, in «Int. J. Health Serv.», 5, 1975, pp. 573-592; S.J. Kunitz, *Professionalism and social control in the progressive era: the case of the Flexner Report*, in «Soc. Problems», 22, 1974, pp. 16-27; B. Ehrenreich, D. English, *Witches, Midwives and Nurses. A History of Women Healers*, Feminist Press, Old Westbury, New York 1973; Z.G. Kleinbach, *Social structure and the education of health personnel*, in «Int. J. Health Serv.», 4, 1974, pp. 297-317; G. Ziem, *Medical education since Flexner*, in «Health/PAC Bull», 76, 1977, pp. 8-14, 23; W.A. Nielsen, *The Big Foundations*, Columbia University Press, New York 1972; E.R. Brown, *Public health in imperialism: early Rockefeller programs at home and abroad*, in «Int. J. Public Health», 66, 1976, pp. 897-903; P. J. Donaldson, *Foreign intervention in medical education*, in «Int. J. Health Serv.», 6, 1976, pp. 251-270.

dimenticato. Senza dubbio, la prospettiva marxista ebbe un impatto importante fuori dall'Europa Occidentale e dagli Stati Uniti. Ad esempio, Lenin applicò queste prospettive all'inizio della costruzione del sistema sanitario sovietico¹¹. Lo studio di Salvador Allende sull'economia politica della sanità esercitò grande peso sui programmi sanitari in America Latina¹². Il chirurgo canadese Norman Bethune contribuì all'analisi della tubercolosi e di altre malattie partecipando attivamente alla politica, influenzando il corso della medicina cinese post-rivoluzionaria¹³. Le analisi di Che Guevara rispetto alle relazioni tra politica, economia e medicina - in parte derivate dalla sua esperienza di medico - aiutarono a formare il sistema medico a Cuba¹⁴. Successivamente sono emersi molti studi seri sul sistema sanitario di impronta marxista, forse a seguito del fermento politico della fine degli anni '60 del Novecento e dell'insoddisfazione rispetto ai vari aspetti dei moderni sistemi sanitari¹⁵. Recenti lavori sono apparsi in Europa Occidentale¹⁶ e si diffondono negli Stati Uniti con la pubblicazione di un articolo pionieristico di Kelman¹⁷. Nel testo che segue si tratterà delle attuali aree di ricerca e di analisi.

¹¹ V. Navarro, *Social Security and Medicine in USSR: a Marxist Critique*, Lexington, Massachusetts 1977.

¹² S. Allende, *La Realidad Medico-Social Chilena*, Ministerio de Salubridad, Prevision y Asistencia Social, Santiago 1939.

¹³ N. Bethune, *A plea for early decompression in pulmonary tuberculosis*, in «Can. Med. Assoc. J.», 21, 1932, pp. 36-42; Id., *Wounds*, in J.S. Horn (a cura di), *Away with ALL Pests: An English Surgeon in People's China*, Monthly Review Press, New York 1969; T. Allan, S. Gordon, *The Scalpel, The Sword: The Story of Doctor Norman Bethune*, Monthly Review Press, New York 1974.

¹⁴ E. Guevara, *On revolutionary medicine*, in J. Gerassi (a cura di), *Venceremos*, Simon & Schuster, New York 1969; G. Harper, *Ernesto Guevara: Physician, Revolutionary Physician, Revolutionary*, in «N. Engl. J. Med.», 281, 1969, pp. 1285-1289.

¹⁵ E. Ginzberg, *The political economy of health*, in «Bull. N.Y. Acad. Med.», 41, 1965, pp. 1015-1036.

¹⁶ M. Rosedale, *Health in a sick society*, in «New Left. Rev.», 34, Nov-Dec 1965, pp. 82-90; J.C. Polack, *La Médecine du Capital*, Maspero, Paris 1970.

¹⁷ S. Kelman, *Towards a political economy of health care*, in «Inquiry», 8, 1971, pp. 30-38.

3. *Struttura di classe*

La definizione di classe sociale che fornisce Marx pone l'accento sulle relazioni sociali della produzione economica. Egli ha rilevato che un gruppo di persone, i capitalisti o la borghesia, possiede e/o controlla i mezzi di produzione: le macchine, le fabbriche, la terra e le materie prime necessarie per creare merci per il mercato. La classe lavoratrice (o proletariato), che non possiede/controlla i mezzi di produzione deve vendere la propria forza lavoro per un salario. Ma il valore del prodotto che i lavoratori producono è sempre maggiore rispetto al salario che ricevono¹⁸. I lavoratori devono lasciare i loro prodotti al capitalista; perdendo il controllo del processo produttivo, i lavoratori diventano soggettivamente «alienati» rispetto al loro lavoro¹⁹. Il «plusvalore», la differenza tra il salario pagato ai lavoratori e il valore del prodotto che hanno creato, è la base oggettiva del profitto del capitalista. Il plusvalore è anche alla base dello sfruttamento e induce da un lato il capitalista a tenere basso il salario, a cambiare il processo di lavoro (con l'automazione, le nuove tecnologie, la sorveglianza, l'allungamento della giornata lavorativa oltre il previsto, l'accelerazione dei ritmi di lavoro, condizioni pericolose di lavoro) dall'altro i lavoratori a compattarsi per l'aumento dei salari e per un maggiore potere decisionale sul posto di lavoro²⁰.

Sebbene gli studi marxisti abbiano riconosciuto i cambiamenti storici rispetto al tempo di Marx²¹, essi hanno riaffermato la

¹⁸ K. Marx, *A Contribution to the Critique of Political Economy* (1859), International, New York 1964.

¹⁹ Id., *The Economic and Philosophic Manuscripts of 1844*, International, New York 1964.

²⁰ Marx K., *Capital* (1890), Progress Publishers, Moscow 1964, vol.1.

²¹ M. Weber, *Class, status, party*, in *Max Weber: Essays in Sociology*, Galaxy, New York 1958; A.A. Berle, *Power Without Property*, Harcourt, New York 1962; J.K. Galbraith, *The New Industrial Stare*, Houghton Mifflin, Boston 1972; D. Bell, *The Coming of Postindustrial Society*, Basic Books, New York 1973; R. Bendix, S.M. Lipset, (a cura di), *Class, Status and Power*, Free Press, New York 1966; R. Bendix, S.M. Lipset, *Social Mobility in Industrial Society*, University of California Press, Berkeley 1964; R. Dahrendorf, *Class and Class Conflict in Industrial Society*, Stanford University Press, Stanford 1959; C. Jencks,

presenza di una struttura sociale fortemente stratificata sia nelle società a capitalismo avanzato sia nelle nazioni del Terzo Mondo²². Un altro tema di grande interesse è la persistenza o la ricomparsa della struttura di classe, solitamente basata sulla competenza e sulla professione in paesi dove è avvenuta una rivoluzione socialista²³.

Table 1. Social Class Composition of U.S. Labor Force and Boards of U.S. Health Institutions

	Class*			
	Corporate	Upper middle	Lower middle	Working
	←———— % —————→			
U.S. labor force	1	20	30	49
Board members				
Foundations	70	30	—	—
Private medical teaching institutions	45	55	—	—
State medical teaching institutions	20	70	10	—
Voluntary hospitals	5	80	10	5

* See text for definitions; source, NAVARRO V: Social policy issues: an explanation of the composition, nature, and functions of the present health sector of the United States. *Bull NY Acad Med* 51:199-234, 1975 (Reference 60).

Queste analisi teoriche ed empiriche mostrano che i rapporti economici di produzione restano la base primaria della struttura di classe e per un ragionevole focus sulle strategie per il

Inequality, Harper, New York 1972; S.M. Miller, P. Roby, *The Future of Inequality*, Basic Books, New York 1970; J. Rawls, *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge 1971.

²² C.H. Anderson, *The Political Economy of Social Class*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey 1974; N. Poulantzas, *Political Power and Social Classes*, New Left Books, London 1973; Id., *Classes in Contemporary Capitalism*, New Left Books, London 1975.

²³ C. Bettelheim, *Class Struggles in the USSR*, in «Monthly Rev. Press», New York 1976; J. Ehrenreich, *The Dictatorship of the Proletariat in China*, in «Monthly Rev.», 27, Oct. 1975, pp.16-28.

cambiamento²⁴. La definizione data da Miliband di classe sociale fornisce una impalcatura per la ricerca marxista sulla struttura di classe a proposito del sistema sanitario. Questa ricerca ha mostrato che il sistema sanitario riflette la struttura di classe dell'intera società²⁵. La classe dei proprietari possiede o controlla la maggior parte della ricchezza. Essa è costituita dall'1% della popolazione e possiede l'80% delle azioni societarie e dei bond sia dello Stato che degli enti locali; il valore mediano del loro reddito annuale (1975) va dai 114000\$ ai 142000\$. La classe lavoratrice, all'altro estremo della scala, costituisce il 49% della popolazione. È costituita da lavoratori manuali, lavoratori dei servizi e lavoratori agricoli, che generalmente guadagnano 8500\$ all'anno o anche meno. Tra questi due poli c'è l' «upper middle class» (professionisti come medici, avvocati e altri, costituita dal 14% della popolazione e con guadagni di circa 25600\$ annui; e dirigenti di medio livello, 6% della popolazione che guadagna circa 22700\$); la «lower middle class» (proprietari di negozi, liberi professionisti, artigiani per il 7% della popolazione, con guadagni di circa 12100\$; gli impiegati e i lavoratori del commercio, che costituiscono il 23% della popolazione che guadagna circa 9200\$ annui). Benché queste definizioni forniscano un quadro sommario di una realtà sociale veramente complessa, sono utili nell'analisi della manifestazione della struttura di classe nel sistema sanitario.

²⁴ J. Hill, *Class Analysis: United States in the 1970's*, California, League for Proletarian Socialism, Emeryville 1975; A. Giddens, *The Class Structure of Advanced Societies*, Barnes and Noble, New York 1973; R. Miliband, *The State in Capitalist Society*, Basic Books, New York 1969.

²⁵ V. Navarro, *Social policy issues: an explanation of the composition, nature and functions of the present health sector of the United States*, in «Bull. N.Y. Acad. Med.», 51, 1975, pp. 199-234; Id., *The underdevelopment of health in working America*, in «Am. J. Public Health», 66, 1976, pp. 538-547; Id., *Medicine under capitalism*, Prodist, New York 1976; U.S. Department of Commerce: *Statistical Abstracts of the United States*, Government Printing Office, Washington, D.C. 1976, p. 377.

4. Controllo sulle istituzioni mediche

Navarro²⁶ ha documentato il controllo pervasivo che i membri delle due classi più ricche esercitano all'interno degli organi decisionali delle istituzioni sanitarie americane (v. Tabella 1). Queste classi dominano nei consigli d'amministrazione delle fondazioni private nel sistema della salute, nelle istituzioni formative pubbliche e private, e nei *voluntary hospitals* locali. Solo nei consigli di amministrazione delle istituzioni formative e dei *voluntary hospitals* vediamo membri delle ultime due classi avere delle cariche rappresentative; ma anche qui, la partecipazione di queste classi è molto più scarsa rispetto alla loro proporzione sul totale della popolazione. Ricerche locali hanno documentato il pieno controllo aziendale delle istituzioni mediche in molte parti degli Stati Uniti. Navarro ha sostenuto, in parte basandosi su queste osservazioni, che il controllo sulla salute riflette gli stessi modelli di classe che sono sorti in altre aree della vita politica ed economica in America.

5. Stratificazione delle istituzioni mediche

Come membri della classe medio-alta, i medici occupano il posto più redditizio tra i lavoratori in ambito sanitario. Essi compongono il 7% della forza-lavoro del settore, e ricevono un totale netto (approssimativamente di 53000\$ nel 1975) che li posiziona nel 5% superiore della distribuzione del reddito negli Stati Uniti. Sotto i medici e dirigenti ci sono i membri della classe media inferiore: infermieri, terapisti fisici e occupazionali e i tecnici. Essi compongono il 29% della popolazione e sono maggiormente donne, con un guadagno di circa 8 500\$. Alla fine della gerarchia ci sono gli impiegati, gli aiutanti, inservienti, cuochi e custodi che sono la classe lavoratrice del sistema sanitario. Questi hanno un reddito di 5 700\$ annui, rappresentano il 54% della forza lavoro del settore

²⁶ V. Navarro, *Social policy issues...*, cit.; Id., *The underdevelopment...*, cit.; Id., *Medicine under capitalism*, cit.

e sono per l'84% donne e il 30% afroamericani²⁷. Studi recenti hanno analizzato le spinte al professionismo, all'elitarismo e alla specializzazione che dividono i lavoratori della sanità gli uni dagli altri e impediscono loro di coalizzarsi per raggiungere interessi comuni. Questi schemi agiscono sui medici²⁸, sugli infermieri²⁹ e sugli operatori tecnici e dei servizi che costituiscono il segmento che cresce più rapidamente della forza lavoro sanitaria³⁰. La burocratizzazione, la sindacalizzazione, l'intervento statale e la potenziale «proletarizzazione» degli operatori sanitari modificheranno i modelli futuri di stratificazione³¹.

6. Mobilità occupazionale

La mobilità all'interno delle posizioni professionali è molto contenuta. Le indagini svolte negli Stati Uniti e nel Regno Unito sulla provenienza dei medici mostra che solo una parte residuale proviene dalle classi più povere e si colloca tra gli studenti di medicina o tra gli specializzandi³². Negli Stati Uniti la

²⁷ Id., *Social policy issues...*, cit.; U.S. Department of Commerce: *Statistical ...*, cit.

²⁸ H. Waitzkin, B. Waterman, *The exploitation of illness in capitalist society*, Bobbs-Merrill, Indianapolis 1974.

²⁹ B. Bullough, *Barriers to the nurse practitioner movement*, in «Int. J. Health Serv.», 5, 1975, pp. 225-233; K. Cannings, W. Lazonick, *The development of the nursing labor force in the United States*, in «Int. J. Health Serv.», 5, 1975, pp. 185-216.

³⁰ B. Ehrenreich, J. Ehrenreich, *Hospital workers: a case study of the new working class*, in «Monthly Rev.», 24, 1973, pp. 12-27; A.C. Twaddle, J.D. Stoeckle, *Non-physician health workers: some problems and prospects*, in «Soc. Sci. Med.», 8, 1974, pp. 71-76; A.C. Twaddle, R.M. Hessler, *A Sociology of Health*, Mosby, St. Louis 1977, pp. 202-216; H. Braverman, *Labor and Monopoly Capital*, Monthly Rev. Press, New York 1974, pp. 293-449; G. Stevenson, *Social relations of production and consumption in the human service occupations*, in «Monthly Rev.», 28, Jul.-Aug. 1976, pp. 78-87; C.A. Brown, *The division of laborers: allied health professions*, in «Int. J. Health Serv.», 3, 1973, pp. 435-444.

³¹ J.B. McKinlay, *The changing political and economic context of the patient-physician encounter*, in E.B. Gallagher (a cura di), *The Doctor-Patient Relationship in the changing Health Scene*, DHEW Publication No. [NIH] 78-183, Government Printing Office, Washington, D.C. 1978.

³² Z.G. Kleinbach, *Social structure...*, cit.; G. Ziem, *Medical education...*, cit.; M.A. Simpson, *Medical Education: A critical approach*, Butterworths, London 1972; J. Robson, *The NHS company, the social consequences of the professional dominance in the National Health Service*, in «Int. J. Health Serv.», 3, 1973, pp. 413-426.

documentazione storica rende possibile tracciare i cambiamenti nella mobilità di classe durante il ventesimo secolo. Ziem ha scoperto³³ che malgrado alcuni recenti provvedimenti destinati a gruppi svantaggiati, il reclutamento di studenti di medicina provenienti dalla classe lavoratrice si è mantenuto basso dopo la pubblicazione del *Flexner Report*. Nel 1920, il 12% degli studenti di medicina proveniva da famiglie di lavoratori e questa percentuale è rimasta la stessa fino a oggi.

7. *Affermazione del capitale monopolistico nel settore sanitario*

Nel corso dell'Ottocento il capitale si è concentrato in un piccolo numero di società formando dei monopoli. Il capitale monopolistico è emerso essenzialmente in tutte le nazioni capitalistiche avanzate, dove il processo di monopolizzazione ha rinforzato il profitto di aziende private³⁴. (In forma molto differente il monopolio si è presentato anche nei paesi socialisti, dove lo stato controlla la maggior parte del capitale e limita fortemente l'appropriazione privata). Il capitale monopolistico è diventato una caratteristica della maggior parte dei sistemi sanitari capitalisti e si manifesta in diversi modi.

8. *Medical centers*

Dal 1910 è emersa una continua crescita di *medical centers*, solitamente affiliati alle università. Il capitale è molto concentrato in queste strutture che sono massicciamente orientate alle tecnologie più avanzate. I medici si formano dove la tecnologia è accessibile e la specializzazione è un valore fondamentale. In parte a causa di questo i medici sono spesso riluttanti a studiare in aree senza un facile accesso ai *medical centers*. La crescita

³³ G. Ziem, *Medical education...*, cit.

³⁴ H. Braverman, *Labor and Monopoly Capital...*, cit.; P.A. Baran, P.M. Sweezy, *Monopoly capital*, in «Monthly Review Press», New York 1966; R.C. Edwards, M. Reich, T.E. Weisskopf (a cura di), *The capitalist system*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey 1978; E.K. Hunt, H.J. Sherman, *Economics: An introduction to traditional and Radical Views*, Harper & Row, New York 1975.

quasi senza restrizioni dei *medical centers* insieme all' «imperativo tecnologico» che incoraggiano, ha contribuito alla distribuzione ineguale dell'assistenza negli Stati Uniti e tra le varie regioni³⁵.

9. Capitale finanziario

Il capitale monopolistico appare anche nelle banche, nel credito e nelle compagnie assicurative, le aziende che fanno i maggiori profitti sotto il capitalismo. Per esempio, nel 1973 il flusso di dollari verso le assicurazioni sanitarie in compagnie private fu di 29 miliardi di dollari, circa la metà del totale delle assicurazioni. Il 60% di questo totale è controllato da 10 compagnie assicurative. *Metropolitan Life* e *Prudential* controllano più di 30 miliardi di dollari di risorse, più di General Motors, Standard Oil del New Jersey o dell'International Telephone and Telegraph³⁶. Il capitale finanziario ha inoltre un ruolo di rilievo rispetto alle proposte di riforma del sistema. La maggior parte di queste riforme permetterà alle compagnie di assicurazione di mantenere il loro ruolo all'interno del settore³⁷. Inoltre, gli investimenti delle imprese nelle organizzazioni che gestiscono la salute aumentano. Dietro c'è la convinzione che anche l'assicurazione nazionale, quando sarà emanata, assicurerà grandi profitti a questi investimenti³⁸.

10. Il «complesso medico-industriale»

Il «complesso industriale-militare» ha prodotto un modello che ha permesso di far avanzare l'industrializzazione nel sistema sanitario, popolarizzando l'espressione «complesso medico-

³⁵ S. Kelman, *Towards...*, cit.; H. Waitzkin, B. Waterman, *The exploitation of illness...*, cit.

³⁶ V. Navarro, *Social policy...*, cit.

³⁷ T. Bodenheimer, *Health care in the US: who pays?*, in «Int. J. Health Serv.», 3, 1973, pp. 427-434; L. Lander, *National Health Insurance*, Health Policy Advisory Center, New York 1975.

³⁸ J.W. Salmon, *Health maintenance organization strategy: a corporate takeover of health service*, in «Int. J. Health Serv.», 5, 1975, pp. 609-624.

industriale». Le analisi dell'Health Policy Advisory Center³⁹ e altri hanno posto l'attenzione sul fatto che lo sfruttamento della malattia a scopo di profitto è una caratteristica primaria dei sistemi sanitari nelle società capitalistiche avanzate⁴⁰. Studi recenti hanno criticato le industrie mediche e farmaceutiche per le pratiche di marketing e pubblicità⁴¹, speculazioni e collusione⁴², diffusione di farmaci nel Terzo Mondo prima di effettuare sicuri test per la salute⁴³, e la promozione di modalità di diagnostica e di terapia innovative senza un riscontro che possa dimostrare la loro efficacia⁴⁴. In questo contesto, l'analisi costi-benefici ha reso utili valutazioni di diverse pratiche mediche e decisioni cliniche⁴⁵. Pur riconoscendo il contributo di questo approccio, i

³⁹ B. Ehrenreich, J. Ehrenreich, *The American Health Empire*, Vintage, New York 1970; D. Kotelchuck, *Prognosis negative*, Vintage, New York 1976.

⁴⁰ H. Waitzkin, B. Waterman, *The exploitation of illness...*, cit.

⁴¹ B. Ehrenreich, J. Ehrenreich, *The American Health...*, cit.; D. Kotelchuck, *Prognosis...*, cit.; Concerned Rush Students, *Turning prescription into profits*, in «Sci. for the People», 8, Nov.-Dec. 1976, pp. 6-9, pp. 30-32; 9, Jan.-Feb. 1977, pp. 6-9, pp. 30-32; W. Karner, *Zur Strategie der pharmazeutischen Industrie*, in «Fortschr Wissenschaft», 3/4, 1976, pp. 8-30; M. Silverman, R.P. Lee, *Pills, Profits and Politics*, University of California Press, Berkeley 1974.

⁴² R. Lichtman, *The political economy of medical care*, in H.P. Dreitzel (a cura di), *The social organization of Health*, Macmillan, New York 1971.

⁴³ M. Silverman, *The drugging of the Americas*, University of California Press, Berkeley 1976; S. Lall, *Medicines and multinationals*, in «Monthly Rev.», 28, Mar. 1977, pp. 19-30.

⁴⁴ A.L. Cochrane, *Efficiency and Effectiveness...*, cit.; H. Waitzkin, *How capitalism cares for our coronaries*, in E.B. Gallagher (a cura di), *The Doctor-Patient Relationship in the Changing Health Scene*, DHEW Publication No. [NIH] Government Printing Office, Washington. D.C. 1978, 78-183; M. Millman, *The Unkindest Cut: Life in the Backrooms of Medicine*, Morrow, New York 1977; H.G. Mather, D.C. Morgan, N. G. Pearson, K.L.Q. Read, D.B. Shaw, G.R. Steed, M.G. Thorne, C.J. Lawrence, I.S. Riley, *Myocardial infarction: a comparison between home and hospital care for patients*, in «Br. Med. J. », 1, 1976, pp. 925-929; L. Rodberg, G. Stevenson, *The health care industry in advanced capitalism*, in «Rev. Radical Polit. Econ.», 8, 1977, pp. 104-115.

⁴⁵ B.S. Bloom, O.L. Peterson, *End results, cost and productivity of coronary-care units*, in «N. Engl. J. Med.», 288, 1973, pp. 72-78; S.P. Martin, M.C. Donaldson, C.D. London, O. Peterson, T. Colton, *Inputs into coronary care during 30 years: a cost-effectiveness study*, in «Ann. Intern. Med.», 81, 1974, pp. 289-293; J.K. Stross, P.W. III Willis, E.W. Reynolds, R.E. Lewis, I.J. Schatz, L.C. Bellfy, J. Copp, *Effectiveness of coronary care units in small community hospitals*, in «Ann. Intern. Med.», 85, 1976, pp. 709-713; D.J. Cullen, L.C. Ferrara, B.A. Briggs, P.F. Walker, J. Gilbert, *Survival, hospitalization charges and follow-up results in critically ill patients*, in «N. Engl. J. Med.», 294, 1976, pp. 982-987; D.M. Olsen, R.L. Kane, P.H. Proctor, *A controlled trial of multiphasic screening*, in «N. Engl. J. Med.», 294, 1976, pp. 925-930; B.J. McNeil, E. Feeler, S.J. Adelstein, *Primer on certain elements of medical decision making*, in «N. Engl.

ricercatori marxisti hanno criticato l'analisi costi-benefici perché essa risponde a domande su un piano sbagliato dell'analisi. Questo approccio spesso non aiuta a chiarire la dinamica che si mette in atto nel sistema sanitario che spinge per l'adozione di costose quanto inefficaci innovazioni tecnologiche. La valutazione delle pratiche tramite l'analisi costi-benefici è emersa di pari passo con l'emergere del capitale monopolistico nel sistema sanitario. Innovazioni costosissime solitamente sono collegate all'espansione dei *medical centers*, alla penetrazione del capitale finanziario nel sistema sanitario, e alla promozione di nuovi farmaci e strumentazioni da parte delle industrie mediche. La ricerca medica e la clinica medica improntate all'analisi costi-benefici risultano incomplete, dal momento che non si tiene conto dell'intero assetto politico ed economico che genera evidenti irrazionalità nel sistema sanitario⁴⁶.

11. Politica dei gruppi di interesse

Marx affermò che la posizione di classe e le risorse economiche determinano il potere politico. Egli notò che la classe è composta da vari gruppi, talvolta con interessi differenti. Sebbene questi gruppi si riuniscano quando si trovano a essere minacciati dalla classe lavoratrice, i loro diversi interessi generano contraddizioni che possono consentire un focus per la strategia politica⁴⁷. Negli studi sulla salute l'analisi delle politiche dei gruppi di interesse si è svolta soprattutto negli Stati Uniti e in Gran Bretagna⁴⁸. Questo approccio demistifica le raccomandazioni

J. Med.», 293, 1975, pp. 211-215; S.C. Schoenbaum, B.J. McNeil, J. Kavet, *The swine-influenza decision*, in «N. Engl. J. Med.», 295, 1976, pp. 759-765.

⁴⁶ H. Waitzkin, *How capitalism cares...*, cit.

⁴⁷ K. Marx, *The Eighteenth Brumaire of Louis Bonaparte* (1852), International, New York, 1963; K. Marx, *Critique of the Gotha Programme* (1875), International, New York 1966; C.W. Mills, *The Power elite*, Galaxy, New York 1959; G.W. Domhoff, *The higher circles*, Vintage, New York 1970; San Francisco Bay Area Kapitalistate Collective, *Watergate, or the Eighteenth Brumaire of Richard Nixon*, in «Kapitalistate», 3, 1975, pp. 3-24.

⁴⁸ R.R. Alford, *The political economy of health care: dynamics without change*, «Politics Soc.» 2, 1972, pp. 127-164; Id., *Health care politics*, University of

politiche dei gruppi di interesse che chiedono la riforma del sistema sanitario. Da questo punto di vista, la politica di questi gruppi riflette ampiamente i loro interessi economici e politici più che il loro interesse verso il miglioramento del sistema. Le ricerche di Alford⁴⁹ hanno delineato tre maggiori gruppi di interesse in competizione per il potere e per la finanza. I *monopolisti professionali* di cui fanno parte medici, specialisti e ricercatori che lavorano privatamente, presso scuole mediche o università. La maggior conseguenza della loro attività è un «continuo proliferare di programmi e progetti» che «forniscono una copertura simbolica di legittimazione, mantenendo al tempo stesso le relazioni di potere» nel sistema sanitario. I *razionalizzatori d'azienda* che comprendono i top manager delle organizzazioni mediche: amministratori di ospedali, presidi delle scuole mediche, e ufficiali della sanità pubblica. L'effetto complessivo del loro operato, secondo Alford, è quello di complicare e complessificare le strutture burocratiche del sistema sanitario. Un terzo gruppo di interesse è la composita comunità di popolazione che necessita del servizio sanitario. Alford osserva che generalmente gli sforzi compiuti da questo gruppo di interesse falliscono. Un'alta probabilità di cooptazione significa che i leader possono assumere posizioni di valore simbolico nei comitati consultivi o nelle agenzie di pianificazione senza che si verifichi un reale cambiamento nelle strutture del potere. L'analisi dei gruppi di interesse contribuisce a capire meglio determinate controversie locali generate dallo sforzo delle comunità di ottenere un maggiore controllo sulle istituzioni sanitarie⁵⁰; i conflitti nei consigli di governo, tra gli amministratori e lo staff di professionisti

Chicago Press, Chicago 1975; T. Marmor, *The politics of medicare*, Aldine, Chicago 1973; J. Willcocks, *The creation of the National Health Service: a study of pressure groups and a major social policy decision*, Routledge & Kegan Paul, London 1967; D.G. Gill, *The reorganization of the national service*, in «Social Rev.» 22 (Monogr.), 1976, pp. 9-22.

⁴⁹ R.R. Alford, *The political economy...*, cit.; Id., *Health care...*, cit.

⁵⁰ F. Mullan, *White coat, Clenched fist*, Macmillan, New York 1976.

degli ospedali⁵¹; i fallimenti globali dei planning e delle regolamentazioni⁵²; e l'espansione delle istituzioni mediche sulle aree abitative popolari⁵³; una simile prospettiva ha condotto a un quadro più chiaro delle politiche nazionali sulla salute, per esempio quelle che riguardano le ricerche sul cancro⁵⁴ e la legislazione in materia di sicurezza sul lavoro⁵⁵. Questi studi forniscono un quadro pessimistico sulle possibilità di riforma del sistema attuale. A causa delle «strutture di classe e istituzionali create e sostenute dai professionisti e dai massimi dirigenti», scrive Alford, «il cambiamento è improbabile in assenza di un movimento politico e sociale che rifiuti la legittimità della struttura economica e sociale di tali politiche»⁵⁶.

12. Lo Stato e il suo intervento

Poiché lo stato comprende le maggiori istituzioni del potere politico, la sua importanza strategica è ovvia. Lo stato generalmente reprime i cambiamenti sociali rivoluzionari o le azioni politiche che mettono a rischio il sistema attuale in modo fondamentale. Dopo le rivoluzioni socialiste, l'apparato statale

⁵¹ J. Pfeffer, *Size, composition, and functions of hospital boards of directors: a study of organization environment linkage*, «Admin. Sci. Q.», 18, 1973, pp. 349-364.

⁵² E. Krause, *Health planning as a managerial ideology*, «Int. J. Health Serv.», 3, 1973, pp. 445-463; Id., *The political context of health service regulation*, in «Int. J. Health Serv.», 5, 1975, pp.593-607; Id., *Power and Illness: the political sociology of health and medical care*, Elsevier, New York 1977; A.L. Komaroff, *Regional medical programs in search of a mission*, in «N. Engl. J. Med.», 284, 1971, pp. 758-764.

⁵³ H. Waitzkin, *Expansion of medical institutions into urban residential areas*, in «N. Engl. J. Med.», 282, 1970, 1003-1007; H. Waitzkin, J. Sharratt, *Controlling medical expansion*, in «Society», 14, Jan.-Feb. 1977, 30-35; H. Waitzkin, *What to do when your local medical center tries to tear down your home*, in «Sci. for the People», 9, Mar-Apr 1977, pp. 22-23, pp. 28-39; H. Waitzkin, J. Wallen, J. Sharratt, *Homes or hospitals? A current urban dilemma*, in «Int. J. Health Serv.», 3, 1979, pp. 397-416.

⁵⁴ R. Bazell, *Behind the cancer campaign*, in «Ramparts», 10, Dec 1971, pp. 29-34; D.S. Greenberg, «Progress» in cancer research - don't say it isn't so, in «N. Engl. J. Med.», 292, 1975, pp. 707-708.

⁵⁵ D. Kotelchuck, *Prognosis ...*, cit.; D.H. Wegman, J.M. Peters, R.J. Jaeger, W.A. Burgess, L.I. Boden, *Vinyl chloride: can the worker be protected?*, in «N. Engl. J. Med.», 294, 1976, pp. 653-657.

⁵⁶ R.R. Alford, *The political economy ...*, cit.

deve persistere per lungo tempo, ma le sue funzioni si modificano profondamente. Prima di analizzare la sanità allora è necessario analizzare lo stato e fornirne una breve definizione. Marx ed Engels enfatizzano il ruolo cruciale del governo nella protezione del sistema economico capitalistico e degli interessi della classe capitalista. È famosa l'omelia del *Manifesto del partito comunista* «lo stato è il comitato d'affari della borghesia»⁵⁷. Lenin⁵⁸ affermò che la classe capitalista interverrebbe con la forza per stroncare ogni vittoria elettorale potenzialmente pericolosa per il sistema delle imprese private. Analisi più recenti hanno studiato i pattern strutturali che preservano il dominio della classe capitalistica sulle politiche statali⁵⁹; i meccanismi grazie ai quali lo stato argina le ricorrenti crisi del sistema capitalistico⁶⁰; le tecniche ideologiche con cui lo stato rafforza il tacito consenso popolare⁶¹. In questo contesto la seguente descrizione, anche se limitata dalla complessità dell'argomento, è appropriata. Lo stato costituisce l'interconnessione delle istituzioni pubbliche che proteggono il sistema economico capitalistico e gli interessi della classe capitalista. Questa definizione include i rami esecutivo, legislativo e giudiziario del governo; l'esercito; il sistema della giustizia criminale - tutti mantengono vari gradi di potere coercitivo. Ma comprende in modo relativo anche le istituzioni non coercitive: il sistema educativo, il welfare e il sistema sanitario. Attraverso queste istituzioni non coercitive lo stato offre servizi

⁵⁷ F. Engels, K. Marx, *The Communist Manifesto...*, cit.

⁵⁸ V.I. Lenin, *The State and the Revolution* (1917), Foreign Languages Press, Peking 1973.

⁵⁹ N. Poulantzas, *Political Power...*, cit.; R. Miliband, *The state in capitalist society...*, cit.

⁶⁰ C. Offe, *Advanced capitalism and the welfare state*. «Politics Soc.», 2, 1972, pp. 479-488; Id., *The theory of the capitalist state and the problem of policy formation*, in *Stress and contradiction in modern capitalism*, Lexington Books, Massachusetts 1975; J. O'Connor, *The fiscal crisis of the state*, St. Martin's, New York 1973.

⁶¹ L. Althusser, *Lenin and philosophy and other essays*, in «Monthly Review Press», New York 1971; A. Gramsci, *Selections from the Prison Notebooks*, International, New York 1971.

o convoglia messaggi ideologici che legittimano il sistema capitalistico. Specialmente in periodi di crisi economica, lo stato può usare queste stesse istituzioni per stanziare sovvenzioni a beneficio dell'impresa privata.

13. Contraddizione tra pubblico e privato

All'interno del sistema sanitario, il «settore pubblico», come parte dello stato, opera attraverso la spesa pubblica e impiega i lavoratori della sanità in istituzioni pubbliche. Il «settore privato» è basato sull'esercizio privato, con aziende che producono gli strumenti medicali o controllano il capitale finanziario. Le varie nazioni differiscono sul dualismo tra pubblico-privato. Negli Stati Uniti il settore privato è dominante; esso coesiste con un sistema pubblico in crescita. Il settore pubblico è molto più grande in Regno Unito e in Scandinavia. Cuba e Cina hanno essenzialmente eliminato il settore privato⁶².

Un tema generale dell'analisi marxista è che il settore privato prosciuga le risorse del sistema pubblico e il tempo di lavoro dei lavoratori della sanità a beneficio del profitto privato e a scapito dei pazienti che utilizzano il sistema pubblico. Questa struttura ha aiutato a spiegare alcuni dei problemi sorti nel Regno Unito⁶³ e in Cile⁶⁴, dove il settore privato ha continuato a persistere anche dopo l'istituzione del sistema sanitario nazionale. In questi paesi, i professionisti si sono trovati di fronte incentivi finanziari volti a incrementare la portata della pratica privata che hanno svolto spesso negli ospedali pubblici. Negli Stati Uniti, l'espansione degli investimenti pubblici nei programmi Medicare e Medicaid ha portato a un aumento delle sovvenzioni pubbliche agli studi privati e agli ospedali privati, nonché ad abusi di tali

⁶² H. Waitzkin, B. Waterman, *The exploitation of illness...*, cit.

⁶³ J. Robson, *The NHS company...*, cit.

⁶⁴ H. Modell, H. Waitzkin, *Medicine, socialism, and totalitarianism: Lessons from Chile*, in «N. Engl. J. Med.», 291, 1974, pp. 171-177; Id., *Medicine and socialism in Chile*, in «Berkeley J. Sociol.», 19, 1974, pp. 1-35.

programmi da parte dei professionisti⁶⁵. Problemi simili hanno indebolito altri programmi di sanità pubblica. Questi programmi solitamente sono finanziati con tassazione regressiva, ponendo i contribuenti a basso reddito in una posizione di svantaggio relativo⁶⁶. Analogamente, le carenze delle assicurazioni *Blue Cross* e *Blue Shield* sono derivate ampiamente dal fallimento del controllo delle agenzie pubbliche che avrebbero dovuto monitorare i pagamenti dei professionisti e degli ospedali del settore privato⁶⁷. Quando sono state varate, le assicurazioni nazionali hanno usato fondi pubblici per rinforzare il settore privato, garantendo pagamenti agli ospedali e ai medici permettendo alle compagnie private di mantenere il loro ruolo⁶⁸. Dappertutto negli Stati Uniti i problemi della contraddizione tra pubblico e privato cominciano a diventare acuti. In molte città gli ospedali pubblici subiscono pesanti tagli, chiusure, oppure vengono trasformati in strutture private. Questa tendenza accentua le difficoltà per i pazienti più poveri di trovare cure adeguate⁶⁹. Inoltre rafforza la tendenza degli ospedali privati a «rifilare» i pazienti più poveri alle istituzioni pubbliche⁷⁰.

14. Funzioni generali dello stato nel sistema sanitario

Le funzioni dello stato nell'ambito del sistema sanitario sono cresciute in termini di portata e complessità. In primo luogo, attraverso il sistema sanitario lo stato agisce per legittimare il sistema economico capitalistico basato sull'impresa privata⁷¹. La storia della sanità pubblica e dei programmi di welfare mostrano

⁶⁵ H. Waitzkin, B. Waterman, *The exploitation of illness...*, cit.

⁶⁶ T. Bodenheimer, *Health care in the US...*, cit.

⁶⁷ S. Law, *Blue Cross: What Went Wrong*, Yale University Press, New Haven 1976.

⁶⁸ H. Waitzkin, B. Waterman, *The exploitation of illness...*, cit.; L. Lander, *National Health Insurance...*, cit.

⁶⁹ E. Blake, T. Bodenheimer, *Closing the doors to the poor*, Health Policy Advisory Center, San Francisco 1975.

⁷⁰ M.I. Roemer, J.A. Mera, «Patient dumping» and other voluntary agency contributions to public agency problems, in «Med. Care», 11, 1973, pp. 30-39.

⁷¹ V. Navarro, *Social class, political power and the state and their implications in medicine*, in «Soc. Sci. Med.», 10, 1976, pp. 437-457; M. Renaud, *On the structural constraints to state intervention in health*, in «Int. J. Health Serv.», 5, 1975, pp. 559-571.

che le spese dello stato aumentano durante i periodi di agitazione sociale e calano quando le agitazioni si diradano⁷². Recentemente una Commissione del Congresso ha raccolto i risultati di un sondaggio che hanno fatto scoprire un profondo livello di insoddisfazione dei cittadini rispetto al governo e particolarmente rispetto al ruolo centrale che l'interesse aziendale ricopre nelle politiche del governo: «i cittadini che pensano ci sia qualcosa di profondamente sbagliato nel loro paese sono diventati la maggioranza [...] e per la prima volta nel corso dei dieci anni di monitoraggio dell'opinione pubblica attraverso l'*Harris Survey*, risulta crescente in più della metà degli americani la disillusione rispetto al governo»⁷³. In base a queste circostanze lo stato intende rispondere espandendo i programmi di welfare in ambito sanitario e in altri ambiti. Queste riforme limitano, almeno in parte, la crisi di legittimità del sistema capitalista ricostruendo l'idea che il sistema può conciliarsi con i bisogni elementari della popolazione. L'attenzione della politica rispetto alle assicurazioni sanitarie negli Stati Uniti si ripropone ciclicamente seguendo un andamento parallelo a quello dell'insoddisfazione popolare⁷⁴. I recenti tagli al sistema sanitario pubblico per i pazienti a basso reddito avvengono in seguito al declino - avvenuto dagli anni '60 in poi - delle proteste sociali da parte di gruppi con basso reddito. La seconda maggiore funzione che lo stato svolge nel sistema sanitario è di proteggere e rinforzare il settore privato in modo diretto. Come notato in precedenza, la maggior parte dei piani relativi alle assicurazioni nazionali lasciano un ruolo preminente e grandi margini di profitto per le assicurazioni private, particolarmente nell'amministrazione dei pagamenti, nella

⁷² F.F. Piven, R.A. Cloward, *Regulating the poor*, Vintage, New York 1971; H. E. Sigerist, *Landmarks in the History of Hygiene*, Oxford University Press, London 1956.

⁷³ Committee on Government Operations, United States Senate, *Confidence and concern: citizens view American government: A survey of public attitudes*, Government printing Office, Washington. D.C. 1973.

⁷⁴ V. Navarro, *Social class, political power...*, cit.

conservazione degli atti e nel trattamento dei dati⁷⁵. Il finanziamento da parte dello stato della partecipazione delle aziende alle nuove iniziative in ambito sanitario (organizzazioni per l'assistenza sanitaria, programmi di screening preventivo, informatizzazione del PSRO⁷⁶, sviluppo di algoritmi e protocolli per la formazione para-professionale, materiali audiovisivi per il programma di educazione dei pazienti) garantisce a queste ultime maggiori fonti per allargare i profitti⁷⁷.

Una terza (e sottile) funzione dello stato è di rinforzare strutture dominanti nella medicina clinica e scientifica in accordo con il sistema economico capitalistico e con la soppressione di strutture che possano minacciare il sistema. Il governo degli Stati Uniti ha procurato fondi generosi per la ricerca sulla fisiopatologia e il trattamento di malattie specifiche. Come hanno riconosciuto alcune critiche nate all'interno dello stesso governo, questo approccio centrato sulla malattia ha ridotto il livello di analisi all'organismo individuale e, spesso in modo inappropriato, ha stimolato una ricerca monofattoriale della patologia, al posto di approcci multifattoriali⁷⁸. Più recentemente, ha ricevuto molta attenzione da parte delle agenzie statali negli Stati Uniti e in Canada lo «stile di vita» come causa di malattie⁷⁹. Chiaramente le differenze individuali nei comportamenti influiscono sulla salute in tutte le società. D'altro canto, l'argomento dello «stile di vita» ancora più della precedente enfasi su una causa specifica,

⁷⁵ H. Waitzkin, B. Waterman, *The exploitation of illness...*, cit.; L. Lander, *National Health Insurance...*, cit.; R. Fein, *The new national health spending policy*, in «N. Engl. J. Med.», 290, 1974, pp. 137-140.

⁷⁶ Professional Standards Review Organizations (NdT).

⁷⁷ J.W. Salmon, *Health maintenance...*, cit.; Id., *Health maintenance organization strategy: a corporate takeover of health service*, in «Int. J. Health Serv.», 5, 1975, pp. 609-624.

⁷⁸ D.S. Greenberg, *Report of the President's Biomedical Panel and the old days at FDA*, in «N. Engl. J. Med.», 294, 1976, pp. 1245-1246.

⁷⁹ I. Illich, *Medical Nemesis...*, cit.; V.R. Fuchs, *Who Shall Live? Health, economics and social choice*, Basic Books, New York 1974; L.S. White: *How to improve the nation's health*, in «N. Engl. J. Med.», 293, 1975, pp. 773-774; G. Ford, *State of the Union Message*, Government Printing Office, Washington, D.C. 1976; M. Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians*, Information Canada, Ottawa 1974.

oscura le importanti cause di malattie e disabilità nel processo lavorativo e nell'ambiente industriale; questo argomento inoltre fa gravare la responsabilità della malattia direttamente sull'individuo, anziché cercare soluzioni collettive al problema⁸⁰. I problemi che lo stato ha minimizzato nei suoi programmi di ricerca e sviluppo sono degni di nota. Ad esempio, basandosi sui dati disponibili, è stato stimato che nelle società occidentali industrializzate i fattori ambientali sono coinvolti approssimativamente nell'eziologia dell'80% di tutti i tumori⁸¹. Nella sua riunione su «salute e lavoro in America» l'American Public Health Association nel 1975 ha prodotto una documentazione esaustiva sui più diffusi cancerogeni professionali⁸². Un report della task force del Department of Health, Education and Welfare sul «Lavoro in America», pubblicato dalla stampa non governativa nel 1973, ha riportato: «In un notevole studio di 15 anni sull'invecchiamento, il principale indicatore di longevità è la soddisfazione del lavoro. Il secondo maggior indicatore è la "felicità" complessiva... Altri fattori sono indubbiamente importanti - la dieta, l'esercizio, le cure mediche e il patrimonio genetico. Ma i risultati della ricerca suggeriscono che questi fattori sono responsabili del 25 per cento dei fattori di rischio nelle malattie cardiache, la causa maggiore di morte...»⁸³. Queste scoperte minacciano l'attuale organizzazione della produzione capitalistica. Queste hanno ricevuto poca attenzione o supporto dalle agenzie statali. Un contesto operativo volto a chiarire la connessione diretta tra la struttura del capitalismo e le malattie è fortemente disincentivato dallo stato.

⁸⁰ V. Navarro, *The industrialization of fetishism or the fetishism of industrialization: a critique of Ivan Illich.*, in «Soc. Sci. Med.», 9, 1975, pp. 351-363; H. Waitzkin, *Recent studies in medical sociology: the new reductionism*, in «Contemp. Sociol.», 5, 1976, pp. 401-405;

⁸¹ J. Higginson, *Developments in cancer prevention through environmental control*, in C. Maltoni (a cura di), *Cancer Detection and Prevention*, vol. II, American Elsevier, New York 1974, pp. 3-18.

⁸² American Public Health Association, *Chart Book. Health and Work in America*, The Association, Washington, D.C. 1975.

⁸³ Special Task Force to The Secretary of Health, Education and Welfare, *Work in America*, MIT Press, Cambridge 1973, pp. 73-79.

15. Meccanismi e limiti dell'intervento statale

L'intervento statale va incontro ad alcuni limiti strutturali. Sintetizzando e semplificando, questi limiti restringono l'intervento statale a politiche e programmi che non confliggono in modo fondamentale con i processi economici capitalistici basati sul profitto privato o con gli interessi concreti della classe capitalista durante specifici periodi storici. I «meccanismi di selezione negativa» sono forme di intervento statale che escludono innovazioni o attività che confliggono con il sistema capitalistico⁸⁴. Per esempio, gli enti statali potrebbero varare norme sulla salute dei lavoratori e rafforzare i regolamenti. Se anche ciò avvenisse, tali riforme non raggiungerebbero mai un livello così rigoroso da interferire con lo sfruttamento dei diversi settori. Né si verificherebbe in misura maggiore la nazionalizzazione di quelle industrie responsabili per le malattie professionali o ambientali⁸⁵. La selezione negativa riguarda anche la possibilità di nazionalizzare il sistema sanitario nel suo complesso. Nella maggior parte delle società capitalistiche, lo stato generalmente si è opposto a cambiamenti strutturali che potevano invadere la medicina privata; il controllo privato della maggior parte degli ospedali; e la possibilità di trarre profitto dalle dotazioni mediche e dai farmaci; le assicurazioni e altre industrie operanti nel sistema sanitario. Mentre esclude la nazionalizzazione attraverso la selezione negativa, lo stato promuove riforme che dovrebbero controllare gli eccessi in ciascuno di questi ambiti, mantenendo la legittimazione di tutto il sistema. Un esempio di «selezione negativa» sono le delibere del Congresso degli Stati Uniti che escludono sistematicamente un sistema sanitario nazionale (in opposizione all'assicurazione sanitaria nazionale) che possa

⁸⁴ C. Offe, *Advanced capitalism ...*, cit.; Id., *The theory of the capitalist state...*, cit.

⁸⁵ V. Navarro, *Social class, political power...*, cit.

mettere in dubbio l'appropriatezza della pratica medica o portare alla nazionalizzazione degli ospedali⁸⁶. Un altro esempio è la regolamentazione dei farmaci e delle compagnie assicurative; al di là di vaghi effetti, la regolamentazione dello stato esclude la proprietà pubblica di queste industrie.

Lo stato utilizza anche il «meccanismo di selezione positivo», attraverso politiche di promozione del sistema delle imprese private e degli interessi del capitale⁸⁷. La selezione positiva di riforme finanziarie come quelle sulla assicurazione per la salute, per esempio, contrasta bruscamente con l'esclusione di riforme organizzative che possano cambiare le intere strutture economiche e politiche del sistema attuale⁸⁸.

16. *Ideologia medica*

L'ideologia consiste in una serie interconnessa di idee e dottrine che formano la prospettiva peculiare di un determinato gruppo sociale. Marx ha introdotto una distinzione tra due livelli di struttura sociale. La «struttura», o «base economica», comprende i rapporti concreti della produzione economica; la classe sociale, caratterizzata dalla proprietà e/o controllo dei mezzi di produzione è la prima componente della struttura. D'altro canto, la «sovrastuttura» include istituzioni giuridiche e di governo, e l'ideologia dominante in uno specifico periodo storico⁸⁹. Gli eventi della storia, nella prospettiva marxista, sorgono principalmente dalle forze economiche; questa «determinazione economica» fornisce un primato causale alla sfera della produzione e del conflitto di classe. Quindi, la struttura economica determina in generale le specifiche caratteristiche della sovrastuttura. L'ideologia e le altre componenti della sovrastuttura, comunque, contribuiscono a

⁸⁶ Community Health Alternatives Project, *Model Legislation for a National Community Health Service*, Institute for Policy Studies, Washington, D.C. 1975.

⁸⁷ C. Offe, *Advanced capitalism ...*, cit.; Id., *The theory of the capitalist state...*, cit.

⁸⁸ V. Navarro, *Social class, political power...*, cit.

⁸⁹ K. Marx, *A Contribution to the Critique of Political Economy...*, cit.

riprodurre e sostenere le relazioni sociali di produzione, e specialmente, gli schemi di dominio⁹⁰. L'analisi marxista evidenzia la sottile «egemonia ideologica» con cui le istituzioni della società civile (scuole, chiese, famiglia e molte altre) promuovono idee e credenze che supportano lo stato di cose esistente⁹¹; gli «apparati ideologici» che la classe capitalista usa per conservare il proprio potere⁹²; e le caratteristiche ideologiche della scienza moderna che legittima le decisioni di politica sociale prese da «esperti» a tutela degli interessi della classe dominante⁹³.

Insieme ad altre istituzioni come il sistema educativo, la famiglia, i mass media, le organizzazioni religiose, la medicina promuove una ideologia che contribuisce a mantenere e riprodurre la struttura di classe e gli schemi di dominio. Gli elementi ideologici della medicina non sminuiscono in nessun modo i tentativi degli individui che utilizzano metodi correntemente accettati nel lavoro clinico e nella ricerca. Nondimeno l'ideologia medica, se analizzata come parte dell'ampia sovrastruttura sociale, rivela un ampio spettro di ramificazioni che stanno dietro alla medicina stessa⁹⁴. Recenti studi hanno identificato numerosi componenti della moderna ideologia medica.

17. *Squilibri dell'omeostasi biologica come equivalente dei guasti alle macchine*

La scienza medica moderna vede l'organismo umano in maniera meccanicistica. La formazione avanzata dei professionisti permette di individuare cause specifiche e trattamenti per i disturbi fisici. La visione meccanicistica del corpo umano devia l'attenzione

⁹⁰ F. Engels, *The Origin of the Family, Private Property and the State* (1891), International, New York 1942; K. Marx, *Capital* (1894), vol. III, Progress Publishers, Moscow 1971.

⁹¹ A. Gramsci, *Selections...*, cit.; C. Boggs, *Gramsci's Marxism*, Urizen, New York 1976, pp. 36-54.

⁹² L. Althusser, *Lenin and philosophy...*, cit.

⁹³ J. Habermas, *Toward a Rational Society*, Beacon, Boston 1970, pp. 81-122.

⁹⁴ R.M. Young, *Evolutionary biology and ideology: then and now*, in W. Fuller (a cura di), *The Biological Revolution*, Garden City, Anchor, New York 1971.

dall'origine multifattoriale delle malattie, specialmente di quelle che hanno a che fare col processo lavorativo, con l'ambiente, o lo stress sociale. Questo rinforza una ideologia generale che attribuisce una valutazione positiva alla tecnologia sotto il controllo specialistico⁹⁵.

18. La malattia è un problema dell'essere umano individuale

Il modello monofattoriale della malattia contiene assunti riduzionistici, perché si focalizza sull'individuo più che sulle condizioni sociali favorevoli allo sviluppo delle malattie. Recentemente un approccio riduzionista come questo ha voluto spiegare la malattia principalmente legandola allo stile di vita. In entrambi i casi, la responsabilità per la malattia e per la cura è riposta a un livello individuale più che a un livello collettivo. In questo senso la scienza medica non offre alcuna valutazione critica di base della struttura di classe e dei rapporti di produzione nemmeno nelle loro implicazioni per la salute e la malattia⁹⁶.

19. La scienza consente il controllo razionale dell'essere umano

Le scienze naturali hanno consentito un grande controllo sulla natura. In maniera simile, è spesso assunto che la medicina moderna, correggendo gli errori degli individui, può aumentare la loro controllabilità. La ricerca per una forza lavoro affidabile è stata una delle motivazioni che sono alla base del finanziamento della medicina da parte degli interessi economici capitalisti⁹⁷. L'emissione di certificati medici di malattia storicamente si

⁹⁵ H. Berliner, *Notes on the historical precursors...*, cit.; V. Navarro, *Social class, political power...*, cit.; A. Gorz, *Technical intelligence and the capitalist division of labor*, in «Telos», 12, Summer 1972, pp. 27-41; H. Berliner, *Emerging ideologies in medicine*, in «Rev. Radical Polit. Econ.», 8, Spring 1977, pp. 116-124.

⁹⁶ V. Navarro, *Social class, political power...*, cit.; H. Berliner, *Emerging ideologies...*, cit.

⁹⁷ E.R. Brown, *Rockefeller Medicine Men...*, cit.; Id., *Public health in imperialism...*, cit.

espande e si contrae adattandosi al bisogno di forza lavoro dell'industria⁹⁸. Pertanto, la medicina contribuisce al governo razionale della società, e i principi del management sono applicati all'organizzazione del sistema sanitario⁹⁹.

20. Molte sfere della vita sono appropriate per il management medico

Questa assunzione ideologica conduce a un'espansione della funzione di controllo sociale della medicina. Molti comportamenti che non sono conformi alle norme della società diventano gestibili da parte dei professionisti della salute. La «medicalizzazione della devianza» e il ruolo dei lavoratori della salute come agenti del controllo sociale ha ricevuto una attenzione critica¹⁰⁰. La gestione medica delle difficoltà comportamentali come l'ipercinesia e l'aggressività spesso coincide con i tentativi di trovare specifiche lesioni fisiche associate a questi comportamenti¹⁰¹. Storicamente, la funzione di controllo sociale della medicina si è ampliata in periodi di proteste sociali o di repentini cambiamenti sociali¹⁰².

⁹⁸ B. Ehrenreich, J. Ehrenreich, *Health care and social control*, in «Soc. Policy», 5, 1974, pp. 26-40; B. Ehrenreich, D. English, *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*, Feminist press, Old Westbury, New York 1973.

⁹⁹ E. Krause, *Health planning...*, cit.; Id., *The political context of health...*, cit.; Id., *Power and Illness...*, cit.

¹⁰⁰ I. Illich, *Medical Nemesis...*, cit.; H. Waitzkin, B. Waterman, *The exploitation of illness...*, cit.; I.K. Zola, *Medicine as an institution of social control*, in «Sociol. Rev.», 20, 1972, pp. 487-504; Id., *In the name of health and illness: on some socio-political consequences of medical influence*, in «Soc. Sci. Med.», 9, 1975, pp. 83-87; J.B. McKinlay, *On the professional regulation of change*, in «Sociol. Rev.», 20, 1973, pp. 61-84; R.C. Fox, *The medicalization and demedicalization of American society*, in «Daedalus», 106, 1977, pp. 9-22; S.J. Pfohi, *The «discovery» of child abuse*, in «Soc. Problems», 24, 1977, pp. 310-323.

¹⁰¹ D. Divoky, P. Schrag, *The myth of the hyperactive child*, Pantheon, New York 1976; P. Conrad, *The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior*, in «Soc. Problems», 23, 1975, pp. 12-21; P. Conrad, *Identifying Hyperactive Children: the medicalization of deviant behavior*, Health, Lexington, Massachusetts 1976; L. Miller, *Genetic disease and social pathology*, in «Ethics Sci. Med.», 4, 1977, pp. 29-50; J. Beckwith, L. Miller, *Behind the mask of objective science*, in «The Sciences (New York)», Nov-Dec 1976, pp. 16-19, 29-31.

¹⁰² H. Waitzkin, *Latent functions of the sick role in various institutional settings*, in «Soc. Sci. Med. », 5, 1971, pp. 45-75.

21. *La scienza medica: esoterica ed eccellente*

In base a questi principi ideologici, la scienza medica richiede conoscenze avanzate e standard di eccellenza sia nella ricerca che nella pratica. Poiché la conoscenza scientifica è esoterica, un gruppo di professionisti tende a mantenere posizioni di élite. Le persone comuni, sprovviste di questa conoscenza, sono dipendenti dai professionisti per interpretare i dati medici. Il sistema sanitario, pertanto, riproduce schemi di dominio grazie a «esperti» sui posti di lavoro, nel governo e in altre aree della vita sociale¹⁰³. L'ideologia dell'eccellenza aiuta a giustificare questi pattern sebbene la qualità di molte ricerche e pratiche mediche sia ben lontana dall'eccellenza; questa contraddizione è stata recentemente caratterizzata come «l'inganno eccellente» in medicina¹⁰⁴. Ironicamente, una simile ideologia dell'eccellenza ha giustificato l'emergere di nuove gerarchie di classe basate sulla competenza in alcuni paesi, come l'Unione Sovietica, che hanno subito una rivoluzione socialista. Altri paesi, come la Repubblica Popolare Cinese, hanno cercato di superare questi assunti ideologici e sviluppare una meno esoterica «medicina popolare»¹⁰⁵.

Gli studi sull'ideologia medica si sono concentrati sulle dichiarazioni pubbliche di leader della professione (esprese in riviste professionali o tramite i mass media) nonché dei funzionari statali e aziendali le cui organizzazioni regolano o finanziano attività mediche¹⁰⁶. Comunque, i professionisti della salute esprimono messaggi ideologici nella relazione medico-paziente¹⁰⁷. La

¹⁰³ G. Markowitz, *Doctors in crisis: a study of the use of medical education reform to establish modern professional elitism in medicine*, in «Am. Q.», 25, 1973, pp. 83-107; E. Freidson, *Professional Dominance*, Atherton, New York 1970.

¹⁰⁴ H.R. Holman, *The «excellence» deception in medicine*, in «Hosp. Pract. », 11, Apr. 1976, pp. 11-21.

¹⁰⁵ *Science for the People, Science walk on two legs*, Avon, New York 1974.

¹⁰⁶ C. Harrington, *Medical ideologies in conflict*, in «Med. Care», 13, 1975, pp. 905-914.

¹⁰⁷ B. Ehrenreich, J. Ehrenreich, *Health care and social control...*, cit.; I. K. Zola, *In the name of health and illness...*, cit.

trasmissione di messaggi ideologici dal medico al paziente è attualmente oggetto di alcune ricerche empiriche¹⁰⁸.

22. Confronto tra i sistemi sanitari

Gli studi marxisti si sono concentrati su tre argomenti relativi al tema: imperialismo, transizione al socialismo e contraddizioni della riforma capitalistica.

Sanità e imperialismo

L'imperialismo può essere definito come l'espansione del capitale al di fuori dei confini nazionali, e comprende anche gli effetti sociali, politici ed economici di questa espansione. L'imperialismo ha fatto raggiungere importanti risultati alle nazioni che dominano a livello economico. La critica marxista si è occupata delle imprese imperialistiche dei paesi capitalisti avanzati e delle superpotenze socialiste (soprattutto l'«imperialismo sociale» dell'URSS)¹⁰⁹. La sanità ha svolto un ruolo importante in diverse fasi dell'imperialismo. Una caratteristica fondamentale dell'imperialismo è l'estrazione di materie prime e capitale umano, che si spostano dai paesi del Terzo Mondo ai paesi economicamente dominanti. Navarro¹¹⁰ ha analizzato come il «sottosviluppo della salute» nel Terzo Mondo derivi inevitabilmente da questa espoliamento di risorse umane e naturali. L'estrazione di ricchezza limita fortemente le possibilità per i paesi sottosviluppati di sviluppare un sistema sanitario. Molti dei paesi del Terzo Mondo accusano una perdita netta di operatori sanitari che migrano verso

¹⁰⁸ H. Waitzkin, J.D. Stoeckle, *The communication of information about illness: clinical sociological and methodological consideration*, in «Adv. Psychosom. Med.», 8, 1972, pp. 180-215; H. Waitzkin, J.D. Stoeckle, *Information control and the micropolitics of health care: summary of an ongoing research project*, in «Soc. Sci. Med. », 10, 1976, pp. 263-276.

¹⁰⁹ V. Navarro, *Social Security and Medicine in USSR...*, cit.; V.I. Lenin, *Imperialism: The Highest stage of Capitalism*, International, New York 1939; H. Magdoff, *The age of imperialism: the economics of U.S. Foreign Policy*, Monthly Review Press, New York 1969.

¹¹⁰ V. Navarro, *The underdevelopment of health or the health of underdevelopment: an analysis of the distribution of human health resources in Latin America*, in «Politics Soc.», 4, 1974, 267-293.

paesi più ricchi, dopo una costosa formazione nei loro paesi di origine. I lavoratori emigrati vengono impiegati da aziende multinazionali e vanno incontro a un alto rischio di malattie professionali¹¹¹.

L'imperialismo agevola la ricerca delle aziende di forza lavoro a buon mercato. L'efficienza dei lavoratori fu uno degli obiettivi più importanti dei programmi di salute pubblica promossi all'estero, soprattutto in America Latina e in Asia, dai filantropi legati a doppio filo con le industrie in espansione degli Stati Uniti¹¹². Inoltre, i programmi di controllo della popolazione avviati dagli Stati Uniti e altre potenze dominanti hanno cercato di inserire maggiore forza lavoro femminile¹¹³.

Una delle spinte dell'imperialismo è la creazione di nuovi mercati per i prodotti manifatturieri delle nazioni dominanti e venduti nel Terzo Mondo. Questo processo, che aumenta l'accumulazione di capitale delle aziende multinazionali, è chiaro come non mai nelle industrie farmaceutiche e di prodotti medicali¹¹⁴. Il carattere monopolistico di queste industrie, così come l'impatto istupidente che la tecnologia importata ha generato sulla ricerca e lo sviluppo locali, ha condotto alla promozione di formulari nazionali per farmaci e apparecchiature in diversi paesi¹¹⁵.

L'imperialismo rinforza le relazioni internazionali di classe, e la medicina contribuisce a questo fenomeno¹¹⁶. Come negli Stati Uniti, i professionisti del settore medico del Terzo Mondo provengono molto

¹¹¹ R.H. Elling, *Industrialization and occupational health in underdeveloped countries*, in «Int. J. Health Serv.», 7, 1977, pp. 209-235.

¹¹² E. R. Brown, *Public health in imperialism...*, cit.; P. J. Donaldson, *Foreign intervention in medical education...*, cit.

¹¹³ B. Mass, *Population Target: The political economy of population control in Latin America*, Latin America Working Group, Toronto 1976; R.M. Park, *Not better lives, just fewer people: the ideology of population control*, in «Int. J. Health Serv.», 4, 1974, pp. 691-700.

¹¹⁴ M. Silverman, *The drugging...*, cit.; S. Lall, *Medicines and multinationals...*, cit.

¹¹⁵ J. Katz, *Oligopolio, Firms Nacionales y Empresas Multinacionales*, Siglo Veintiuno, Buenos Aires 1974; Rios: *EL escandalo de Las Medicinas*, EM, Mexico City 1977.

¹¹⁶ N. Poulantzas, *Classes in Contemporary Capitalism...*, cit.; S.J. Rosenberg, T. Bamat, *Imperialism and the state*, in «Insurgent Sociologist», 7, 1977, pp. 3-8.

spesso da famiglie dal reddito elevato. Anche quando ciò non si verifica, frequentemente guardano alla medicina come un ascensore sociale. Di conseguenza, i medici tendono ad allinearsi con la classe capitalista - «la borghesia nazionale» - dei paesi del Terzo Mondo. Spesso sostengono anche legami di cooperazione tra la classe capitalista locale e quella dei paesi dominanti. La posizione di classe dei professionisti del settore medico li spinge a resistere al cambiamento sociale che possa minare la struttura di classe, sia a livello nazionale che a livello internazionale. Modelli simili sono emersi in alcune società post-rivoluzionarie. Nell'URSS la nuova posizione di classe dei professionisti, basata sull'esperienza, li ha indotti ad agire come un gruppo relativamente conservatore nei periodi di cambiamento sociale¹¹⁷. Tendenze elitiste nella Cuba post-rivoluzionaria hanno ricevuto critiche da studiosi marxisti¹¹⁸. Studi di diversi paesi hanno analizzato la relazione tra classe, imperialismo e la «resistenza professionale» al cambiamento¹¹⁹. Solitamente l'imperialismo ha utilizzato la conquista militare diretta; recentemente gli operatori sanitari hanno assunto ruoli militari o paramilitari in Indocina e Nord Africa¹²⁰. Le istituzioni sanitarie hanno svolto un ruolo di supporto

¹¹⁷ V. Navarro, *Social Security and Medicine in USSR...*, cit.

¹¹⁸ Id., *Health services in Cuba: an initial appraisal*, in «N. Engl. J. Med. », 287, 1972, pp. 954-959; Id., *Health, health services and health planning in Cuba*, in «Int. J. Health Serv.», 2, 1972, pp. 397-432.

¹¹⁹ H. Modell, H. Waitzkin, *Medicine, socialism, and totalitarianism...*, cit.; Id., *Medicine and socialism in Chile...*, cit.; V. Navarro, *Health services in Cuba: an initial appraisal...*, cit.; Id., *Health, health services and health planning in Cuba...*, cit.; Id., *What does Chile mean? An analysis of events in the health sector before, during and after Allende's administration*, in «Milbank Mem. Fund.», 52, 1974, pp. 93-130; H. Modell, H. Waitzkin, *Socialism and health care in Chile*, in «Monthly Rev.», 27, May 1975, pp. 29-40; R. Belmar, V.W. Sidel, *An international perspective on strikes and strike threats by physicians: the case of Chile*, in «Int. J. Health Serv.», 5, 1975, pp. 53-64; APHA Task Force On Chile, *History of the health care system in Chile*, in «Am. J. Public Health», 67, 1977, pp. 31-36.

¹²⁰ R. Liberman, W. Gold, V.W. Sidel, *Medical ethics and the military*, in «New Physician», 11, 1968, pp. 299-309; H. Levy, *Bringing the war back home*, in «Health PAC Bull.», April 1970, 1-8; F. Fanon, *A Dying Colonialism*, Grove, New York 1967.

e *intelligence* per la contro-insurrezione in America Latina e Asia¹²¹.

Sanità e transizione al socialismo

Il numero di nazioni nelle quali è in corso una rivoluzione socialista è aumentato notevolmente negli ultimi anni, particolarmente in Asia e Africa, come in parte dell'America Latina, dei Caraibi e dell'Europa meridionale. Il socialismo non è la panacea. Diversi problemi sono sorti in tutti paesi che hanno attraversato una rivoluzione socialista. Le contraddizioni emerse nella maggior parte dei paesi post-rivoluzionari preoccupano molto i marxisti; queste contraddizioni sono state oggetto di analisi e dibattiti.

D'altro canto, il socialismo può produrre notevoli trasformazioni nell'organizzazione del sistema sanitario per ciò che riguarda la nutrizione, l'igiene, la qualità degli alloggi e di altri servizi. Questi cambiamenti possono condurre a notevoli miglioramenti per la salute. L'andamento di morbilità e mortalità in paesi come Cina e Cuba dopo la rivoluzione è ben noto¹²². La transizione al socialismo in tutti i casi ha comportato una riorganizzazione del sistema sanitario, potenziando la distribuzione delle cure e il personale. Gruppi politici locali di comunità, di quartiere e sui posti di lavoro si sono assunti la responsabilità di promuovere programmi di educazione alla salute e per la prevenzione. La lotta di classe continua durante la transizione al socialismo. Durante il breve

¹²¹ C. Rack, *U.S. medical research abroad*, in «Sci. for the People», 9, Jan-Feb 1977, pp. 20-26.

¹²² V. Navarro, *Health services in Cuba: an initial appraisal...*, cit.; Id., *Health, health services and health planning in Cuba...*, cit.; S. Guttmacher, R. Danielson, *Changes in Cuban Health Care: an argument against technological pessimism*, in «Int. J. Health Serv.», 7, 1977, pp. 383-400; R. Danielson, *Cuban medicine*, Transaction Books, New Brunswick, New Jersey 1979; J.S. Horn, *Away with all pests...* cit., V.W. Sidel, R. Sidel, *Serve the people: observations of Medicine in the People's Republic of China*, Beacon, Boston 1973; J.Z. Powers, E.F. Purcell (a cura di), *Medicine and society in China*, Macy, New York 1974; C.P. Wen, C.W. Hays, *Medical education in China in the Postcultural Revolution era*, in «N. Engl. J. Med. », 292, 1975, pp. 998-1006; T.O. Cheng, L. Axelrod, A. Leaf, *Medical education and practice in People's Republic of China*, in «Ann. Intern. Med. », 83, 1975, pp. 716-724; V.W. Sidel, R. Sidel, *A Healthy State*, Pantheon, New York 1977.

periodo del governo socialista in Cile, molti professionisti si opposero alla democratizzazione delle istituzioni sanitarie e supportarono la classe capitalista che governava precedentemente (e poi in seguito) il paese¹²³. Paesi come la Cina e Cuba hanno distrutto la base principale della divisione in classi: la proprietà privata dei mezzi di produzione. Però come accennato in precedenza, sono emerse nuove relazioni di classe basate sulla differenziazione delle competenze. I professionisti del settore sanitario ricevono salari molto alti e mantengono un livello alto di prestigio e autorità. Un obiettivo della Rivoluzione culturale cinese fu la lotta contro i nuovi specialisti ed esperti che svilupparono un grande potere nel sistema sanitario e altrove nella società¹²⁴. Altri paesi, Cuba inclusa, non si sono confrontati con queste nuove relazioni di classe direttamente¹²⁵. Il miglioramento dell'assistenza sanitaria resta legato al livello di sviluppo economico generale. In alcune nazioni africane, per esempio, la grande povertà intralcia inevitabilmente il cambiamento. Paesi come la Tanzania e il Mozambico hanno intrapreso una pianificazione sanitaria che lega le innovazioni in campo sanitario al livello di sviluppo economico generale¹²⁶.

Contraddizioni della riforma capitalistica

Pur mantenendo le caratteristiche essenziali dei sistemi economici capitalistici, diverse nazioni in Europa e Nord America hanno promosso riforme nei loro sistemi sanitari. Alcune riforme hanno

¹²³ H. Modell, H. Waitzkin, *Medicine, socialism, and totalitarianism...*, cit.; Id., *Medicine and socialism in Chile...*, cit.; V. Navarro, *What does Chile mean?...*, cit.; H. Modell, H. Waitzkin, *Socialism and health care in Chile...*, cit.; R. Belmar, V.W. Sidel, *An international perspective...*, cit.; APHA Task Force On Chile, *History of the health care...*, cit.

¹²⁴ J. Ehrenreich, *The Dictatorship...*, cit.; J.S. Horn, *Away with all pests...*, cit.

¹²⁵ V. Navarro, *Health, health services and health planning...*, cit.

¹²⁶ M. Segall, *The politics of health in Tanzania*, in *Toward Socialist Planning*, Tanzania Publishing House, Dar es Salaam 1972; M. Turshen, *The impact of colonialism on health and health services in Tanzania*, «Int. J. Health Serv.», 7, 1977, pp. 7-35; O. Gish, *Planning the health sector: the Tanzanian Experience*, Holmes and Meier, New York 1976; M. Segall, *Health and national liberation in the People's Republic of Mozambique*, in «Int. J. Health Service», 7, 1977, pp. 319-325.

prodotto effetti benefici che i *policy makers* vedono come possibile modello per gli Stati Uniti. Recenti studi marxisti, nonostante riconoscano numerose innovazioni, hanno rivelato contraddizioni che paiono inerenti alle riforme tentate all'interno dei sistemi capitalistici. Le conclusioni di questi studi non sono ottimistiche sul successo delle riforme proposte negli Stati Uniti. Il servizio sanitario nazionale inglese ha attirato un grande interesse. Seri problemi hanno bilanciato molti dei benefici innegabili che il sistema pubblico inglese ha raggiunto. Il principale di questi problemi è il manifestarsi sin dall'inizio di una dimensione professionale e aziendale. I luoghi chiave sono composti da professionisti di banche e manager legati direttamente o indirettamente alle industrie farmaceutiche e medicali¹²⁷. La contraddizione tra pubblico e privato, discussa precedentemente è alla base della contraddizione in diversi paesi che hanno istituito servizi sanitari nazionali o programmi di assicurazione universale. L'uso delle strutture pubbliche per la pratica privata ha generato diverse critiche rivolte al finanziamento pubblico delle imprese private. Nel Regno Unito, per esempio, questa preoccupazione (insieme a problemi organizzativi generali che hanno impedito una completa assistenza) è la principale motivazione per la recente riorganizzazione del sistema sanitario nazionale¹²⁸. In Cile, il tentativo di ridurre l'uso delle strutture pubbliche per la pratica privata ha portato allo scontro con le organizzazioni professionali dei medici¹²⁹. La contraddizione tra pubblico e privato continua a creare conflitto e limita il progresso quando i paesi istituiscono sistemi sanitari nazionali, mantenendo in piedi un forte settore privato.

I limiti dell'intervento dello stato diventano più chiari se

¹²⁷ J. Robson, *The NHS company, the social consequences...*, cit.; D.G. Gill, *The reorganization of the national service...*, cit.

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ H. Modell, H. Waitzkin, *Medicine, socialism, and totalitarianism...*, cit.; Id., *Medicine and socialism in Chile...*, cit.; R. Belmar, V.W. Sidel, *An international perspective...*, cit.

prendiamo come esempio il Québec e la Svezia. Entrambi hanno cercato di stabilire grandi programmi di assicurazione sanitaria, mantenendo il legame col settore privato e le aziende e accordi con aziende farmaceutiche e di prodotti medicali. Recenti studi hanno mostrato i limiti di queste riforme. È persistita una cattiva distribuzione sia del personale che delle strutture e i costi sono rimasti alti. I risultati delle riforme in Québec e in Svezia non vanno oltre la responsabilità dello stato di proteggere l'impresa privata¹³⁰. Questa osservazione conduce allo scetticismo circa le riforme sanitarie negli Stati Uniti che fanno affidamento sui meccanismi del mercato privato, e che non discutono le strutture nelle quali il sistema sanitario è situato¹³¹.

23. Epidemiologia storico-materialista

L'epidemiologia storico-materialista è un campo in rapida ascesa negli studi marxisti sulla sanità. I suoi antecedenti fanno riferimento alla ricerca classica di Engels¹³², di Virchow¹³³ e alla medicina sociale europea del diciannovesimo secolo. Definita in modo semplice, l'epidemiologia s-m. mette in relazione i tassi di mortalità e malattia con le strutture politiche, economiche e sociali della società¹³⁴. Questo campo analizza l'andamento delle patologie sul piano storico e le circostanze materiali specifiche in cui la gente vive e lavora. Questi studi cercano di superare

¹³⁰ M. Renaud, *On the structural constraints...*, cit.; V. Navarro, *National and regional health planning in Sweden*, DHEW Publication No. [NIH] 74-240, Government Printing Office, Washington, D.C. 1974.

¹³¹ H. Waitzkin, B. Waterman, *The exploitation of illness...*, cit.; V. Navarro, *A critique of the present and proposed strategies for redistributing resources in the health sector and a discussion of alternatives*, in «Med. Care», 12, 1974, pp. 721-742.

¹³² F. Engels, *The Condition...*, cit.

¹³³ R. Virchow, *Gesammelte Abhandlungen...*, cit.; Id., *Über den...*, cit.

¹³⁴ P. Schnall, *An introduction to historical materialist epidemiology*, in «Health Movement Organization», 2, 1977, pp. 1-9; G. Ziem, *Toward a historical materialist epidemiologic practice*, in «Health Movement Organization», 2, 1977, pp. 10-13; M. Turshen, *The political ecology of disease*, in «Rev. Radical Polit. Econ.», 8, Spring 1977, pp. 45-60.

l'ottica individuale di analisi per comprendere come le forze sociali determinano, almeno in parte, la salute e la malattia.

24. Classe sociale e cicli economici

Prove considerevoli indicano che l'incidenza e la prevalenza delle malattie mentali segue strettamente i periodi di crescita e recessione economica. Le relazioni sono complesse e differiscono in base alla classe sociale¹³⁵. Recenti studi hanno anche collegato i cicli economici, in particolare quelli che comportano l'espansione o la contrazione dell'occupazione, a tendenze generali di mortalità e morbilità tra le varie classi sociali e i gruppi di età¹³⁶.

25. Stress e organizzazione sociale

Le ricerche effettuate fino a ora sullo stress si sono focalizzate solitamente sul ciclo di vita dell'individuo o dell'unità familiare. L'epidemiologia storico-materialista sposta il livello di analisi allo stress dell'organizzazione sociale in relazione alla produzione capitalistica e all'industrializzazione¹³⁷. Il tasso di ipertensione, per esempio, aumenta consistentemente con la distruzione delle comunità stabili, con l'organizzazione gerarchica del lavoro e con la particolare pressione ad aumentare i ritmi di lavoro. Queste osservazioni si applicano ai paesi che hanno seguito lo sviluppo capitalistico e ai paesi socialisti che hanno avuto una industrializzazione molto rapida¹³⁸. Simili analisi per le malattie

¹³⁵ H. Brenner, *Mental illness and the economy*, Harvard University Press, Cambridge 1973.

¹³⁶ I. Waldron, J. Eyer, *Socioeconomics causes of the recent rise in death rates for 15-24 year olds*, in «Soc. Sci. Med.», 9, 1975, pp. 383-396; J. Eyer, *Prosperity as a cause of death*, in «Int. J. Health Serv.», 7, 1977, pp. 125-150.

¹³⁷ J. Eyer, P. Sterling, *Stress-related mortality and social organization*, in «Rev. Radical Polit. Econ.», 8, Spring 1977, pp. 1-44.

¹³⁸ J. Eyer, *Hypertension as a disease of modern society*, in «Int. J. Health Serv.», 5, 1975, pp. 530-558; H. Sherer, *Hypertension*, in «Health movement organization», 2, 1977, pp. 83-90.

cardiache¹³⁹, il cancro¹⁴⁰, il suicidio¹⁴¹, l'ansia¹⁴², sono attualmente in corso.

26. Lavoro e profitto

Gli studi marxisti in materia di sicurezza sul lavoro evidenziano le contraddizioni tra la redditività e le condizioni di salute nelle industrie capitalistiche¹⁴³. Ricerche specifiche hanno chiarito le condizioni in cui si generano le patologie sui posti di lavoro in particolare per quel che riguarda il mesotelioma¹⁴⁴, complicanze legate al cloruro di vinile¹⁴⁵, abuso di droghe¹⁴⁶, e incidenti¹⁴⁷. D'altra parte, l'analisi delle procedure in materia di sicurezza sul lavoro nei paesi socialisti ha mostrato che possono esserci rapidi miglioramenti quando il profitto privato è rimosso, in quanto disincentivante al cambiamento¹⁴⁸.

27. Sessismo

Gli studi di questo settore si focalizzano sulle interazioni tra genere, la struttura di classe e processi lavorativi. Le diverse esperienze lavorative di donne e uomini sono messe in relazione con

¹³⁹ P. Schnall, *An analysis of coronary heart disease using historical materialist epidemiology*, in «Health Movement Organization», 2, 1977, pp. 73-82; J.B. McKinlay, *A case for refocussing upstream - the political economy of illness, Applying Behavioral Science to Cardiovascular Risk*, American Heart Association Conference Preceedings, Seattle 1974.

¹⁴⁰ P. Schnall, *Economic and social causes of cancer*, in «Health movement organization», 2, 1977, pp. 61-71.

¹⁴¹ K. Hopper, S. Guttmacher, *Suicide*, in «Health movement organization», 2, 1977, pp. 32-56.

¹⁴² S. Embree, *Anxiety: the problem of change in capitalist society*, in «Health Movement Organization», 2, 1977, pp. 14-22.

¹⁴³ R.H. Elling, *Industrialization and occupational health ...*, cit.; D. Gaynor, *Materialist epidemiology applied to occupational health and safety*, in «Health Movement Organization», 2, 1977, pp. 23-28.

¹⁴⁴ D. Kotelchuck, *Prognosis negative...*, cit.

¹⁴⁵ D.H. Wegman, J.M. Peters, R.J. Jaeger, W.A. Burgess, L.I. Boden, *Vinyl chloride...*, cit.

¹⁴⁶ A.W. McCoy, *The politics of Heroin in Southeast Asia*, Harper & Row, New York 1972; D. Goldmacher, *Toward a material epidemiology of dope*, in «Health Movement Organization», 2, 1977, pp. 29-31.

¹⁴⁷ G. Stevenson, *Accidents - toward a material epidemiology of dope*, in «Health Movement Organization», 2, 1977, pp. 91-104.

¹⁴⁸ Science for the People, *Science walk on two legs...*, cit.; V. Nee, J. Peck, *China's Uninterrupted Revolution*, Pantheon, New York 1976.

il tasso di mortalità e con l'aspettativa di vita¹⁴⁹. Storicamente, l'uso delle strutture sanitarie da parte delle donne e il comportamento dei medici verso i problemi di salute delle donne sono stati fortemente influenzati dalla posizione di classe delle donne¹⁵⁰. Questa conclusione è evidente in modo particolare dalla storia del movimento per il controllo delle nascite¹⁵¹, diagnosi psichiatriche¹⁵², chirurgia ginecologica¹⁵³. I rischi che le donne affrontano come casalinghe¹⁵⁴ e come lavoratrici¹⁵⁵ attraggono oggi gran parte dell'attenzione. Un tema unificante in questo campo è quello dei limiti della medicina¹⁵⁶. L'epidemiologia tradizionale ricerca cause di mortalità e morbilità che possono essere soggette all'intervento del medico. Sebbene riconosca le conquiste delle tecniche tradizionali, l'epidemiologia storico-materialista ha trovato cause della malattia e della morte che derivano dall'intera struttura sociale ben oltre la portata della sola assistenza sanitaria.

28. *Health praxis*

La ricerca marxista promuove un altro messaggio basilare: la ricerca non è tutto. La «praxis», come è stata intesa nel corso della storia della scuola marxista, è l'unione disciplinata di pensiero e

¹⁴⁹ I. Waldron, *Why do women live longer than men?*, in «I. J. Hum. Stress», 2, Mar 1976, pp. 2-13; I. Waldron, S. Johnson, *Why do women live longer than man?*, in «I. J. Hum. Stress», 2, Jun 1976, pp. 19-31.

¹⁵⁰ B. Ehrenreich, D. English, *Complaints and Disorders...*, cit.

¹⁵¹ L. Gordon, *Woman's body, woman's right: A social history of birth control in America*, Viking, New York 1976.

¹⁵² K. J. Lennane, R.J. Lennane, *Alleged psychogenic disorders in women - A possible manifestation of sexual prejudice*, in «N. Engl. J. Med.», 288, 1973, pp. 288-292.

¹⁵³ G.J. Barker-Benfield, *The Horrors of the Half-Known Life: Male attitudes toward women and sexuality in Nineteenth Century America*, Harper & Row, New York 1976.

¹⁵⁴ C. Lopate, *Notes toward a study of housewives' diseases*, in «Health Movement Organization», 2, 1977, 57-60.

¹⁵⁵ V. Navarro, *Women in health care*, in «N. Engl. J. Med. », 292, 1975, pp. 398-402; A. Hricko, M. Brunt, *Working for your life: A Woman's guide to job health hazards*, University of California, Labor Occupational Health Program, Berkeley 1976.

¹⁵⁶ J. Powles, *On the Limitations...*, cit.

pratica, dello studio con l'azione¹⁵⁷. È importante considerare la strategia politica, specialmente per ciò che riguarda il sistema sanitario degli Stati Uniti.

29. Contraddizioni del «rattoppamento»

Gli operatori sanitari preoccupati per il progresso sociale incontrano dilemmi difficili nel loro lavoro quotidiano. I problemi dei loro pazienti spesso hanno radici nel sistema sociale. Gli esempi abbondano: tossicodipendenti e alcolisti che preferiscono lo stordimento al dolore della disoccupazione e all'inadeguatezza della loro condizione abitativa; persone con malattie professionali che richiedono una terapia, ma peggioreranno non appena torneranno alle condizioni poco sicure in cui svolgono il loro lavoro; persone con malattie cardiovascolari legate allo stress; persone anziane o disabili che necessitano certificazioni mediche periodiche per ottenere prestazioni sanitarie che sono scarsamente sufficienti; detenuti che si ammalano per le condizioni carcerarie¹⁵⁸. Gli operatori sanitari in genere si sentono costretti a rispondere a questi e simili tipi di bisogni espressi dai loro pazienti. Facendo questo, tuttavia, gli operatori sanitari si impegnano a «rattoppare». A livello individuale, quel rattoppamento permette ai pazienti di essere funzionali per un sistema sociale che spesso è la causa del loro stesso problema. A livello sociale, l'effetto cumulativo di questi interscambi è il rattoppamento di tutto il sistema sociale, i cui modelli di oppressione spesso causano disagio e infelicità alle persone. Il modello medico insegna agli operatori sanitari di assistere i pazienti singoli e distoglie da questo difficile e spaventoso dilemma¹⁵⁹. Le contraddizioni derivanti dal rattoppamento non hanno una soluzione semplice. Chiaramente gli

¹⁵⁷ A. Gramsci, *Selections...*, cit.

¹⁵⁸ H. Waitzkin, B. Waterman, *The exploitation of illness...*, cit.; A.C. Twaddle, *Utilization of medical services by a captive population: an analysis of sick call in a state prison*, in «J. Health Soc. Behav.», 17, 1976, pp. 236-248.

¹⁵⁹ H. Waitzkin, B. Waterman, *The exploitation of illness...*, cit.

operatori sanitari non negano i servizi ai loro pazienti, anche quando quel servizio rende possibile al paziente di continuare a partecipare a questo sistema sociale che è alla fonte delle patologie. D'altra parte, è importante tracciare questa connessione tra i problemi sociali e i problemi personali¹⁶⁰. Una *health praxis* dovrebbe collegare le attività cliniche agli sforzi per il cambiamento sociopolitico. L'analisi marxista ha chiarito alcune direzioni fruttuose per la strategia politica.

30. «Riforma riformista» vs. «riforma non-riformista»

Quando le condizioni sociali sono oppressive, le riforme paiono la soluzione più ragionevole. Tuttavia, la storia della riforma nei paesi capitalisti ha mostrato che le riforme molto spesso seguono la protesta sociale, apportano miglioramenti incrementali che non mutano gli schemi di oppressione e si riducono quando la protesta arretra. Quando la protesta arretra, non ci sono riforme. La *health praxis* comprende uno studio attento delle proposte di riforma e la difesa delle riforme che possono avere un impatto progressivo. Una distinzione sviluppata da Gorz¹⁶¹ chiarisce questo problema. Le «riforme riformiste» forniscono piccoli miglioramenti materiali pur lasciando immutate le strutture politiche ed economiche. Queste riforme possono ridurre il malcontento temporaneamente, mentre aiutano a conservare il sistema nella sua forma attuale: «una riforma riformista subordina gli obiettivi a un criterio di razionalità e praticabilità rispetto a un dato sistema [...essa] rigetta quegli obiettivi e quelle richieste – per quanto profonda ne sia la necessità – che non sono compatibili con il mantenimento del sistema».

Le «riforme non-riformiste» conseguono veri e durevoli cambiamenti nelle strutture di potere ed economiche del sistema presente. Anziché coprire le fonti dello sfruttamento grazie a piccoli

¹⁶⁰ C.W. Mills, *The sociological imagination*, Grove, New York 1959.

¹⁶¹ A. Gorz, *Socialism and Revolution*, Anchor, Garden City, New York 1973.

miglioramenti, le riforme non-riformiste pongono sotto i riflettori le iniquità strutturali. Queste riforme aumentano la frustrazione e la tensione politica in una società; queste non cercano di diminuire le fonti dell'energia politica. Così Gorz: «non dovremmo rifiutare le riforme intermedie [...], ma a condizione di considerarle un mezzo e non un fine, come una fase dinamica in una lotta progressiva, non come luoghi di sosta»¹⁶².

Da questo punto di vista i lavoratori della sanità possono provare a scegliere quali riforme sanitarie sono riformiste, e quali «non-riformiste». Possono anche prendere un ruolo di difesa per le «non-riformiste» e combattere le riformiste. Questa distinzione non è quasi mai semplice, ma ha ricevuto un'analisi dettagliata in riferimento a proposte specifiche¹⁶³. Le riforme riformiste non cambiano tutta la struttura del sistema sanitario in modo fondamentale. Per esempio, l'assicurazione sanitaria nazionale creerebbe un cambiamento nei finanziamenti più che nell'organizzazione del sistema sanitario. Questa riforma può ridurre le difficoltà finanziarie di qualche paziente; aiuterebbe a garantire il pagamento dei professionisti del sistema sanitario e degli ospedali. D'altro canto, molto poco si potrà ottenere per controllare i profitti delle industrie mediche o per correggere i problemi di cattiva distribuzione delle strutture sanitarie e del personale. Il suo approccio incrementale e la dipendenza dai processi del mercato privato difendono gli stessi interessi economici e professionali che dominano attualmente il sistema sanitario¹⁶⁴.

Altri esempi di riforme riformiste sono ad esempio il sostegno alle fondazioni mediche, organizzazioni per il sostegno alla salute,

¹⁶² *Ibid.*

¹⁶³ H. Waitzkin, B. Waterman, *The exploitation of illness...*, cit.; D. Kotelchuck, *Prognosis...*, cit.; R.R. Alford, *Health care politics...*, cit.; V. Navarro, *A critique of the present...*, cit.; C.E. Lewis, D. Mechanic, R. Fein, *A right to health*, Wiley, New York 1976.

¹⁶⁴ *Ibid.*

organizzazioni di professionisti¹⁶⁵. Con la rara eccezione delle cooperative di «consumatori» queste innovazioni mantengono il dominio dei professionisti sulla salute¹⁶⁶. Pochi sono stati gli incentivi per migliorare la cattiva distribuzione dei servizi. Inoltre, grandi aziende private sono entrate in questo campo rapidamente, finanziando le organizzazioni che fanno profitto sulla salute e commercializzando aiuti tecnologici per la revisione tra pari¹⁶⁷.

Fino a poco tempo fa, le posizioni a favore di un servizio sanitario nazionale negli Stati Uniti erano rare. Per diversi anni, comunque, gli studiosi marxisti hanno lavorato con membri del Congresso nella stesura di bozze preliminari per l'edificazione di un sistema sanitario nazionale¹⁶⁸. Queste proposte, se attuate, funzionerebbero in senso progressivo in diversi modi. Promettono di porre stringenti limitazioni ai profitti dei privati in ambito sanitario. Le maggiori istituzioni sanitarie finirebbero sotto il controllo statale. Una pianificazione centrale della sanità userebbe gli impulsi politici dei consigli e delle assemblee locali per arginare il dominio professionale. Il sistema sarebbe finanziato dalla tassazione progressiva, per favorire i pazienti a basso reddito. Periodi di tirocinio obbligatorio in aree ancora non servite dal sistema, fronteggerebbero il problema della cattiva distribuzione. L'eventuale sviluppo di un formulario nazionale per i farmaci e le apparecchiature medicali potrebbe combattere il capitale monopolistico in campo sanitario. Nonostante queste proposte abbiano una prospettiva politica vaga, il supporto sta crescendo. Per esempio, il Consiglio direttivo dell'American Public Health Association ha varato due risoluzioni a sostegno di un servizio

¹⁶⁵ H. Waitzkin, B. Waterman, *The exploitation of illness...*, cit.; V. Navarro, *A critique of the present...*, cit.

¹⁶⁶ E. Freidson, *Doctoring together: a study of professional social control*, Elsevier, New York 1976.

¹⁶⁷ J. W. Salmon, *Health maintenance organization strategy: a corporate takeover...*, cit.

¹⁶⁸ Community Health Alternatives Project, *Model Legislation...*, cit.

sanitario nazionale basato sulla comunità e finanziato dalla tassazione progressiva¹⁶⁹. Questa riforma contiene delle contraddizioni che probabilmente genereranno frustrazione e innescheranno una pressione per il cambiamento. In particolare, queste proposte permetteranno di continuare la pratica privata, e quindi perpetreranno le iniquità date dalla dicotomia pubblico-privato. Eppure, affinché un sistema sanitario nazionale possa essere organizzato in modo più rispondente ai bisogni, la difesa di questa riforma pare essere una chiave fondamentale per la *health praxis*.

31. Sanità e lotta politica

Il cambiamento sociale fondamentale, tuttavia, non viene dalla legislazione, ma dall'azione politica diretta. Attualmente, coalizioni di comunità di residenti e lavoratori della sanità stanno provando a ottenere il controllo degli organismi delle istituzioni sanitarie che li riguardano¹⁷⁰. Sindacalizzazione e attività di gruppi minori che si organizzano nelle istituzioni sanitarie stanno esercitando pressioni per modificare gli schemi di stratificazione precedenti¹⁷¹. Ottenere il controllo dello stato attraverso un partito rivoluzionario resta un problema strategico centrale per gli attivisti che lottano per il socialismo futuro¹⁷². Vari partiti si stanno strutturando negli Stati Uniti. I sostenitori di un

¹⁶⁹ Governing Council, American Public Health Association, *Resolutions and policy statements: Committee for a National Health Service*, in «Am. J. Public Health», 67, 1977, pp. 84-87; M.I. Roemer, S.J. Axelrod, *A national health service and social security*, in «Am. J. Public Health», 67, 1977, pp. 462-465.

¹⁷⁰ F. Mullan, *White coat...*, cit.; H. Waitzkin, *Expansion of medical institutions...*, cit.; H. Waitzkin, J. Sharratt, *Controlling medical expansion...*, cit.; H. Waitzkin, *What to do when...*, cit.; H. Waitzkin, J. Wallen, J. Sharratt, *Homes or hospitals?*, cit.

¹⁷¹ R.F. Badgley, S. Wolfe, *Doctors' Strike*, Macmillan, Toronto 1971; S. Wolfe, *Worker conflict in the health field*, in «Int. J. Health Serv.», 5, 1975, pp. 5-8; K.R. Bridges, *Third World Students*, in «Harvard Med. Alum. Bull», 49, Sept-Oct 1974, pp. 23-25; P. Rudd, *The United Farm Workers Clinic in Delano, California: a study of the rural poor*, in «Public Health Rep.», 90, 1975, pp. 331-339; R.W. Chamberlin, J.F. Radebaugh, *Delivery of Primary Health Care - Union Style*, in «N. Engl. J. Med.», 294, 1976, pp. 641-645.

¹⁷² V.I. Lenin, *The State...*, cit.

«partito di avanguardia» ritengono che storicamente tutte le rivoluzioni sono state il risultato di una piccola avanguardia che ha mantenuto una ideologia coerente e capace di attrarre il supporto delle masse nel corso di periodi di sconvolgimento politico ed economico. Gli attivisti che adottano posizioni di avanguardia solitamente sono impiegati nei ranghi inferiori del settore sanitario; reclutano membri durante i tentativi di sindacalizzazione contro i tagli ai posti di lavoro e ai servizi sanitari. I sostenitori di un «partito di massa» sostengono che l'organizzazione delle masse debba precedere più che seguire lo sviluppo di una ideologia coerente; pertanto le energie politiche devono andare a costruire alleanze che abbracciano lo spettro delle visioni anticapitalistiche. Gli organizzatori del partito di massa lavorano per il controllo delle comunità di lavoratori sui programmi sanitari locali, sulla sicurezza sui posti di lavoro, sui problemi della salute della donna, sul coinvolgimento delle minoranze in ambito medico, e a campagne elettorali a favore del miglioramento dei servizi sanitari¹⁷³. Riconoscere l'impatto dell'ideologia medica ha contribuito a demistificare gli attuali modelli ideologici e sviluppare modelli alternativi. Questo lavoro «contro-egemonico» spesso implica l'opposizione alla funzione di «controllo sociale» esercitata dalla medicina in aree come la tossicodipendenza, screening genetico, abuso di contraccezione e sterilizzazione, psichirurgia, e tutela della salute delle donne. È emersa una rete di sanità alternativa che prova a sviluppare la cura di sé in modo non-gerarchico, e con forme e pratiche anticapitalistiche; queste iniziative potranno fornire modelli di salute progressiva quando il cambiamento politico futuro consentirà la loro maggiore accettazione¹⁷⁴.

¹⁷³ Source Collective: *Organizing for health care*, Beacon, Boston 1974.

¹⁷⁴ H.I. Mariesskind, B. Ehrenreich, *Toward a socialist medicine: the women's health movement*, in «Soc. Policy», 6, Sept.-Oct. 1975, pp. 34-42; L.S. Levin, *Self-care: an international perspective*, in «Soc. Polic.», 7, 1976, pp. 70-75; C. Douglas, J. Scott, *Toward an alternative health care system*, in «Win Magazine», 11, Aug. 7, 1975, pp. 14-19; J.L. Resnick, *The emerging physician: from political*

In un'organizzazione antimperialista, diversi gruppi hanno assistito gli operatori sanitari perseguitati e si sono espressi esplicitamente contro il coinvolgimento della medicina in pratiche di tortura¹⁷⁵. I lavoratori della salute e della scienza hanno anche utilizzato l'epidemiologia storico-materialista in progetti che tutelano la sicurezza della salute sul lavoro e nelle lotte sindacali.

Una critica spesso rivolta alla prospettiva marxista è che presenta molti problemi e poche soluzioni. Gli sviluppi recenti in questo campo hanno chiarito delle prospettive di strategia politica molto utili. Questa lotta sarà portata avanti e comporterà l'azione su più fronti. Il presente lascia poco spazio alla condiscendenza o a un fuorviante ottimismo. Il nostro futuro sistema sanitario, così come l'ordine sociale di cui sarà parte, dipende in gran parte dalla prassi che scegliamo adesso.

(Traduzione italiana di Gabriele Borghese)

Ringraziamenti

L'autore ringrazia Betty Boujoukos, Deborah Helvarg, Alexander Leaf, Vicente Navarro, John Stoeckle, Barbara Waterman e la rivista *Annals of Internal Medicine* per il supporto, le critiche e l'incoraggiamento.

Lavoro finanziato con fondi del National Center for Health Services Research (HS-02100) e del Massachusetts General Hospital (Medical Clinics Complex Education Fund).

HOWARD WAITZKIN è Distinguished Professor at the Department of Sociology - University of The New Mexico

waitzkin@unm.edu

activist to professional vanguard, in *Professions for the People* a cura di J. Gerstl, G. Jacobs, Schekman, Cambridge 1976; P.M. Sweezy, H. Magdoff, *More on the new reformism*, in «Monthly Rev.», 28, Nov 1976, 5-13.

¹⁷⁵ H. Modell, H. Waitzkin, *Medicine, socialism, and totalitarianism...*, cit.; Id., *Medicine and socialism in Chile...*, cit.; L.A. Sagan, A. Jonsen, *Medical ethics and torture*, in «N. Engl. J. Med.», 294, 1976, 1427-1430.