- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Mon, 16 Feb 2026, 21:51:00

ARGOMENTO

La Medicina del Capitale

Il diritto alla salute, allo star bene e meglio, è spesso negato in Italia e nel mondo, sebbene in modalità, misura e gravità diverse nei differenti contesti economici, sociali e culturali. I determinanti biologici, sociali, economici, culturali e commerciali della salute inducono ampie disuguaglianze, anche all'interno di ogni singola nazione. La medicina, nella sua scienza e nel suo prestigio, non è neutrale e quindi chi opera nella/per la medicina ha responsabilità sia nell'esercizio della sua professione sia nel garantire cure appropriate. Responsabilità che dovrebbero avere, e a cui dovrebbero rispondere, i politici e gli amministratori (anche) della sanità. Tutti temi cari alle attività di Giulio Alfredo Maccacaro e che – a distanza di oltre 50 anni – sono ancora attuali perché i bisogni di salute sono tuttora largamente non corrisposti. Ad indicare non solo i limiti, ma anche l'inefficacia delle misure di contrasto sinora attuate. Uno spunto di riflessione per i primi tre contributi di autori che hanno conosciuto Giulio A Maccacaro e con cui hanno condiviso azioni. Il quarto contributo è invece di una giovane epidemiologa del CNR di Palermo vincitrice del premio Maccacaro 2025 indetto dall'Associazione Italiana di Epidemiologia. R&P

Medicina e potere

Maurizio Bonati
maurizio.bonati@ricercaepratica.it

Smascherare la medicina che è un modo del potere.

Nell'apertura del corso di biometria e statistica medica dell'anno 1973-1974 Giulio A Maccacaro accolse noi studenti con una lezione sul bisogno di fare ricerca, di fare nuove verifiche (qualche lustro dopo avrebbe sicuramente detto "produrre nuove evidenze"), "fare più ampie ricognizioni" e farle in modo appropriato, per aumentare le conoscenze? Sì certo, ma anche per smascherare la medicina che, come la scienza, è un modo del potere nell'organizzarsi, nella sostanza e nella forma del suo esercizio. Era l'ipotesi di lavoro e l'"etichetta" della collana editoriale *Medicina e Potere*, da lui diretta ed edita da Feltrinelli, che da pochi mesi era stata intrapresa. La prima pubblicazione, *La medicina del capitale*[1], si apriva con una Lettera al Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano e Provincia: non era solo una prefazione,

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Mon, 16 Feb 2026, 21:51:00

ma "un invito e indicazione, indice e sommario, stimolo e avvertenza", per noi studenti e per molti altri, già medici, affinché una (nuova) intelligenza politica e professionale potesse trasformare la medicina. Un testo, con quello di Jean-Claude Polack, ancora attuale che, aggiornato e contestualizzato, potrebbe/dovrebbe far parte del materiale formativo dei giovani medici. Un approccio educativo che anche altri, in particolare inglesi (Austin Bradford Hill, Archibald Leman Cochrane, Peter Armitage, William Richard Shaboe Doll), avevano intrapreso e altri li avrebbero seguiti (Richard Peto, Michael Marmot).

Potere dell'industria farmaceutica, profitti della* drug culture, *migrazione sanitaria, disattenzione per le cure pediatriche: tanti temi dell'attualità già presenti in Maccacaro.

Quanto siano ancora attuali i temi affrontati nella collana e innovativo lo sguardo/azione di Giulio A Maccacaro lo si può constatare rileggendo (anche solo) alcuni dei titoli. Il secondo libro affrontava il potere dell'industria farmaceutica[2], mentre l'ottavo i profitti della *drug culture* e dei monopoli farmaceutici (anche) in Italia[3]. Nel 2024, oltre 2,2 milioni di famiglie versava in condizione di povertà assoluta (l'8,4% delle famiglie residenti) per un totale di 5,7 milioni di individui, il 9,8% dei residenti[4]. Oltre 500mila persone (8,5 residenti su 1.000) hanno dovuto chiedere aiuto a una delle 2.034 realtà assistenziali convenzionate con Banco Farmaceutico per ricevere gratuitamente farmaci e cure che, altrimenti, non avrebbero potuto permettersi[5]. Nel 2024 la spesa farmaceutica totale è stata pari a 37,2 miliardi di euro (+2,8% rispetto al 2023), di cui il 72% rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN)[6]. La spesa a carico dei cittadini ha raggiunto un valore di 10,2 miliardi di euro.

La migrazione sanitaria è un fenomeno dalle enormi implicazioni sanitarie, sociali etiche ed economiche, che riflette le grandi disuguaglianze nell'offerta di servizi sanitari tra le varie Regioni e, soprattutto, tra il Nord e il Sud del Paese. Nel 2023 sono stati 668.000 i ricoveri in mobilità che interessano, in particolare, 4 Regioni: Calabria, Puglia, Sicilia e Campania[7]. I principi fondamentali su cui si basa il SSN (universalità, uguaglianza, equità) sono ampiamente disattesi, in particolare per alcuni percorsi di cura. Per le cure pediatriche in alcune Regioni il fenomeno dell'ospedalizzazione lontano dalla propria residenza è cronico e subìto da intere famiglie che devono affrontare costi sociali[8]. Il terzo volume della collana *Medicina e Potere* è del maggio 1973 e affronta il tema dei bambini in ospedale[9]. Un tema ritenuto di nicchia, ma la prefazione con gli atti del Seminario degli studenti di Biometria e Statistica medica dell'Università di Milano ne analizza ed evidenzia la rilevanza etica, culturale, economica e medica (assistenziale e amministrativa) che rendeva l'ospedale pediatrico un'istituzione negata paragonabile a quella psichiatrica. La disattenzione per le cure pediatriche complesse e la garanzia dei diritti di cura efficaci alla popolazione pediatrica è ancora elevata se si considera anche che a tutt'oggi non è stato realizzato alcun IRCCS pediatrico polifunzionale nel Sud per la salute di bambini e adolescenti.

Siamo troppi? Cosa significa veramente avere un bambino in più? Si chiedeva Maccacaro introducendo il libro di Mahmood Mamdani[10]. La sua risposta era che "ogni uomo di una società si riproduce, oltre che in base a consapevoli intenzioni, per effetto di impulsioni e scelte che appartengono alla sua storia particolare e soggettivamente unica. Ma ogni società di uomini si riproduce per motivazioni collettive che derivano profondamente dalla

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Mon, 16 Feb 2026, 21:51:00

sua struttura, intesa come rapporti di produzione, e dalla sua sovrastruttura, intesa come tessuto di cultura, leggi e costumi". Un approccio che aiuterebbe a meglio analizzare e comprendere anche il continuo calo demografico in Italia (369.944 nuovi nati nel 2024, il 2,6% in meno rispetto al 2023) iniziato nel 2008[11].

Altre considerazioni potrebbero essere fatte proseguendo l'associazione e il confronto tra *Medicina e Potere* e l'attualità drammatica dei diritti negati (l'enorme lavoro sulla salute mentale, sulla salute sul lavoro, sulla formazione medica, sull'ambiente urbano) e tutte condurrebbero alla comune riflessione di quanto la ricerca non si è tramutata in pratica, la capacità e possibilità del singolo in bene comune.

La ricerca non è diventata pratica, la capacità e possibilità del singolo non sono diventate bene comune.

Chissà come avrebbe reagito o contribuito Giulio A. Maccacaro alla nascita della *Cochrane Collaboration* ad opera di Iain Chalmers nel 1993 o alla diffusione della *Evidence-based Medicine* o, ancora, agli sviluppi innovativi nella progettazione e nell'analisi degli studi clinici ad opera del suo amico Peter Armitage di cui aveva tradotto il libro presentandolo come "tutto quanto di attuale e fondamentale è necessario sapere, nel campo della metodologia statistica per la ricerca medica, per chi intenda o debba praticarne fruizioni pur diversamente motivate"[12].

Giulio A. Maccacaro apparteneva a una minoranza etica, quella di persone che scelgono di essere minoranza, che decidono di esserlo per rispondere a un'urgenza morale[13]; tra questi, come esempio in differenti aree: Aldo Capitini, Lorenzo Milani, Pier Paolo Pasolini, Alex Langer. Pensatori del passato, liberi e critici, che al loro semplice "no" (al potere) avrebbe dovuto conseguire un "no" collettivo a partire dalle comunità e non arrestarsi a piccoli gruppi soddisfatti di sé. Un lavoro spesso ricominciato, ma mai attuato, come testimoniano i "no" di Giulio A. Maccacaro a distanza di oltre 50 anni ancora attuali: perché (anche) la medicina è ancora un modo del potere. •

1. Polack JC. La medicina del capitale. Milano: Feltrinelli, 1972.
2. Sjöström H, Nilsson R. Il talidomide e il potere dell'industria farmaceutica. Milano: Feltrinelli, 1973.
3. Del Favero A, Loiacono G. Farmaci, salute e profitti in Italia. Milano: Feltrinelli, 1974.
4. Istituto Italiano di Statistica (Istat). La povertà in Italia - Anno 2024. 14 ottobre 2025. https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/10/La-poverta-in-italia-_-Anno-2024.pdf
5. Fondazione Banco Farmaceutico. 12° Rapporto. Donare per curare. Povertà sanitaria e donazione farmaci.15 dicembre 2025. https://www.opsan.it/cm-files/2025/12/02/xii-rapporto-sulla-poverta%CC%80-sanitaria.pdf
6. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OsMed 2024. 10 novembre 2025. https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2024
7. Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). La mobilità sanitaria in Italia. Rapporto 2024. https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/mobilita_sanitaria-2024/AGENAS_Mobilit%C3%A0_Sanitaria.pdf
8. Campi R, Bonati M. Minori in viaggio per farsi curare. Medico e Bambino 2024; 43: 27-32.
9. Robertson J. Bambini in ospedale. Milano: Feltrinelli, 1973.
10. Mamdani M. Il mito del controllo demografico. Milano: Feltrinelli, 1972.
11. Istituto Italiano di Statistica (Istat). Indicatori demografici -Anno 2024. 31 marzo 2025. https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/03/Indicatori_demografici_2024.pdf
12. Armitage P. Statistica Medica. Milano: Feltrinelli, 1975.
13. Fofi G. La vocazione minoritaria. Bari: Laterza, 2009.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Mon, 16 Feb 2026, 21:51:00

Il campanile di Codogno

Gianni Tognoni
giantogn@gmail.com

Ho avuto il regalo di condividere molto, nei primi decisivi anni della mia vita di ricercatore (dalla farmacologia sperimentale e clinica, alla epidemiologia, alla bioetica, ai diritti dei popoli), la 'storia', politica e di ricerca, di Giulio Alfredo Maccacaro. Dalla mia tesi di laurea sull'informatica in sanità (era la prima su questo tema nell'Università di Milano) agli anni di confronti e controversie (da posizioni e istituzioni così diverse come l'istituto di Biometria e il Mario Negri) sulla compatibilità-priorità tra l'autonomia-necessità-indipendenza della ricerca e il potere-controllo della economia-politica anche sulla ricerca ('La istituzione negata' di Basaglia si scontrava con una psichiatria che guardava alla 'rivoluzione' dei primi psicofarmaci e la collana di libri su medicina e potere diretta da Maccacaro cambiava radicalmente la logica e il linguaggio della medicina, al suo interno e nei suoi rapporti con la società); alla stretta collaborazione nella promozione dei primi comitati etici sulla sperimentazione; alla vicenda di Seveso; al ritrovarsi, con Lelio Basso, nella politica internazionale attraverso il Tribunale Russell sulle dittature dell'America Latina (1974-76).

Maccacaro se ne è andato dopo un tempo, breve, intenso. Ci si incrociava sulle attese del vivere, al di là delle infinite diversità, delle nostre età e delle nostre storie. Una delle pochissime volte in cui mi sono trovato a piangere per un addio.

Al di là della loro apparenza, lo squarcio di ricordi che ho proposto, non ha nulla di personale. È la sintesi, strettamente tecnica, metodologica e culturale di quello che Maccacaro ha rappresentato, ma soprattutto significa per un presente-futuro.

Nella biometria Maccacaro aveva identificato le sfide nascenti del periodo.

Quelli (1965-77) erano tempi di cambiamenti politici sociali, culturali che investivano, con caratteristiche di coinvolgimento collettivo, letteralmente tutto. La sua lucidissima intelligenza accademica – da tutti riconosciuta per il rigore sperimentale, combinato e integrato dalla originalità (rarissima allora, nella ricerca e nella pratica e non solo in Italia) di fare della statistica uno strumento non per specialisti – aveva identificato nella biometria, e perciò nel confronto-scelta tra qualità e quantità nella descrizione-interpretazione dei rapporti causali, e nelle tecnologie nascenti dell'informatica per la gestione-priorità-uso dei dati, le sfide nascenti. Decisive per la gestione del presente, ma soprattutto sul lungo periodo. La scelta era tra essere attore-protagonista tecnico di questa rivoluzione che interessava il mondo o indicarne dall'interno, con un rigore sperimentale simmetrico e dialettico rispetto a quello dei laboratori, le ambiguità radicali per le conseguenze sulle vite concrete di individui e di popoli. Una medicina competente in malattie e mirata a risposte prevalentemente tecniche era l'ambito in cui l'ambiguità si poteva manifestare più chiaramente. La sua capacità di aumentare gli spazi di libertà e dignità di vita poteva sconfinare-tradursi nel dare sempre più potere ai capitali-padroni delle tecnologie confinando le vite delle persone ad essere delle variabili dipendenti. Era necessario intro-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Mon, 16 Feb 2026, 21:51:00

durre nella sperimentazione sociale di un preteso sviluppo lineare una rottura: coincidente metodologicamente con quella antica, a sua volta da rileggere a fondo, del marxismo per l'ambito della economia, sempre più arrogante proprio nei settori di confine tra valori umani e di mercato come la medicina. Trasversalmente ai Paesi, alle classi, alla salute come assenza di malattie, alla tossicità ambientale, al lavoro la medicina era il laboratorio su cui concentrare una ricerca che capovolgeva i ruoli: non ideologicamente, ma operativamente per l'esigenza metodologica di riconoscere che le sperimentazioni non possono essere concepite come interventi 'sulle' persone, ma 'a partire da e con' le persone concrete. Nella parzialità del locale (di una fabbrica o di un territorio contaminato…), ma in una logica e con uno sguardo di rete: facendo della dispersione-diffusione delle diversità dei soggetti da coinvolgere non una difficoltà, ma una risorsa nella produzione di conoscenze necessarie a rispondere alla complessità dei bisogni.

L'epidemiologia era il contesto per identificare bisogni e violazioni dei diritti.

L'epidemiologia come contesto per identificare i bisogni e le violazioni dei diritti, non come fine in sé, per produrre lavori scientifici, ma come strumento condiviso con i soggetti della epidemiologia (malati, lavoratori, marginali, marginalizzati) per cercare-trovare-sperimentare soluzioni di migliore garanzia di salute-autonomia.

Una rottura concettuale e metodologica radicale, non solo per la medicina, ma soprattutto per il diritto: le interazioni con Basaglia-Basso (solo per ricordare la continuità tra la libertà dalle istituzioni e dalle dittature sopra menzionata) avevano portato a parlare di 'crimini di pace', come guida a una democrazia disincantata mai illusa di essere garantita, obbligata, in obbedienza all'art. 3 della Costituzione, a essere sempre in lotta per abbattere-evitare gli ostacoli che si frappongono nel cammino che può essere solo permanente per una società di uguali nella dignità e nella fruizione del vivere.

La brevissima vita di Maccacaro (53 anni) si è trasformata, con questa intuizione lucidissima, in una sperimentazione letteralmente frenetica di progetti che non avevano più 'oggetti' di ricerca, ma erano, ognuno diversamente, ma tutti coerentemente basati sul coinvolgimento allargato, partecipativo, militante perché informato dei portatori di domande-bisogni dei/per 'soggetti' del progetto sempre in corso di un futuro più a misura umana.

È stata una sperimentazione che si è sempre più popolata di compagni di strada, i più diversi, provenienti, sempre più negli ultimi anni anche da Paesi lontani. C'era poco tempo per guardare indietro, e le pressioni 'contro' pesavano tanto.

Il titolo posto a questo ricordo molto parziale rimanda e rende imprescindibile la lettura di un testo che mi è sempre sembrato, anche per il suo stile-linguaggio tanto più affascinante quanto diverso nei toni dalla sua scrittura-parola sempre combattente-provocatoria, il suo testamento più completo, lucido sul suo passato-presente, disincantato e in pace guardando a tutta la sua vita e avanti[1]. Era dall'alto del campanile del suo paese, in una pianura senza limiti di orizzonte, che, quando aveva il permesso, il bambino Giulio Alfredo si immaginava e si proiettava nel mondo, grande, in-immaginabile. Il suo esplorare senza sosta lo aveva di fatto portato anche oltre gli orizzonti sconosciuti. Diventava, sotto quel campanile sempre uguale, cit-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Mon, 16 Feb 2026, 21:51:00

tadino onorario. Non si era in fondo allontanato: era rimasto fedele al sogno.

Non aveva fatto tante cose. Aveva intuito, e ripetuto, e raccomandato, che agli umani, tutte/i, fosse possibile avere un mondo da trasformare a misura dei sogni e a tutti/e fosse possibile essere-ritornare al luogo dove si è riconosciuti come cittadini, con onore, senza solennità, con la semplicità della condivisione.

Sarebbe lungo, e in fondo inutile, esplicitare se e come il messaggio di Maccacaro dal campanile di Codogno interessi la situazione attuale. Nulla sembra in fondo cambiato, dal punto di vista che si è cercato di identificare nel testo, dall'articolazione di scenari e attori da cui la ricerca di senso e di priorità di Maccacaro era partita. Materialmente, culturalmente, economicamente: tutto però è cambiato nei contenuti, nei rapporti di forza. La salute non è più un diritto da garantire con strumenti disponibili e accessibili in forza della Costituzione, che è stata a sua volta sottoposta ai vincoli dell'economia, e ancor di più della rinuncia ad immaginare che qualcosa possa essere modificato. Il campanile di Codogno non guarda più un paese considerato modello di storia democratica. Gli orizzonti non sono più da immaginare, ma possono essere verificati nel loro evolvere globale, nella mappa delle loro guerre, senza fatica, schiacciando pulsanti. I dati e il loro possesso, ben al di là della geniale anticipazione di Maccacaro, sono una miniera inesauribile di ricchezza per sempre più pochi. Le lotte dei lavoratori e dei cittadini per i loro diritti sono messe in secondo piano, per finanziare, senza confini o limiti guerre fino al genocidio, a cui è stata restituita una legalità impunibile, controllata dai poteri statali economicamente più forti.

La 'rottura' di paradigma adottata da Maccacaro, per non frammentarsi/disperdersi in tanti progetti, ma per costruire reti di alleanze con un progetto largamente condiviso di lunga durata, ha ripreso una attualità assoluta nel silenzio quasi altrettanto assoluto del mondo scientifico. Tra i pochi 'sintomi' di liberazione si trovano i 'movimenti', che, con i tre T (Trabajo, Techo, Tierra) adottati anche dalla Chiesa di Francesco e Leone, rimangono tuttavia drammaticamente marginali nel quadro geopolitico.

Ripartire dalla memoria concreta dei tanti campanili di Codogno per riprendere almeno a credere e adottare, con tutta la sua serietà scientifica e militante, il sogno di Maccacaro di restituire agli umani la priorità oggi regalata come un destino obbligato a beni non più comuni? •

1. Maccacaro GA. Il campanile di Codogno. In: Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Feltrinelli, 1981.

Discorso pronunciato il 2 febbraio 1975 presso la Fondazione Limberti, in Codogno, durante la cerimonia per la consegna del premio "Codognese benemerito", Codogno 1977.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Mon, 16 Feb 2026, 21:51:00

1960-2025: quali medici per quale medicina?

Rodolfo Saracci
saracci@hotmail.com

Il mio primo incontro con Giulio Alfredo Maccacaro risale all'autunno del 1960, all'Istituto di Genetica dell'Università di Pavia, ospitato allora negli edifici dell'Orto Botanico in via S. Epifanio. L'Istituto, diretto da Adriano Buzzati-Traverso, era una fucina di ricercatori divenuti di prima grandezza internazionale, basti nominare tra i molti Luca Cavalli-Sforza e Lucio Luzzatto, tuttora in piena attività. Maccacaro teneva un corso di genetica batterica, il fronte avanzato della biologia molecolare in cui il problema dominante era "cracking the code", identificare il codice di traduzione in aminoacidi del DNA, la cui struttura era stata identificata da Watson e Crick nel 1954. Le lezioni di Maccacaro erano una straordinaria combinazione di semplicità, chiarezza, profondità e coerenza dalla prima all'ultima parola, e manifestavano una evidente passione comunicativa. Qualche anno dopo queste stesse caratteristiche improntavano le lezioni di biometria e statistica medica e si ritrovano in molti articoli che scriveva di getto a mano apportandovi alla rilettura solo pochissime modifiche. Le sue presentazioni scientifiche riflettevano lo stesso stile, a volte con qualche guizzo ironico, e una formidabile capacità di argomentazione nelle discussioni. Ricordo che al Congresso della Società Italiana di Cancerologia del dicembre 1967 a Milano fu presentata un'ambiziosa relazione sull'evidenza allora disponibile sul rapporto causale tra fumo di tabacco e tumori polmonari: diligente, chiara ma priva di approfondimento critico la relazione venne ridotta a brandelli da Maccacaro durante la discussione e il relatore fece una povera figura. La sera mentre camminavamo nella nebbia milanese di Via Strambio (l'istituto di Biometria vi era allora alloggiato in due appartamenti) Maccacaro mi dice: "Forse oggi su quella relazione ci sono andato troppo pesante, avrei potuto evitare di farlo ma, sa, quando incontro la meschinità non riesco a sopportarla".

Quale medicina a misura dell'umano, quali medici, quale formazione?

Trasmissione e discussione delle conoscenze biomediche, metodologiche e di contenuto, erano per Maccacaro elementi ruotanti intorno al centro principale di riflessione e interrogazione: quale medicina a misura dell'umano, quali medici, quale formazione? Particolarmente significativi a questo riguardo sono scritti come "Una facoltà di medicina capovolta" (1971)[1] e "L'uso di classe della medicina" (1972)[2]: la medicina è analizzata nella sua teoria e pratica come fondamentalmente dipendente dall'ideologia dei poteri dominanti nella società (il Potere) e dalle loro conseguenti decisioni su vita e salute dei singoli cittadini e della collettività. Mezzo secolo fa Maccacaro considerava in questa ottica la società capitalista, oggi la sola esistente – con varianti – in tutto il mondo, e scriveva: "alla medicina è affidato il compito di risolvere, nella razionalità scientifica, la contraddizione del modo di produzione capitalista che da una parte consuma e spegne la forza-lavoro, ma dall'altra parte ne ha bisogno per continuare a alimentare se stesso"[2]. Il meccanismo della razionalità economica basato sulla massimiz-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Mon, 16 Feb 2026, 21:51:00

zazione dei profitti privati preme oggi non solo sui lavoratori manuali ma anche su quelli di servizi e uffici, incluso il settore della sanità; la pressione si esercita in modo crescente anche su categorie professionali ancora privilegiate come i medici (scrivo medici intendendo medici e mediche) e per tutti la razionalità della medicina è chiamata a limitare i danni sulla salute che "collateralmente" il meccanismo produce. Negli Stati Uniti più del 40% dei medici[3] presentano almeno una delle sintomatologie caratterizzanti la sindrome del "burn-out"[4]: esaurimento emozionale con perdita di energia, depersonalizzazione con negativismo verso I pazienti, riduzione delle capacità professionali. In Italia una recente inchiesta campionaria[5] sui medici di medicina generale riporta il 36% come ad "alto rischio di burn out". Sono stati indicati[4] come principali fattori causali della sindrome la costrizione sul tempo per visitare i pazienti e per pratiche documentarie, la mancanza di controllo su ambienti di lavoro con esigenze disordinate di rapidità, e una cultura organizzativa che non incoraggia fiducia e solidarietà tra colleghi. Sinteticamente[4]: "Il burn-out si manifesta negli individui ma origina nel sistema. Non risulta dalla mancanza di resilienza dei medici ma è dovuto ai sistemi entro i quali essi operano (C. Sinsky)". Non è il caso di scoraggiare con questo quadro gli aspiranti medici e altri professionisti di sanità, ma non è nemmeno il caso di ignorarlo, come oggi corrente, nel corso di una formazione che dovrebbe mirare a formare non medici di resilienza infinita – l'ideale per il sistema – ma medici impegnati a liberare cittadini e medicina dalla morsa, pesantemente penalizzante per la salute e deformante per la medicina, dell'economia di profitto capitalista attualmente predatorio senza più controlli.

Il successo di questo impegno sarà condizionato in ragguardevole misura dalla direzione che prenderà, nei prossimi cinque-dieci anni, l'introduzione dell'intelligenza artificiale (IA) nelle sue varie forme. La diffusione dell'IA procede con sorprendente celerità: dal 30 novembre 2022, data di rilascio commerciale di ChatGPT, a oggi le prestazioni di ChatGPT e di chatbot simili sono diventate spettacolarmente più sofisticate. Molte già pronte si presentano idonee a venire oggi stesso incontro ai problemi della salute e sanità e come tali esercitano una notevole forza di attrazione su medici, cittadini, decisori.

Come già notato per i medici e il personale sanitario in generale la costrizione sui tempi di esecuzione delle mansioni è un assillo permanente. Per i medici semeiologia e diagnostica sono tappe fondamentali di lavoro: già da decenni la semeiologia classica diretta è stata in gran parte sostituita da esami strumentali e di laboratorio e rendere questi l'esclusivo mezzo di estesa acquisizione di dati via questionari, campionatori e sensori guidati da IA si offre come una possibilità a portata di mano. Per la diagnostica cosa c'è di più agevole che una diagnosi praticamente istantanea con un affidabile chatbot IA utilizzante l'ampio ventaglio di dati raccolti in automatico'? Il tempo necessario al medico per la diagnosi (e per le terapie mediche vale analogo discorso) si contrae drasticamente e diviene possibile aumentare di molto il numero di consultazioni di corta o cortissima durata e tagliare le liste di attesa. Non è per nulla da escludere che questa procedura comporti in generale o per specifici settori di patologie una frequenza di errori inferiore alla dia-

1. Maccacaro GA. Una facoltà di medicina capovolta. In: Maccacaro GA. Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Feltrinelli, 1979: p.377-382.
2. Maccacaro GA. L'uso di classe della medicina. In: Maccacaro GA. Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Feltrinelli, 1979; p.406-434.
3. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2023. Mayo Clinic Proc 2025; 100: 1142-58.
4. American Medical Association. What is physician burnout? May 15, 2025. Consultato il 9/12/2025, in https://www.ama-assn.org

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Mon, 16 Feb 2026, 21:51:00

gnostica tradizionale praticata dal medico. Il ruolo di quest'ultimo rimane in questa cornice quello di supervisione e controllo della procedura, ma in modo notevolmente ristretto. Infatti e analogamente a quanto già avviene per risultati di esami strumentali e di laboratorio se un medico ha dubbi e perplessità su una diagnosi effettuata dall'IA sarà difficilmente in grado di verificare personalmente con sicurezza una procedura complessa a cui si è disabituato o che ha solo sommariamente appreso: dovrà limitarsi a chiederne una ripetizione se possibile con altro 'chatbot' così come si usa chiedere la ripetizione per un risultato di esame dubbio.

Per quanto riguarda cittadini e cittadini-pazienti due sono i requisiti principali che essi richiedono dalla sanità pubblica: la rapida e facile accessibilità a servizi, competenze, contatti e un tempo sufficiente a un dialogo personale. Alle piattaforme IA l'accesso è immediato e sul tempo sufficiente convergono sia l'interesse del cittadino sia quello dell'offerta di IA che non mira ad altro che a captare e trattenere l'attenzione di chi clicca e già introduce programmi informativi modulati in chiave empatica[6], così da favorire l'attaccamento al "mio dottore virtuale", quello reale intervenendo solo sporadicamente, magari da remoto e brevemente (le chirurgie e interventistiche più o meno robotizzate meritano un discorso a parte).

Ho tratteggiato questi scenari (scenari e non previsioni) perché delineano sostanziali cambiamenti tecnici della pratica della medicina potenzialmente capaci di migliore efficacia preventiva e curativa in gradi diversi per diverse patologie e situazioni cliniche. Al tempo stesso questi scenari sono espressione di un aspetto fondamentale della digitalizzazione della società[7] in tutte le interazioni inter-personali e professionali, pubbliche e private e di qualunque tipo: ogni interazione costituisce un'opportunità, congiuntamente tecnica e di mercato, per connettere i partecipanti via uno o più passi digitali, ognuno dei quali genera un guadagno economico, gran parte del quale a beneficio degli oligopoli BigTech e industrie satelliti. Se si aggiungono le vastissime possibilità di controllo dei cittadini offerte dai dati prodotti in ogni singola interazione non completamente protetta da registrazione si materializza il "capitalismo di sorveglianza" descritto da Shoshana Zuboff in un libro fondamentale per la comprensione delle società contemporanee[8].

Entro una evoluzione principalmente in questa direzione non ci sarebbe alcuna liberazione ma un persistente e accresciuto vincolo dell'economia di profitto sulla sanità a tutti i livelli, dalla gestione di sistema al "micro-management" e alle singole scelte diagnostiche e terapeutiche. E sicuramente l'insieme della sanità pubblica orientato e spesso pilotato dall'economia di profitto produrrebbe più diseguaglianze di accesso ai servizi e di esiti di salute di quante ne potrebbe attenuare.

Non è azzardato ritenere che oggi "ricerca e pratica" della medicina stiano entrando in una fase di rilevanti mutamenti che implicano mutamenti nella formazione dei medici. La rinnovata attualità del pensiero di Maccacaro è che proprio in frangenti di questo tipo i mutamenti tecnici della formazione richiedono a monte un'approfondita analisi dei determinanti socio-economici, politici e ideologici della teoria e pratica della medicina, analisi senza la quale non è possibile concepire e indirizzare concretamente la formazione verso una medicina a misura dell'umano, egualmente per tutti. •

5. Narzisi S, Miano I, Paroli L, Pagano L. Il burnout nei medici e nella popolazione generale: una sfida per la nostra società. Rivista Italiana Società di Medicina Generale 2025; 4: 30-5.

6. Jia T, Pan F, Yang X, Ji L,Farina D, Li C. Artificial empathy in therapy and healthcare: advancements in interpersonal interaction technologies. Cyborg Bionic Syst 2025; 6. Article0473: https://doi.org/10.34133/

7. Cohen D. Homo numericus. La "Civilization" qui vient. Paris: Albin Michel, 2022.

8. Zuboff S. The age of surveillance capitalism: the fight for a human future at the new frontier of power. New York: PublicAffairs, 2019.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Mon, 16 Feb 2026, 21:51:00

Maccacaro e la "vera" multidisciplinarietà

Ilaria Cosentini
ilaria.cosentini@irib.cnr.it

Non ho conosciuto personalmente Giulio A Maccacaro, ma ho potuto contemplare la grande figura che egli è stato da chi l'ha incontrato, conosciuto e addirittura collaborato con lui. Altri, meglio di me, potranno raccontare la sua storia, il suo ruolo nella medicina italiana, le battaglie politiche e scientifiche. Io vorrei invece soffermarmi su ciò che spesso resta ai margini di grandi maestri come lo è stato Maccacaro: i dettagli, e le scelte quotidiane che rendono la sua figura attuale soprattutto per chi lavora nella ricerca. Perché nonostante la distanza generazionale, stesse sono le battaglie che ancora oggi i ricercatori si ritrovano a combattere.

Il percorso di Maccacaro segue la logica di un confronto continuo e consapevole delle diverse conoscenze.

Ogni volta che ascolto qualcuno parlare di Giulio A Maccacaro, mi colpisce la sensazione di movimento che trapela dai racconti. Un movimento che non è solo professionale, dalla biologia molecolare alla biometria, dalla ricerca sperimentale all'impegno civile e politico, ma principalmente epistemologico. Il suo percorso non segue la logica di un sapere sempre più ristretto e compartimentato, così dominante oggi, bensì quella di un confronto continuo e consapevole delle diverse conoscenze, sostenuto da studio, rigore e assunzione di responsabilità. In questo senso, parlare di multidisciplinarietà a proposito di Maccacaro non significa applicare retroattivamente una *buzzword*, ma riconoscere una pratica concreta, faticosa, che richiede tempo e che espone al conflitto. Oggi la multidisciplinarietà è spesso una parola che fa colpo: torna nei bandi, nei progetti, nei discorsi istituzionali, senza che ci si interroghi davvero a cosa conduca. È un requisito richiesto nelle assunzioni, un elemento che fa punteggio nei progetti, un valore da rivendicare più che da praticare. Per Maccacaro, invece, connettere discipline diverse significava mettere in discussione i confini stessi del sapere. Per comprendere appieno questo concetto, si deve prendere in considerazione il contesto storico in cui Giulio A Maccacaro ha operato. Gli anni '60 e '70 sono attraversati da una profonda crisi di fiducia nella scienza: la bomba atomica, il caso della talidomide, le lotte operaie per la salute nei luoghi di lavoro, la riforma sanitaria e la nascita del Servizio Sanitario Nazionale. In questo scenario, Giulio A Maccacaro insiste su un punto che oggi appare di nuovo urgente: la scienza non è esterna alla società che la produce, ma è necessaria una "medicalizzazione della politica e la politicizzazione della medicina"[1]. In tal senso, la sua critica al legame tra scienza e capitalismo non era un rifiuto alla scienza del tempo, ma il tentativo di immaginarne una migliore. Celebre è l'idea che il prigioniero non possa vedere il progetto complessivo della prigione, ma possa però immaginare e progettare le vie di fuga[2]. In questa metafora c'è forse uno degli insegnamenti più attuali di Giulio A Maccacaro: non aspettare condizioni ideali per agire, ma esercitare una responsabilità critica dentro i vincoli imposti dalla scienza capitalistica, sperimentando approcci alternativi,

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Mon, 16 Feb 2026, 21:51:00

intrecciando saperi diversi, sollevando questioni sociali, anche quando il sistema sembra limitarlo.

Un altro aspetto che sento particolarmente vicino, come giovane ricercatrice, è il suo modo di intendere l'*advocacy*. Maccacaro ci ha insegnato a chiederci continuamente per chi stiamo lavorando e stiamo producendo conoscenza, a non separare la qualità scientifica dall'impatto sociale, a considerare la salute non come fatto individuale, ma come prodotto di condizioni di lavoro, di ambiente, di organizzazione sociale. Questa lezione resta scomoda, ma necessaria, soprattutto in relazione con il presente della ricerca. Un presente segnato dal precariato, dalla competizione permanente, dalla frammentazione dei percorsi. La precarietà non è solo una condizione contrattuale, ma anche una condizione che limita concretamente le possibilità di prendere posizione: tempi accelerati, difficoltà a costruire visioni di lungo periodo e a intrecciare sapere e responsabilità sociale. Molto spesso, più che scegliere cosa studiare, ci si adatta a ciò che è finanziabile, a domande meno scomode o a prospettive poco critiche. Come può la ricerca essere a disposizione di tutti a queste condizioni? Recuperare Giulio A Maccacaro significa interrogarsi su come ricostruire oggi una scienza capace di prendersi cura delle persone e del pianeta, senza rinunciare al rigore e alla responsabilità sociale.

Forse è proprio in queste domande scomode, nel rifiuto dei compromessi, che Maccacaro continua a parlare anche a chi, come me, non lo ha mai incontrato, ma continua a pensare con lui, e prova, a tentoni, a districarsi tra le regole del gioco, come in un *Squid Game* della nostra società. R&P

1. Maccacaro G.A. Medicina democratica, movimento di lotta per la salute, relazione introduttiva al convegno costitutivo di Medicina democratica, Bologna, 15-16 maggio 1976. In: Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Feltrinelli, 1979.

2. Maccacaro GA. Multinazionale scientifica e imprese multinazionali. In: AA.VV. Scienza e potere. Milano: Feltrinelli, 1975.