

**Lotta Politica, Riforme Sanitarie e Questione Razziale negli Stati Uniti da
Truman a Johnson.
La National Medical Association, 1945-1968**

Antonio Soggia
Università di Torino

Il disegno della ricerca e la sua evoluzione

Il progetto originario, intitolato “Gli Stati Uniti tra riforma sanitaria e questione razziale negli anni della Grande Società¹”, nasceva dalla volontà di analizzare in profondità le vicende maturate durante la presidenza di Lyndon Johnson (1963-1969). Nel suo programma di “Lotta alla povertà”, annunciato poco dopo l’insediamento, Johnson assegnò un ruolo rilevante al tema dell’assistenza sanitaria per le persone anziane e per gli indigenti. Dopo le elezioni del 1964, che confermarono Johnson alla presidenza con un inedito successo elettorale, il governo sostenne l’approvazione di un fitto pacchetto di riforme, culminate con l’approvazione, nel luglio 1965, della legge d’istituzione di Medicare e Medicaid. Il provvedimento, che riconosceva l’assistenza sanitaria pubblica alle persone con più di 65 anni e agli indigenti, rappresentò la più significativa espansione dello stato sociale americano nella seconda metà del Ventesimo Secolo.

Intrecciandosi con l’applicazione del Civil Rights Act, l’attuazione di Medicare, e in particolare il processo di accreditamento delle strutture ospedaliere ammissibili al programma, diede uno straordinario impulso al processo di de-segregazione degli ospedali. In poco più di due anni, le strutture ospedaliere che fino ad allora avevano mantenuto strutture separate su base razziale e riconosciuto diritti riservati al personale bianco applicarono interamente le norme federali contro le discriminazioni.

Mai il governo federale era riuscito in un’impresa simile, e mai come allora la burocrazia della Social Security aveva profuso uno sforzo di quella portata, con l’emanazione di linee guida, la redazione di rapporti, la conduzione di attente indagini in ogni angolo del paese.

D’altro canto Medicaid - riservato ai destinatari dell’assistenza sociale - rimaneva, a differenza di Medicare, un programma amministrato dagli Stati, che definivano anche i requisiti per

¹ Va sotto questo nome il complesso delle politiche attuate durante la presidenza di Lyndon Johnson, che miravano ad una società caratterizzata da giustizia sociale e benessere diffuso, e furono tradotte in quegli anni in una serie di provvedimenti di grande rilevanza simbolica e pratica.

l'ammissione ai servizi e l'entità delle prestazioni, e che spesso adottarono criteri d'accesso assai restrittivi e di fatto discriminatori.

A tale limite si aggiungeva il problema di coloro che non erano idonei da un punto di vista anagrafico, economico o sanitario per accedere ai due programmi pubblici di assistenza medica (soprattutto gli adulti senza figli o vicini alla pensione, le persone con un livello precario di salute ma poco al di sopra della linea di povertà, gli adulti che perdevano i requisiti per l'assistenza sociale). Per costoro, risultava rilevante la posizione mantenuta sul mercato del lavoro (che per la maggioranza degli americani è tuttora la fonte principale di assicurazione sulla salute²), e pertanto le disparità occupazionali, in termini di reddito e stabilità offerti dal contratto di lavoro, si sono tradotte in disparità d'accesso alle prestazioni sanitarie e di conseguenza in livelli differenziati di qualità della salute³.

Le disparità tra i gruppi razziali nell'accesso alle cure, pertanto, non sono state eliminate dai provvedimenti adottati a metà degli anni '60, e sono tuttora rilevanti. Da questa constatazione, nasceva l'interesse per una ricerca che esplorasse i nessi esistenti tra disuguaglianze razziali e politiche sanitarie negli anni della Grande Società, con particolare attenzione alla volontà dei riformatori di rimuovere le disparità sanitarie e all'impatto delle riforme sulla popolazione afro-americana.

Tuttavia, durante il primo anno di ricerca, dedicato all'approfondimento bibliografico e metodologico, sono emersi alcuni elementi che hanno portato ad una parziale modifica dell'oggetto dell'analisi.

Esiste anzitutto un problema generale che deve essere affrontato da chiunque si avvicini allo studio delle politiche sociali americane, specialmente di quelle sanitarie, che sono affidate alla gestione di una rete di agenzie e a differenti livelli di governo, e che assegnano ai privati un ruolo assai importante. Alla frammentarietà delle politiche sociali e di quelle sanitarie, infatti, corrisponde la frammentarietà delle fonti.

E' presto apparsa chiara la difficoltà di analizzare Medicaid, programma istituito con provvedimenti federali, ma affidato alle gestione degli Stati, e quindi amministrato in modo non uniforme sul territorio nazionale. Analizzare Medicaid avrebbe richiesto lunghi periodi di ricerca negli Stati Uniti e il ricorso a case-studies, anche se era chiaro che, rivolgendosi alle persone povere, il programma sarebbe stato più interessante per la ricerca, considerata la notevole percentuale di cittadini/e afro-americani/e collocati in questa fascia di popolazione. Per quanto poi

² Secondo il *Census Bureau*, nel 2005 il 59,5 % degli americani godeva di un'assicurazione sanitaria prevista da un contratto di lavoro. Si veda: *U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2005 and 2006 Annual Social and Economic Supplements*, Figura 6 e Tabella 8.

³ Si veda: National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, Mortality. Deaths: Final Data for 2004. Tab.1.

riguarda Medicare, è emerso che il disegno politico della riforma e il processo di approvazione della legge erano stati ampiamente studiati dagli storici. Medicare rappresenta un campo di ricerca florido di dati e analisi, anche se il nesso tra riforma sanitaria e questione razziale emerge raramente negli atti pubblici, nella volontà politica e nelle analisi storiografiche.

Minore attenzione è stata prestata dalla storiografia al grado di coinvolgimento delle associazioni afro-americane nel movimento che sosteneva le riforme sanitarie. Le questioni che hanno suscitato maggiormente l'interesse degli storici (e non solo) sono la segregazione e le altre forme di discriminazione razziale esistenti nel sistema sanitario, e la lotta del movimento per il riconoscimento dei "medical civil rights". Infatti, benché le principali associazioni afro-americane, fin dalla metà degli anni '40, abbiano sostenuto l'introduzione di un'assicurazione sanitaria universale, è stato trascurato il rapporto tra le richieste più limitate e urgenti espresse dal movimento e le rivendicazioni generali di riforma. Questo fenomeno si inserisce nella generale sottovalutazione dell'agenda sociale del movimento afro-americano, a fronte della ricchezza di studi relativi alle mobilitazioni connesse ai diritti civili. Per queste ragioni, si è scelto di spostare il focus della ricerca dai decisori politici agli attori sociali coinvolti, attraverso la rappresentanza dei bisogni e la lotta politica, nei processi di riforma sanitaria. Ciò ha consentito di superare quei problemi di frammentarietà delle fonti ai quali si accennava sopra e, si spera, contribuirà a colmare almeno in parte un vuoto storiografico.

Tra le organizzazioni afro-americane, la National Urban League (NUL), la National Medical Association (NMA) e la National Association for the Advancement of Colored People (NAACP) sono state senza dubbio le più attive nella lotta politica connessa alle riforme sanitarie. La necessità di circoscrivere il campo della ricerca, tuttavia, ha imposto di limitare l'analisi ad una sola delle associazioni per i diritti civili: la National Medical Association (NMA). Nata nel 1895, è la più grande e antica associazione dei medici afro-americani; è stata fondata per dare voce e offrire tutela ai medici e ai pazienti di colore e superare le discriminazioni imposte dalle strutture sanitarie e dalle organizzazioni professionali bianche (soprattutto l'AMA – American Medical Association). Pertanto, la NMA si configura al tempo stesso come organizzazione professionale e come soggetto politico. E' inoltre l'associazione afro-americana di rilevanza nazionale meno studiata, e la collocazione della sua attività al confine tra diritti civili e diritti sociali la rende particolarmente interessante.

Definito l'oggetto specifico della ricerca, si imponeva una definizione chiara dei suoi obiettivi. Sono stati individuati come obiettivi specifici:

- studiare il grado di partecipazione della NMA al movimento che sosteneva l'approvazione della riforma sanitaria;

- comprendere i nessi tra richieste legate a bisogni urgenti (la de-segregazione e il superamento delle altre forme di discriminazione nel sistema sanitario) e rivendicazioni di più ampio respiro (es., l'assicurazione sanitaria universale);
- analizzare la posizione della NMA in relazione alle misure rivolte alle persone povere (es., Medicaid).

Per il raggiungimento degli obiettivi della ricerca, nei mesi di marzo e aprile 2009 è stata compiuta una missione negli Stati Uniti, presso la Howard University di Washington DC (in particolare presso il Moorland-Spingarn Research Center) e la National Library of Medicine – National Institute of Health (Bethesda, MD).

Durante la missione negli Stati Uniti e l'esame delle fonti, delle quali si parlerà più avanti, è apparso chiaro che un'analisi completa dell'attività della NMA e della relazione esistente tra questione razziale e riforme sanitarie dovesse partire dalla metà degli anni '40, quando furono presentate le proposte di riforma dell'amministrazione Truman e quando fu approvato l'Hill-Burton Act, che concedeva fondi federali per la costruzione degli ospedali consentendo la sopravvivenza delle pratiche segregazioniste. Negli stessi anni, e in stretta relazione con questi eventi, la NMA mutava il suo profilo politico e organizzativo. Un'analisi di questo tipo doveva poi concludersi con la sconfitta democratica del 1968, che pose fine alla Great Society e segnò il tramonto della coalizione sociale e politica sorta all'epoca del New Deal.

Per tenere conto dell'ampliamento dell'arco cronologico di riferimento e dell'oggetto specifico della ricerca, pertanto, è stata introdotta una modifica nel titolo del progetto, la cui forma definitiva è: "Lotta politica, riforme sanitarie e questione razziale negli Stati Uniti da Truman a Johnson. La National Medical Association, 1945-1968".

Il contesto storiografico

Nell'arco degli ultimi due decenni, nella storiografia delle politiche sociali americane è cresciuto l'interesse per la questione della razza e del genere⁴, temi a lungo trascurati dalla letteratura precedente. Questa corrente di studi, sulla scia delle critiche sollevate dal movimento femminista e

⁴ Per il rapporto tra razza e welfare si veda: M. K. Brown, *Race, Money and the American Welfare State*, Ithaca, Cornell University Press, 1999; R. Lieberman, *Shifting the Color Line. Race and the American Welfare State*. Cambridge, Harvard University Press, 1998.; M. Poole, *The Segregated Origins of Social Security*, Chapel Hill, The University of North Carolina Press, 2006; J. Quadagno, *The Color of Welfare. How Racism Undermined the War on Poverty*, New York – Oxford, Oxford University Press, 1994; D. Béland, *Social Security. History and Politics from the New Deal to the Privatization Debate*, Lawrence, University Press of Kansas, 2005. Per il rapporto tra genere e welfare si veda: T. Skocpol, *Protecting soldiers and mothers: the political origins of social policy in the United States*, Cambridge, Belknap Press, 1992; L. Gordon, *Pitied but Not Entitled: Single Mothers and the History of Welfare, 1890-1935*, New York, Free Press, 1994; K. K. Sklar, *The Historical Foundations of Women's Power in the Creation of the American Welfare State, 1830-1930*, in Koven, Michel (eds.), *Mothers of the New World*, New York, Routledge, 1993; E. Vezzosi, *Madri e Stato*, Roma, Carocci, 2002.

da quello per i diritti civili alle tradizionali interpretazioni dell'ordine politico e sociale, concepisce il welfare state come un sistema di stratificazione sociale che può sia ridurre sia accrescere le disuguaglianze che derivano dalle relazioni familiari e dal mercato del lavoro. Non a caso molti studiosi della razza e del genere si sono confrontati col lavoro del grande teorico del welfare Gøsta Esping-Andersen⁵, criticandolo per non aver considerato nella sua analisi le forme di divisione sociale diverse dalle disuguaglianze socio-economiche. Secondo questi autori, al contrario, la riproduzione delle disuguaglianze fondate sul genere e sulla razza o, viceversa, il tentativo di superare tali forme di differenziazione sociale sono le reali dinamiche che hanno guidato l'evoluzione delle politiche sociali in America.

Se alcuni studiosi mettono in relazione il tema della razza e del genere con quello della struttura istituzionale, evidenziando la capacità delle istituzioni di plasmare l'identità dei gruppi sociali, altri connettono tali questioni alla cosiddetta "politica delle idee", ponendo l'accento sul nesso esistente tra pregiudizio culturale e risultati politici. Gli approcci più interessanti, in realtà, mostrano l'interdipendenza esistente tra i due piani e la relazione della questione razziale e di genere con quella di classe.

La tesi si muove all'interno di questo orizzonte, che è principalmente storiografico ma necessariamente interdisciplinare, considerando soprattutto le opere che hanno analizzato il peso della questione razziale nell'evoluzione delle politiche sanitarie americane. Si tratta, in particolare, dei volumi che hanno trattato la questione della segregazione e delle altre forme di discriminazione presenti nel sistema sanitario⁶, dei lavori che hanno analizzato il movimento degli

⁵ G. Esping-Andersen, *The three worlds of welfare capitalism*, Princeton, Princeton University Press, 1990.

⁶ Si veda: D. C. Reitzes, *Negroes and Medicine*, Harvard University Press, Cambridge, 1958; L. Cogan, *Negroes for Medicine. A Report of a Macy Conference*, Baltimora, The John Hopkins Press, 1968; P.P. Reynolds, "Hospitals and Civil Rights, 1945-1963: The Case of Simkins v Moses H. Cone Memorial Hospital", *Annals of Internal Medicine*, 1 June 1997, V. 126, Issue 11, pp. 898-906; P.P. Reynolds, "The federal government's use of Title VI and Medicare to racially integrate hospitals in the United States, 1963 through 1967", *American Journal of Public Health*, 1997, Vol. 87, Issue 11, pp. 1850-1858; D. Barton Smith, *Health Care Divided: Race and Healing a Nation*, Ann Arbor, MI, University of Michigan Press, 1999; J. Quadagno, "Promoting Civil Rights through the Welfare State: How Medicare Integrated Southern Hospitals", *Social problems*, Vol. 47, No. 1, Feb. 2000, pp. 68-89; P. Preston Reynolds, "Professional and Hospital DISCRIMINATION and the US Court of Appeals Fourth Circuit 1956-1967", *American Journal of Public Health*, May 2004, Vol 94, No. 5, pp. 710-720; D.B. Smith, "The Politics of Racial Disparities: Desegregating the Hospitals in Jackson, Mississippi", *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 2, 2005, pp. 247-69; D.B. Smith, "Racial And Ethnic Health Disparities And The Unfinished Civil Rights Agenda", *Health Affairs*, v. 24, no. 2, 2005, pp. 317-324, S. K. Roberts Jr., *Infectious Fear. Politics, Disease, and the Health Effects of Segregation*, The University of North Carolina Press, Chapel Hill, 2009; H. A. Washington e al., "Segregation, Civil Rights, and Health Disparities: The Legacy of African American Physicians and Organized Medicine, 1910-1968", *JOURNAL OF THE NATIONAL MEDICAL ASSOCIATION*, VOL. 101, NO. 6, JUNE 2009, pp. 513-527.

ospedali di comunità e le altre forme di auto-organizzazione degli afro-americani⁷, e di varie opere di sintesi e di analisi di più ampio respiro⁸.

Negli Stati Uniti la razza conta, in materia di salute e di politiche sanitarie. Secondo David Barton Smith⁹ “la sua influenza è stata così permanente e pervasiva da divenire una parte quasi irriconoscibile” della cultura americana. Tre caratteristiche delle politiche sanitarie le rendono differenti da qualsiasi altro bene o servizio pubblico e così permeabili alle contraddizioni e alle disuguaglianze razziali: anzitutto, la sanità costituisce un “meccanismo di controllo sociale, che contribuisce alla stabilità della società”; in secondo luogo, “la sanità rappresenta un bene pubblico” e, come per ogni bene pubblico, i suoi benefici non possono essere limitati alla persona che usufruisce direttamente del servizio e che paga per esso; infine, la sanità rappresenta “una questione etica e morale”, direttamente connessa all’uguaglianza delle opportunità, alla giustizia sociale, al benessere e, in alcuni casi, alla sopravvivenza stessa¹⁰.

Soprattutto, la razza emerge come una variabile assai rilevante se si analizzano le condizioni di salute della popolazione americana. Se nel corso del XX secolo le condizioni di salute degli afro-americani sono progredite, e il gap con la popolazione bianca si è ristretto, l’andamento della mortalità e della speranza di vita è stato discontinuo. Benché, come spiegano Michael Byrd e Lynda Clayton¹¹, sia complesso ricostruire l’evoluzione della mortalità per qualsiasi gruppo sociale negli Stati Uniti prima del 1940, dato che solo nel 1933 fu costituito un sistema nazionale di registrazione dei decessi, diverse fonti¹² suggeriscono che a cavallo dei due secoli la speranza di vita dei neri si collocasse tra i 30 e i 32 anni, contro i 50 anni di quella dei bianchi. Se nella prima metà del XX secolo i miglioramenti maggiori si ebbero negli anni ’30 e soprattutto negli anni ’40, alcune analisi suggeriscono che durante gli anni ’20, mentre il tasso di mortalità tra i bianchi

⁷ Si veda: W. Montague Cobb, *The First Negro Medical Society. A History of the Medico-Chirurgical Society of D.C.*, The Associated Publishers, Washington DC, 1939; V. Gamble. *Making a Place for Ourselves: The Black Hospital Movement, 1920-1945*, New York, Oxford University Press, 1995; S. Smith, *Sick and Tired of Being Sick and Tired: Black Women's Health Activism in America, 1890-1950*, Pennsylvania, University of Pennsylvania Press, 1995.

⁸ Si veda: M. Seham, *Blacks and American Medical Care*, The University of Minnesota Press, Minneapolis, 1973; H. M. Morais, *The History of the Afro-American in Medicine.*, Revised edition. Cornwells Heights, Pa.: Publishers Agency, under the auspices of the Assn. for the Study of Afro-American Life and History, 1976; E. H. Beardsley, *A history of Neglect. Health Care for Blacks and Mill Workers in the Twentieth Century South*, Knoxville, The University of Tennessee Press, 1987; D. P. Willis (a cura di-), *Health Policies and Black Americans*, New Brunswick, Transaction Publishers, 1989; C. E. Semmes, *Racism, Health and Post-Industrialism. A Theory of African-American Health*, Praeger, Westport, Connecticut/London, 1996; E. M. Townes, *Breaking the Fine Rain of Death. African American Health Issues and a Womanistic Ethic of Care*, Continuum, New York, 1998; M. Byrd, L. Clayton, *The American Health Dilemma: Race, Medicine and Health Care in the United States, 1900-2000*, New York, Routledge, 2002.

⁹ D. Barton Smith, *Health Care Divided: Race and Healing a Nation*, Ann Arbor, MI, University of Michigan Press, 1999, pp. 4-5.

¹⁰ *Ibid.*, pp. 7-9.

¹¹ M. Byrd, L. Clayton, *An American Health Dilemma: Race, Medicine and Health Care in the United States, 1900-2000*, New York, Routledge, 2002, pp. 79 e seg.

¹² Già nel 1906, il grande leader afro-americano William Edward Burghardt Du Bois spiegò nel suo *The Health and Physique of the Negro American* che utili informazioni sulla salute degli afro-americani potevano essere ricavate dai rapporti delle compagnie assicurative, dai dati anagrafici raccolti dalle città, dai rapporti del *Surgeon General* degli Stati Uniti, dai documenti prodotti dai *Black Hospital* e dalle scuole di medicina e, infine, dalle lettere dei medici. Si veda M. Byrd, L. Clayton, *Op. Cit.*, p. 79.

calava di circa il 10%, quello dei neri subiva un incremento del 7%, a prova del fatto che “la mortalità degli afro-americani crebbe in alcune fasi del secolo”¹³. Gli anni Venti, come sottolineano Byrd e Clayton, “costituiscono il precedente per il declino della longevità degli afro-americani che si ripeté nel decennio 1984-1994”¹⁴.

In particolare, e ciò è assai rilevante per questa analisi, l’andamento della salute degli afro-americani è connesso al peso e alla qualità delle politiche sanitarie attuate dal governo federale, dagli Stati, e dalle organizzazioni private. Molte analisi hanno evidenziato i miglioramenti conseguiti dai movimenti di auto-organizzazione¹⁵; la gran parte delle ricerche, tuttavia evidenzia la centralità dell’azione delle politiche pubbliche, in particolare di quelle federali.

In generale, l’ampliamento del ruolo del governo federale nelle politiche sanitarie ha favorito un concreto miglioramento della qualità della vita della popolazione afro-americana. Il periodo 1965-1975 è considerato pressoché unanimemente l’epoca di maggiore progresso, dato che vi si dispiegarono lo sforzo federale per la de-segregazione delle strutture ospedaliere, che favorì un notevole incremento nell’accesso alle cure da parte dei neri, e gli effetti della politica riformatrice della Grande Società. Il 1965, in particolare, fu un anno straordinario per l’evoluzione delle politiche sanitarie, con 29 leggi-chiave approvate in materia.

Tra 1965 e 1983, la speranza di vita alla nascita per le donne afro-americane crebbe di 8 anni, passando da 65,9 a 73,8; anche per gli uomini, nello stesso periodo, la vita media si allungò, seppur in misura minore, passando da 60,7 a 65,2 anni. Anche la popolazione bianca registrò un miglioramento, che fu tuttavia più contenuto. Allo stesso modo, la mortalità infantile tra gli afro-americani calò di oltre il 50%, passando da 44 morti ogni 1.000 nati vivi nel 1960 a 21 morti ogni 1.000 nel 1980. Come è stato evidenziato in uno studio condotto da Karen Davis e altri¹⁶, per gli afro-americani il calo della mortalità generale e di quella infantile nel periodo richiamato sono direttamente correlati alla riduzione dei decessi per alcune patologie tradizionalmente associate alla popolazione povera, come la polmonite e la tubercolosi. Secondo la ricerca, ciò è stato possibile grazie ad un intervento dell’amministrazione federale nel finanziamento e nella gestione diretta dei servizi sanitari fino ad allora sconosciuto, che vide un aumento delle cure pre-natali, delle vaccinazioni, dei check-up generali, dell’accesso agli ospedali e alle case di cura, con una significativa riduzione dei differenziali razziali nell’uso dei servizi. Secondo una ricerca pubblicata

¹³ M. Byrd, L. Clayton, *Op. Cit.*, p. 80.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ Susan Smith, ad esempio, riporta i risultati conseguiti dalla *National Negro Health Week*, promossa dal *Tuskegee Institute*, nel periodo 1915-1930. Si veda: S. Smith, *Sick and Tired of Being Sick and Tired: Black Women's Health Activism in America, 1890-1950*, Pennsylvania, University of Pennsylvania Press, 1995, pp. 56-57.

¹⁶ K. Davis, M. Lillie-Blanton, B. Lyons, F. Mullan, N. Powe, D. Roland, “Health Care for Black Americans: The Public Sector Role”, in D. P. Willis (a cura di-), *Health Policies and Black Americans*, New Brunswick, Transaction Publishers, 1989, pp. 213-247.

nel 2006 dal Dipartimento di Economia del *Massachusetts Institute of Technology*¹⁷, vi sarebbe un correlazione diretta tra la de-segregazione e il calo della mortalità infantile, tanto che l'abbattimento delle barriere razziali nell'accesso agli ospedali del Sud rurale avrebbe consentito ad almeno 5.000 bambini afro-americani di sopravvivere fino al primo anno di vita tra il 1965 e il 1975.

David McBride¹⁸ ha distinto tre fasi nello sviluppo delle politiche sanitarie federali tra la Grande Società e i giorni nostri: la fase dell'*Impegno* (1965-1975), animata dall'azione di una sorta di "sotto-governo tripartito", costituito dal Congresso, dalle Agenzie Federali contro la povertà e dai movimenti per il diritto alla salute e per i diritti civili (tra i quali spiccano la *National Medical Association* e il *Medical Committe for Human Rights*) e caratterizzato dall'elaborazione della cosiddetta "medicina di comunità"¹⁹; la fase della *Sommersione* (1975-1989), segnata dalla marginalità dei bisogni dei gruppi minoritari, dall'adozione dell'ideale del "paziente-consumatore", secondo un approccio "orientato al mercato", e dai tagli alla medicina di comunità²⁰; la fase del *Riconoscimento della Crisi*, infine, durante la quale, a partire dagli anni '90, sarebbe sorto un nuovo attivismo nei ghetti neri, non adeguatamente supportato dalle politiche pubbliche.

E' Susan Smith²¹ a notare che, se l'azione del governo federale nella politica sanitaria è sempre stata positiva per i neri del ceto medio, per i poveri il quadro presenta alcune eccezioni, come dimostra, ad esempio, il *Tuskegee Syphilis Study*, portato avanti dal *Public Health Service* dal 1932 al 1972 nella Contea di Macon, in Alabama. Lo studio, finalizzato a studiare l'evoluzione naturale della sifilide non trattata, coinvolse 400 uomini afro-americani ammalati, oltre a 200 uomini sani utilizzati come campione di controllo. Gli uomini coinvolti nella ricerca non furono informati della loro malattia, né del fatto che essa si sarebbe diffusa alle/ai loro partner sessuali. Non sapevano che non avrebbero ricevuto alcun trattamento e che pertanto lo studio si sarebbe concluso con la loro morte. Gli uomini si sentirono dire che sarebbero stati curati per "*bad blood*" (cattivo sangue), espressione generica che si riferiva ad una serie di disturbi, una sorta di malessere generale.

¹⁷ D. Almond, K.Y. Chay, M. Greenstone, "Civil Rights, the War on Poverty, and Black-White Convergence in Infant Mortality in the Rural South and Mississippi", Massachusetts Institute of Technology, Department of Economics, Working Paper Series, Working Paper 07-04, December 31, 2006.

¹⁸ D. McBride, "Black America: From Community Health Care to Crisis Medicine", in J.A. Morone, G.S. Belkin (a cura di-), *The Politics of Health Care Refom*, Duke University Press, Durham/london, 1994.

¹⁹ Nella "medicina di comunità" l'attenzione è incentrata sui bisogni della comunità nel suo complesso e sui gruppi che la compongono, più che sulla salute individuale; nella seconda metà degli anni '60, la "medicina di comunità" ruotava intorno ai *Neighborhood Health Centers* (Centri Sanitari di Quartiere), presidi multi-specialistici e inclusivi collocati nelle aree povere. Si veda D. McBride, *Op. Cit.*, pp. 81-82.

²⁰ Molti studi hanno evidenziato il peso negativo dei tagli al *welfare* operati dall'amministrazione Reagan per la salute degli afro-americani, e le conseguenze nefaste dell'adozione, nella sanità, di un approccio orientato al profitto, per l'ampliamento delle disparità razziali in materia di salute.

²¹ S. Smith, *Op. Cit.*, pp. 85-117.

Il *Tuskegee Study*, come ha puntualizzato Vanessa Gamble²², da singolo evento storico si è trasformato in potente metafora, che simboleggia il razzismo nella medicina e l'abuso esercitato dalle istituzioni sul corpo degli afro-americani. Occorre non dimenticare, tuttavia, che lo studio rappresenta solo uno dei numerosi casi di prevaricazione verificatisi dalla schiavitù ai giorni nostri. L'esperienza delle sterilizzazioni forzate delle *welfare mothers*, le sperimentazioni mediche non volontarie, i limiti posti dal Congresso per l'accesso all'aborto delle pazienti povere e altri casi analoghi dimostrano che per le donne afro-americane meno abbienti il governo federale e l'establishment medico non sono stati sempre "poteri buoni". Infatti, come ricorda Emilie Townes²³, le pazienti afro-americane povere sono collocate all'incrocio di stereotipi razzisti, sessisti e classisti che, elaborati in forma sistematica col darwinismo sociale di fine Ottocento, hanno influenzato le opinioni mediche e plasmato le politiche socio-sanitarie.

Richiamando gli esempi appena riportati, molte opere insistono sulla salute come "produzione culturale e sociale"²⁴ e definiscono la medicina non un sapere neutrale, ma un'istituzione sociale che "riflette e rafforza valori e convinzioni che si ritrovano nella società più ampia"²⁵. Si pensi, solo per fare un esempio, all'utilizzo dell'opinione dei medici per sostenere l'ideologia politica dell'inferiorità dei neri e della loro sottomissione, e per giustificare la schiavitù, prima, e la segregazione, poi. O ancora, alla "medicalizzazione" e "biologizzazione" dei problemi sociali, economici e politici, con il ricorso al dato biologico e genetico (o a quello culturale, a sua volta "biologizzato" e "essenzializzato"²⁶) per spiegare l'origine di alcune malattie²⁷ o alcuni fenomeni connessi alla riproduzione e alla sessualità²⁸, negando il peso dei fattori economico-sociali e attingendo agli stereotipi negativi connessi alla sessualità delle donne e degli uomini afro-americani. Si pensi, inoltre, alla definizione di "razza" come dato biologico, e al peso che essa ha avuto e ha ancora sia per la ricerca medica e farmacologica, sia per l'elaborazione delle politiche sanitarie. O, infine, alla lunga serie di abusi e sperimentazioni mediche, in parte già richiamati, che

²² V. Gamble, "Under the Shadow of Tuskegee: African Americans and Health Care", *American Journal of Public Health*, November 1997, vol. 87, no. 11, p. 1774.

²³ E. M. Townes, *Breaking the Fine Rain of Death. African American Health Issues and a Womanistic Ethic of Care*, Continuum, New York, 1998, p. 108.

²⁴ Si vedano E. M. Townes, *Op. Cit.*, pp. 107-120 e C. E. Semmes, *Racism, Health and Post-Industrialism. A Theory of African-American Health*, Praeger, Westport, Connecticut/London, 1996.

²⁵ V. Gamble, B. EE. Blustein, "Racial Differentials in Medical Care : Implications for Research on Women", in A. Mastroianni, R. Faden, D. Federman (a cura di-), *Women and Health Research*, National Academy Press, Washington DC, 1994, p. 180.

²⁶ Si veda A. J. Schulz, L. Mullings (a cura di-), *Gender, Race, Class, and Health. Intersectional Approaches*, Jossey-Bass, San Francisco, 2006, p. 9.

²⁷ Questo è stato fatto per la sifilide, la tubercolosi, l'anemia falciforme e, più recentemente, l'AIDS.

²⁸ Tra 1880 e 1940 si registrò un calo della fertilità sia tra le donne bianche, sia tra quelle afro-americane; se per le prime l'origine del fenomeno era identificata col ricorso alla contraccezione, per le seconde era associata alla diffusione di malattie veneree connesse all'immoralità della condotta sessuale, dato che "molti medici e scienziati sociali pensarono che la scarsa intelligenza e l'elevata immoralità delle donne di colore impedisse loro di ricorrere alla contraccezione". Studi più recenti, tuttavia, hanno dimostrato che già nei decenni antecedenti alla Seconda Guerra Mondiale i metodi contraccettivi erano abbastanza diffusi nella comunità nera (si veda V. Gamble, B. EE. Blustein, *Op. Cit.*, pp. 181-182)

hanno sollevato la psicosi del genocidio (anche in anni recenti, per la diffusione dell'AIDS) e ostacolato la partecipazione dei neri, in particolare delle donne, alla ricerca²⁹.

Clovis Semmes³⁰, con un approccio culturalista, ha esaminato “le basi socio-culturali della salute nel contesto storico americano e il necessario ruolo delle trasformazioni della salute nell'affermazione della libertà e della dignità umana”³¹. Infatti, l'oppressione esercitata dall'egemonia della cultura bianca, cioè “la trasformazione delle basi organizzative e ideali della vita degli africani in America”³², riguarda vari aspetti assai rilevanti per la salute: la vita familiare, comprese la sessualità e la riproduzione, la religione, l'identità, l'organizzazione del lavoro, i consumi, le condizioni abitative e lavorative. Secondo Semmes, “la destabilizzazione delle norme culturali ha posto nuovi e abnormi ostacoli alla salute degli afro-americani”³³. Pertanto, il perseguimento della salute è al tempo stesso un obiettivo e una liberazione, dato che “la coscienza della propria salute diventa coscienza politica”³⁴. Da questo punto di vista, migliorare l'accesso degli afro-americani ai servizi sanitari non è sufficiente, dato che la salute ha essenzialmente basi socio-culturali. Anche Semmes richiama gli stereotipi negativi connessi al corpo maschile e femminile degli afro-americani e l'ambiguità dell'atteggiamento dei bianchi, tra desiderio e volontà di controllo, che hanno influenzato la pratica medica. Inoltre, Semmes assegna un ruolo assai rilevante all'evoluzione del capitalismo nell'era del post-industrialismo (in particolare all'evoluzione del “complesso medico-industriale”³⁵) e alla posizione che hanno i neri al suo interno, dato che essi non possiedono i filtri per evitare modelli di consumo insalubri. Semmes giudica molto criticamente il processo che ha guidato all'integrazione razziale del sistema sanitario, e ritiene che le istituzioni separate e auto-gestite dagli afro-americani, come la *National Negro Health Week* e i *Black Hospital* fossero “armi contro il razzismo”, strumenti della “coscienza nera”, “sfide al perseguimento della salute dettato dalle norme egemoniche”³⁶.

Nell'analisi di Semmes le basi sociali e culturali della salute si intrecciano con considerazioni legate al modello economico capitalista e alla condizione dei ceti poveri. In realtà, l'intera letteratura sull'argomento adotta un approccio multivariato, riconoscendo il peso e le relazioni esistenti tra razza, genere e classe in materia di salute e di politiche sanitarie. Secondo la teoria dell'*Intersezionalità*, le tre categorie sono costruzioni sociali prodotte simultaneamente che si definiscono reciprocamente³⁷. Un approccio di questo tipo ha avuto un peso notevole nell'azione

²⁹ Si veda V. Gamble, B. EE. Blustein, *Op. Cit.*, pp. 184-187.

³⁰ C. E. Semmes, *Op. Cit.*

³¹ *Ibid.*, p. XIV.

³² *Ibid.*, p. XIII.

³³ *Ibid.*, p. XI.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*, pp. 118-121.

³⁶ *Ibid.*, p. XII e pp. 118-119.

³⁷ Si veda A. J. Schulz, L. Mullings, *Op. Cit.*

dei movimenti per la salute delle donne afro-americane povere a partire dai primi anni '70, con una notevole influenza sul movimento delle donne in generale e sulle politiche pubbliche più recenti.

Il nesso tra povertà, razza e salute, in particolare, è una sorta di assioma per le riflessioni elaborate sulla salute degli afro-americani, sia perché è l'evidenza dei dati empirici a suggerirlo, sia per l'esistenza di forti stereotipi classisti, più volte richiamati, nella pratica medica bianca. Max Seham³⁸ arriva a definire razzismo e povertà “due facce della stessa medaglia”³⁹ e, profeticamente, osserva: “finché il grosso della sanità sarà finanziato privatamente, dato che i neri generalmente non hanno i mezzi per accedervi, [...] l'uguaglianza resterà una promessa vuota”⁴⁰. Edward Beardsley⁴¹, mettendo a confronto le condizioni di salute dei braccianti afro-americani e dei lavoratori bianchi dell'industria tessile in Georgia, Carolina del Nord e Carolina del Sud nel corso del XX secolo, parla di “due storie parallele di abbandono”. Secondo Beardsley, evidenziate le differenze tra i due gruppi e la peggiore condizione dei neri, si può affermare che lavoratori poveri bianchi e afro-americani furono “vittime di una società fondata sullo sfruttamento economico e sull'esistenza di gerarchie di classe e di razza”⁴².

Nonostante ciò, Vanessa Gamble⁴³ puntualizza che, come dimostrano l'esclusione e la segregazione razziale nel sistema sanitario, che coinvolgevano afro-americani di ogni estrazione sociale, per i neri l'appartenenza razziale ebbe storicamente un peso superiore allo status socio-economico. Il fenomeno, del resto, non si è esaurito con la fine delle discriminazioni legali: numerose ricerche dimostrano la sopravvivenza di pratiche discriminatorie e escludenti, che agiscono in forma meno esplicita e subdola.

Al tempo stesso, la storia degli afro-americani nel sistema sanitario rivela la complessità della comunità nera e l'esistenza, al suo interno, di tensioni e conflitti di ordine sociale, economico e politico. Tra questi, deve essere senza dubbio richiamato il conflitto tra separatismo e integrazione: il primo, noto anche come “teoria dell'adattamento”, è legato al Compromesso di Atlanta del 1895, annunciato dal leader afro-americano e fondatore del *Tuskegee Institute*⁴⁴ Booker Washington. Secondo il Compromesso, gli afro-americani non avrebbero messo in discussione la segregazione razziale e le restrizioni imposte al loro diritto di voto, a patto che i bianchi garantissero alla comunità nera la possibilità di un graduale progresso economico. Il separatismo

³⁸ M. Seham, *Blacks and American Medical Care*, The University of Minnesota Press, Minneapolis, 1973.

³⁹ *Ibid.*, p. 109.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 19.

⁴¹ E. H. Beardsley, *A History of Neglect. Health Care for Blacks and Mill Workers in the Twentieth Century South*, Knoxville, The University of Tennessee Press, 1987.

⁴² *Ibid.*, p. 8.

⁴³ V. Gamble, *Making a Place for Ourselves: The Black Hospital Movement, 1920-1945*, New York, Oxford University Press, 1995, p. 13 e p. 47.

⁴⁴ La *Normal Colored School for Teachers* fu fondata a Tuskegee, Alabama, nel 1881. Più comunemente nota come *Tuskegee Institute*, rappresentò a lungo la più importante istituzione universitaria destinata alla formazione degli afro-americani.

era connotato da un forte richiamo alla solidarietà razziale, all'auto-organizzazione e allo sviluppo economico, e metteva in secondo piano la questione dei diritti; l'integrazione era vista come un obiettivo auspicabile, ma lontano nel tempo. Dato che la segregazione non poteva essere rovesciata, la costruzione di istituzioni sociali separate era vista come l'unica via per garantire alle masse nere condizioni socio-economiche dignitose. In effetti, la costituzionalità della dottrina del "separate but equal" fu sancita dalla sentenza della Corte Suprema *Plessy v. Ferguson* del 1896.

Il separatismo fu la corrente ideologica maggioritaria nella comunità afro-americana fino ai primi anni '40 del Ventesimo Secolo, e in campo sanitario prese la forma dei *Black Hospital*, costruiti a partire dal 1891, e delle varie iniziative di auto-organizzazione messe in campo da organizzazioni di volontariato, associazioni professionali, gruppi imprenditoriali, chiese. Presto al separatismo si contrappose l'integrazionismo, incarnato dalla figura di William E. B. Du Bois e, soprattutto, dalla *National Association for the Advancement of Colored People* (NAACP), fondata nel 1909. Secondo gli integrazionisti, il progresso degli afro-americani passava necessariamente per la conquista dei diritti civili e per la fine della segregazione razziale, dato che le istituzioni separate costituivano le vestigia dell'oppressione razziale e negavano ai neri l'uguaglianza delle opportunità. La NAACP perseguì i propri scopi attraverso una pressione costante sui tre poteri dello Stato, ma certamente le azioni legali che promosse rappresentano la sua eredità più importante: nel 1954, una di queste portò alla sentenza *Brown v. Board of Education of Topeka (Kansas)*, che, rovesciando la sentenza del 1896, dichiarava incostituzionale la dottrina del "separate but equal" in ogni ambito nel quale lo Stato esercitasse la propria azione. All'indomani della Seconda Guerra Mondiale, un piccolo ma combattivo nucleo di medici affiliati alla NAACP, guidati da Louis Wright e da William Montague Cobb, riuscirono a spostare le organizzazioni professionali dei medici afro-americani, in particolare la *National Medical Association*, su posizioni integrazioniste. L'integrazionismo, del resto, stava prendendo piede come l'ideologia maggioritaria nella comunità nera. Aveva inizio l'epoca dei *Medical Civil Rights*, che portò alla de-segregazione dell'intero sistema sanitario negli anni '60.

Le fonti

Benché il Moorland-Spingarn Research Center della Howard University sia stato individuato dalla NMA quale depositario ufficiale degli archivi dell'associazione, il Centro non ha ad oggi ricevuto alcuna documentazione. L'associazione, inoltre, non dispone di archivi accessibili al pubblico presso la propria sede.

Considerata la situazione, sono state analizzate nove collezioni di manoscritti, risalenti al periodo 1930-1980 e riferibili a personaggi di primo piano nella storia della NMA; sono state prese in esame, inoltre, raccolte non direttamente riferibili alla NMA, ma ad individui che, per la loro

attività all'interno di organizzazioni partner, hanno esercitato una significativa influenza sulla vita dell'associazione o sull'esperienza degli afro-americani nel sistema sanitario.

Il risultato di questo lavoro di ricerca è una notevole quantità di materiale, corrispondente a circa 5.000 pagine. Le collezioni di manoscritti includono lettere, appunti, programmi e inviti, bozze, certificati e riconoscimenti, rapporti, testimonianze, comunicati stampa, resoconti, discorsi, volantini, pamphlet, ritagli di giornale, documenti legislativi.

Sono state prese in esame le seguenti raccolte:

- a) Papers di William Montague Cobb, conservati presso il Moorland-Spingarn Research Center – Manuscript Division. W. Montague Cobb fu presidente della Medico-Chirurgical Society of DC e direttore del Bulletin dell'associazione, affiliata alla NMA. Fu inoltre presidente della NMA nel biennio 1964-1965 (quello della riforma Medicare/Medicaid), direttore del Journal della NMA nel periodo 1949-1977 e, fino alla sua morte (1990), direttore emerito; fu inoltre presidente della NAACP tra il 1976 e il 1982 e, negli anni precedenti (1950-1977) direttore del National Medical/Health Committee della NAACP; inoltre svolse il ruolo di direttore esecutivo delle Annual Imhotep National Conferences on Hospital Integration (1957-1963).
- b) Papers di Leonidas H. Berry, conservati presso la National Library of Medicine – History of Medicine Division. Leonidas Berry fu presidente della NMA nel periodo 1965-1966. Figura a cavallo tra civil rights e welfare rights, nella sua attività professionale e politica Berry si occupò in particolare della salute delle persone afro-americane povere. Come presidente della NMA, curò i rapporti con l'amministrazione federale per l'implementazione di Medicare/Medicaid e si impegnò particolarmente per accrescere il numero di medici bianchi affiliati all'associazione, nel tentativo di sottolineare il valore interrazziale dei suoi obiettivi.
- c) Papers di Louis T. Wright, conservati presso il Moorland-Spingarn Research Center – Manuscript Division. Wright, primo chirurgo afro-americano ad essere ammesso nello staff dell'Harlem Hospital, dedicò la sua vita alla lotta contro le discriminazioni razziali presenti nel sistema sanitario e nelle scuole di medicina. Con altri medici, nel 1930 fondò la Manhattan Medical Society, affiliata alla NMA; Wright e la Society si batterono contro la costruzione, a New York City, di nuovi ospedali improntati al principio del "separate but equal" e riservati a soli afro-americani, sostenendo piuttosto l'integrazione delle strutture esistenti per rispondere all'esigenza di un maggior numero di posti letto per le persone nere; in tal modo anticiparono una posizione che negli anni successivi sarebbe stata assunta a livello nazionale dalla NAACP e poi dalla NMA. Nella NAACP Wright occupò posizioni di primo piano, in particolare quella di Presidente del Board of Directors, e fondò il

- National Medical Committee dell'associazione. Il Committee sarebbe poi stato presieduto da W. Montague Cobb, con cui Wright mantenne una relazione stretta e una notevole vicinanza ideale.
- d) Papers di Peter Marshall Murray, conservati presso il Moorland-Spingarn Research Center – Manuscript Division. Presidente della NMA nel 1932-33, fu il primo afro-americano a sedere nella House of Delegates dell'American Medical Association, dal 1949 al 1961. Di orientamento politico conservatore, si oppose nettamente al progetto di Harry Truman per la creazione di un'assicurazione sanitaria universale, e osteggiò l'approvazione della riforma Medicare/Medicaid. Da componente del Publication Committee della NMA, contrastò la nomina di W. Montague Cobb a Direttore del Journal dell'associazione, considerandolo troppo "radicale".
- e) Papers di Mabel Staupers, conservati presso il Moorland-Spingarn Research Center – Manuscript Division. Leader della National Association of Colored Graduate Nurses, Staupers occupò posizioni di primo piano nel movimento anti-segregazionista e si batté per i diritti delle donne afro-americane, contribuendo a fondare, nel 1935, il National Council of Negro Women. In particolare, lavorò per l'integrazione delle infermiere nere negli Army Nurse Corps impegnati al fronte. Riuscì ad ottenere l'ammissione delle afro-americane nell'American Nurses' Association relativamente presto: per questa ragione, nel 1951 la National Association of Colored Graduate Nurses fu sciolta, ponendo fine ad una segregazione professionale che per i medici sarebbe durata ancora a lungo.
- f) Papers di Dorothy B. Ferebee, conservati presso il Moorland-Spingarn Research Center – Manuscript Division. Medico e attivista, Dorothy Ferebee fu in particolare l'ideatrice e il primo direttore medico del Mississippi Health Project, iniziativa volontaria promossa dall'Alpha Kappa Alpha Sorority e rivolta agli abitanti del Delta del Mississippi. Per sei anni, dal 1935 al 1941, il Progetto mobilitò un gran numero di professionisti, e garantì alla popolazione del Delta, in massima parte persone afro-americane povere, l'accesso ai trattamenti sanitari di base. Ferebee, inoltre, succedette a Mary McLeod Bethune alla presidenza del National Council of Negro Women. Esercitò una notevole influenza sull'elaborazione delle politiche sanitarie pubbliche, soprattutto attraverso il suo lavoro all'interno della Commissione sullo Status delle Donne istituita dal District of Columbia, ma anche durante le occasioni di dibattito nazionale. Tra gli anni '60 e '70 si batté per l'affermazione del diritto all'interruzione volontaria di gravidanza.
- g) Papers di Lena Edwards, conservati presso il Moorland-Spingarn Research Center – Manuscript Division. Per il suo lavoro di medico volontario, soprattutto presso le comunità di migranti in Texas, Lena Edwards ricevette nel 1964 la Medaglia Presidenziale della Libertà, la più alta onorificenza che un civile possa ricevere in tempo di pace. Negli stessi

anni, anche dopo l'approvazione di Medicare (programma del quale denunciò i limiti), si batté per l'accesso gratuito delle persone anziane ai servizi sanitari.

- h) Papers di William E. Allen jr., conservati presso il Moorland-Spingarn Research Center – Manuscript Division. Medico a St. Louis, Missouri, e iscritto alla NMA, fu anche attivista presso la sede locale della NAACP.
- i) Papers di Ralph J. Young, conservati presso il Moorland-Spingarn Research Center – Manuscript Division. Medico e militante per i diritti civili a Baltimora, si candidò per il City Council della città.

Sono state inoltre esaminate le seguenti Fonti di Storia Orale:

- j) W. Montague Cobb (per la descrizione del personaggio si veda punto 1.a), trascrizione di un'intervista orale condotta da E. Weeks Lewis nel 1983, conservata presso la National Library of Medicine, General Collection;
- k) Mabel K. Staupers (per la descrizione del personaggio si veda punto 1.e), trascrizione di un'intervista orale condotta da Marie Bourgeois nel periodo novembre 1982 - gennaio 1983, conservata presso il Moorland-Spingarn Research Center – Manuscript Division;
- l) Lena Edwards (per la descrizione del personaggio si veda punto 1.g), trascrizione di un'intervista orale condotta da Suor M. Anthony Scally nel 1977, di un'intervista orale condotta da Lynda Holmes nel 1982 e di una lezione dedicata al tema dell'assistenza sanitaria per le persone anziane, conservate presso il Moorland-Spingarn Research Center – Manuscript Division;
- m) Quentin Young, trascrizione di un'intervista orale condotta da John Britton nel 1968, conservata presso il Moorland-Spingarn Research Center – Manuscript Division. Young, medico e presidente del Medical Committee for Human Rights (MCHR), descrive l'evoluzione dell'associazione. Nato nel 1964 per rispondere al bisogno di assistenza medica degli attivisti per i diritti civili nel Sud, il Committee si trasformò presto in un'associazione nazionale impegnata per l'affermazione del diritto alla salute in ogni sua dimensione.

Una fonte molto importante per studiare la *National Medical Association* è il Journal dell'associazione, il cui archivio è interamente disponibile on-line, che ha dedicato ampio spazio al dibattito sulle questioni sociali e politiche e ha pubblicato gli atti ufficiali dell'organizzazione.

Il Journal della NMA è il più antico periodico afro-americano pubblicato attualmente: il primo numero risale al 1909 e la pubblicazione non si è mai interrotta. La rivista è stata, soprattutto negli anni della segregazione, il principale mezzo di scambio delle conoscenze e delle esperienze all'interno della comunità medica nera.

A partire dalla metà degli anni '40, e soprattutto dopo la nomina di William Montague Cobb a direttore del periodico, il Journal divenne sempre più uno strumento di lotta politica: la nascita della rubrica "The Integration Battlefront" sulla rivista e la centralità del ruolo di Cobb nell'organizzazione delle Imhotep Conferences on Hospital Integration (1957-1963) testimoniano la vocazione e insieme l'importanza acquisita dal Journal e dal suo direttore.

Il Journal, insomma, rappresenta una fonte preziosa, un completamento essenziale delle fonti primarie raccolte durante la missione negli Stati Uniti. Per questo, è stato oggetto di un'attenta analisi, che ha riguardato i numeri pubblicati nel periodo 1923-2010.

Accanto ai manoscritti, alle fonti di storia orale e al Journal, è stata costruita un'ampia bibliografia e sono state raccolte circa 400 fonti a stampa, che includono articoli, saggi, pamphlet, report, indagini di vario tipo. Le fonti a stampa sono particolarmente utili per inquadrare l'oggetto specifico della ricerca, e toccano temi quali: le condizioni socio-sanitarie degli afro-americani nel XX secolo, le organizzazioni mediche e politiche afro-americane, il rapporto tra gli afro-americani e i servizi sanitari, l'impatto delle riforme sanitarie sulla popolazione nera, la relazione tra razza e politiche sociali.

Nella bibliografia, infine, oltre ai testi richiamati sopra, sono comprese anche diverse opere di memorialistica⁴⁵, testi di storia politica, sociale e culturale afro-americana e di storia del pensiero politico afro-americano⁴⁶ e, per concludere, alcuni case-studies⁴⁷.

⁴⁵ Specie Love, *One Blood. The Death and Resurrection of Charles R. Drew*, Chapel Hill and London, The University of North Carolina Press, 1996; David T. Beito, Linda Royster Beito, *Black Maverick. T.R.M. Howard's Fight for Civil Rights and Economic Power*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press, 2009; Aubrey de L. Maynard, *Surgeons to the Poor. The Harlem Hospital Story*, New York, Apple Century Crofts, 1978; Robert C. Hayden, *Mr. Harlem Hospital. Dr. Louis T. Wright: A Bibliography*, Littleton, MA, Tapestry Press, 2003; Douglass L. Conner, *A Black Physician's Story. Bringing Hope in Mississippi*, Jackson, University Press of Mississippi, 1985; Hugh Pearson, *Under the Knife. How A Wealthy Negro Surgeon Wielded Power in the Jim Crow South*, New York, The Free Press, 2000; Florence Ridlon, *A Black Physician's Struggle for Civil Rights. Edward Mazique*, University of New Mexico Press, 2005.

⁴⁶ Betty Lanier Jenkins, Susan Phillis, *Black Separatism: a Bibliography*, Westport, Connecticut, Greenwood Press, 1976; John Hope Franklin, August Meier (a cura di-), *Black Leaders of the Twentieth Century*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press, 1982; August Meier, Elliott Rudwick, *Along the Color Line. Explorations in the Black Experience*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press, 1976; August Meier, *Negro thought in America, 1880-1915: racial ideologies in the age of Booker T. Washington*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 1966; Booker T. Washington, *Up from slavery: an autobiography*, New York, Bantam Books, 1959; Gunnar Myrdal, *An American dilemma: the negro problem and modern democracy*, New York and London, Harper, 1944; W.E.B. Du Bois, *The Souls of Black Folk*, Chicago, A.C. McClurg, 1903; Francis L. Broderick, August Meier (a cura di-), *Negro protest thought in the twentieth century*, Indianapolis, Bobbs-Merrill company, 1965; August Meier, Elliot M. Rudwick, *From plantation to ghetto: an interpretive history of American negroes*, New York, Hill and Wang, 1966; E. Franklin Frazier, *Black bourgeoisie: the rise of a new middle class in the United States*, New York, Collier books, 1962; Alain Locke, *The New Negro: Voices of the Harlem Renaissance*, New York, Atheneum, 1925.

⁴⁷ A. P. Bailey, *The Harlem Hospital Story: 100 Year of Struggle Against Illness, Racism and Genocide*, Native Sun Publishers, Richmond, VA, 1991; David McBride, *Integrating the City of Medicine. Blacks in Philadelphia Health Care, 1910-1965*, Philadelphia, Temple University Press, 1989; Thomas J. Ward Jr., *Black Physicians in the Jim Crow South*, Fayetteville, The University of Arkansas Press, 2003; Charles H. Wright, *The National Medical Association Demands Equal Opportunity: Nothing More, Nothing Less*, Southfield, MI, Charro Book Company, 1995.

I risultati attesi

In base all'analisi condotta fino ad ora sulle fonti e alla luce degli obiettivi della ricerca, è possibile formulare alcune ipotesi parziali che, senza pretese di esaustività, sono in grado di orientare l'attività di ricerca:

- All'interno della National Medical Association si confrontarono, nel periodo 1945-1968, due anime: la prima, più concentrata sulla difesa delle prerogative professionali dei soci dell'organizzazione, dimostrava un atteggiamento di maggiore apertura nei confronti dell'American Medical Association e delle sue istanze, e per questo era ostile o diffidente nei confronti delle proposte di riforma di segno progressista che arrivavano dal governo federale. La seconda, più vicina alla National Association for the Advancement of Colored People (NAACP) e quindi ad una concezione politica dell'organizzazione, premeva per un rapporto dialettico, se non conflittuale, con l'AMA, della quale contestava la politica discriminatoria e l'atteggiamento di rifiuto di ogni proposta riformatrice. Se è possibile affermare che, alla prova dei fatti, la seconda anima abbia finito per prevalere, è pur vero che le divisioni interne hanno indebolito la capacità della NMA di assumere posizioni chiare e tempestive, nonché la sua abilità di esercitare una leadership morale sia nel movimento sia nel campo delle organizzazioni di categoria.
- William Montague Cobb e il Journal della NMA assunsero un ruolo chiave nella crescita del ruolo politico della NMA e nel suo spostamento verso posizioni progressiste. La nomina di Cobb alla carica di redattore del Journal, nel 1949, può essere descritta come un momento di cesura nella vita dell'associazione. Prima della nomina, Cobb, che attraverso la NAACP aveva già conquistato una fama nazionale, condusse una dura polemica contro la debolezza politica della NMA sulle colonne del Bulletin della Medico-Chirurgical Society of DC.
- Il confronto tra le due anime dell'associazione, la prima di orientamento riformatore e la seconda più conservatrice, si intrecciò con il conflitto tra separatismo e integrazionismo. L'affermazione della componente progressista, infatti, coincise con l'avvicinamento alla NAACP, schierata su posizioni integrazioniste e favorevole alla riforma sanitaria, e col prevalere dell'integrazionismo come strategia politica egemonica nell'associazione e nella comunità afro-americana. La figura di William Montague Cobb, già dirigente della NAACP, fu il trait d'union tra le due associazioni e il simbolo della nuova fase, nella quale la NMA si candidava a divenire soggetto politico e protagonista della campagna contro la segregazione e le discriminazioni nel sistema sanitario. D'altro canto, gli oppositori di Cobb e delle riforme sanitarie erano coloro che avevano guidato la NMA negli anni '30,

come Peter Marshall Murray, che avevano creduto nella costruzione di istituzioni sanitarie separate come mezzo per lo sviluppo di una classe di medici neri che, prima o poi, sarebbero stati accolti nell'establishment. Non a caso, erano le stesse figure che premevano per mantenere un rapporto non ostile con l'*American Medical Association*, principale oppositrice delle riforme sanitarie, nonostante le sue posizioni reazionarie sui diritti civili. Murray accusava Cobb di radicalità e estremismo; dal canto suo, Cobb rimproverava ai suoi avversari di rendersi complici del mantenimento di un "ghetto medico nero" e di una "segregazione di lusso". Occorre sottolineare che separatismo e integrazionismo non devono essere intesi come ideologie rigide, ma come il riflesso di strategie differenti per il superamento delle barriere razziali. Non solo: dato che le istituzioni separate sorsero in risposta ad un quadro di segregazione legale o di fatto, deve essere impiegata grande cautela nell'utilizzo delle parole. Per questo, all'espressione "separatismo" dovrà probabilmente essere preferito l'equivalente dell'inglese "*accommodationism*". Il punto, centrale per comprendere l'evoluzione del ruolo politico della NMA, è attualmente oggetto di un'attenta valutazione; sulla questione, inoltre, è stato di recente formulato un questionario, inviato ad alcuni docenti americani esperti della materia e agli ex presidenti della NMA.

- Nella piattaforma della NMA del periodo 1949-1968 il tema del superamento della segregazione e delle altre forme di discriminazione presenti nel sistema sanitario assunse un peso notevolmente maggiore rispetto a quello attribuito alle richieste più generali di riforma. Questo fu dovuto, molto probabilmente, al fatto che le discriminazioni erano individuate come la causa più profonda dell'esclusione delle persone afro-americane dalle cure. Un'altra causa, di ordine politico, fu legata alle divisioni interne sul tema dell'intervento del governo federale nel sistema sanitario: quello delle discriminazioni, in altre parole, era il solo terreno davvero unificante.
- Nonostante le difficoltà presentate ai punti precedenti, la NMA assunse ufficialmente posizioni favorevoli sia alle proposte di riforma generale avanzate dall'amministrazione Truman, sia al King-Anderson Bill, la proposta di legge che, modificata più volte, divenne poi Medicare/Medicaid. D'altro canto mancò, da parte della NMA, un contributo critico nei confronti della riforma di Johnson, che, se arginava gli aspetti più problematici del sistema, non affrontava alla radice la crisi della sanità e, soprattutto, generava nuove criticità (ad esempio, la crescita dei costi, la burocratizzazione, il rafforzamento del sistema delle assicurazioni sanitarie private, l'insufficienza delle misure destinate ai più poveri).
- In generale, si può affermare che Medicaid (il programma destinato ai poveri) ricevette un'attenzione minima e non ci fu un vero e proprio movimento di base che lo sostenne; ciò

dipese probabilmente dal fatto che il programma non faceva parte della proposta di legge iniziale, ma al contrario fu integrata molto tardi dal presidente della Ways and Means Committee della Camera, Wilbur Mills, che la introdusse come versione potenziata di una legge preesistente, il Kerr-Mills Act del 1960. Negli anni immediatamente successivi all'entrata in vigore della legge, tuttavia, la NMA, insieme agli altri gruppi per i diritti civili, si impegnò per una corretta applicazione della legge; inoltre, alcune società affiliate alla NMA, e tra queste soprattutto la Manhattan Medical Society, criticarono il sistema, considerato insufficiente a rispondere ai bisogni delle persone meno abbienti. A partire dalla seconda metà degli anni '60, si sostenne il diritto d'accesso dei pazienti poveri alle cure, contro le limitazioni dei servizi adottate dalle cliniche private e dagli Stati, e furono contestati i tagli ingenti al programma che, in nome della necessità di contenere i costi, furono promossi da varie amministrazioni statali. Inoltre, si deve sottolineare che Medicaid fu solo una delle riforme sanitarie che l'amministrazione Johnson elaborò per gli indigenti. Nel quadro della "medicina di comunità" sorsero i centri sanitari di quartiere e furono adottati piani speciali per incrementare il numero di medici disponibili nelle aree povere. Le associazioni, e la NMA in testa, fecero proprio il principio della medicina di comunità, furono protagoniste delle iniziative pubbliche e promossero attività autonome. Assai rilevante, inoltre, è il canale di reclutamento attivato dalla NMA attraverso il Council on Talent Recruitment, che intendeva favorire l'accesso alla professione di giovani afro-americi provenienti da famiglie a basso reddito.

La struttura della tesi

La tesi sarà articolata in tre capitoli, i cui contenuti sono sinteticamente presentati di seguito:

Capitolo Primo. L'evoluzione politica della National Medical Association: la piattaforma, le scelte strategiche, l'organizzazione:

- Separatismo e integrazione nella piattaforma della NMA.
- La crescita del ruolo politico dell'associazione, da organizzazione professionale "separata" a gruppo per i diritti civili: dai Black Hospitals alla leadership del movimento per i "medical civil rights".
- La centralità della figura di William Montague Cobb e l'utilizzo di un periodico professionale come strumento di lotta politica.
- La NMA nel movimento per i diritti civili: picchetti, manifestazioni, marce.
- Riformatori e conservatori nella NMA.

- I rapporti con le altre associazioni mediche: l'American Medical Association, il Medical Committee for Human Rights e il Physicians Forum.
- Questione giovanile, questione di genere e questione di classe nella NMA.
- Gli interventi della NMA nei ghetti neri. Il sostegno alle carriere mediche degli studenti poveri: il Council on Talent Recruitment.

Capitolo Secondo. La National Medical Association e i “medical civil rights”:

- La de-segregazione delle scuole di medicina.
- La de-segregazione degli ospedali: la rubrica “The Integration Battle Front” e le Imhotep Conferences on Hospital Integration (1957-1963).
- La lotta per l'accesso all'American Medical Association tra protesta e dialogo.

Capitolo Terzo. La National Medical Association e le riforme sanitarie:

- Dall'ambiguità degli anni '30 al sostegno delle riforme negli anni '40: la NMA sul Wagner Bill (1939), sul Wagner-Murray-Dingel Bill (1943), sul National Health Act (1945), e sul National Health Insurance and Public Health Act (1947).
- Gli anni '50: un'epoca di silenzio?
- La posizione della NMA su Medicare (1960-1965).
- La medicina per i poveri e la NMA: Medicaid, la medicina di comunità e le campagne pubbliche.