

A Natsu la panacea

Roy Porter

Breve ma veridica storia
della medicina occidentale



Carocci editore

degli ospedali è aumentato di quasi 2.000 volte. Nel 1909 negli Stati Uniti si contavano 400.000 posti letto ospedalieri; nel 1973 ce n'erano un milione e mezzo. In Gran Bretagna il numero di posti letto per 1.000 abitanti si è duplicato fra il 1860 e il 1940, raddoppiandosi di nuovo nel 1980. Negli ultimi decenni è stata data priorità alla stabilizzazione del numero di posti letto grazie a un turnover ancora più rapido dei pazienti; i ricoveri individuali sono stati abbreviati, in una rincorsa verso la razionalizzazione dei costi.

Al giorno d'oggi la medicina d'avanguardia viene praticata in ospedali specializzati con schiere di personale paramedico, tecnico, ausiliario, di manager, ragionieri, fund raiser e altri colletti bianchi, ciascuno con il proprio ruolo e con le proprie regole di condotta. Alla luce di questa massiccia burocratizzazione, c'è poco da meravigliarsi che spuntino fuori ancora una volta svariate critiche. L'ospedale, comunque, non è più tanto accusato di essere prima di tutto un luogo di transito verso la morte, quanto una fabbrica medica priva di anima, anonima, dissipatrice e inefficiente, che eroga un servizio dettato dalla medicina stessa, non dai bisogni dei pazienti.

Come risultato dei mutamenti di scelte nel campo della malattia mentale, i decenni successivi al 1960 hanno prodotto massicci ridimensionamenti e chiusure degli ospedali psichiatrici, mentre i nosocomi sono stati aperti all'esterno per creare un ambiente più favorevole ai malati terminali. Non è ancora chiaro se, da parte sua, la medicina generale del futuro abbia reale necessità, o possa permettersi il lusso, di complessi ospedalieri in continua espansione. I vasti ospedali generali dei giorni nostri potrebbero presto apparire come dinosauri. Faranno anch'essi la fine dei manicomi?

8

La medicina nella società moderna

Non esiste potenzialmente limite alla quantità di cure sanitarie che un individuo è in grado di ricevere.

Enoch Powell, ministro britannico della Sanità

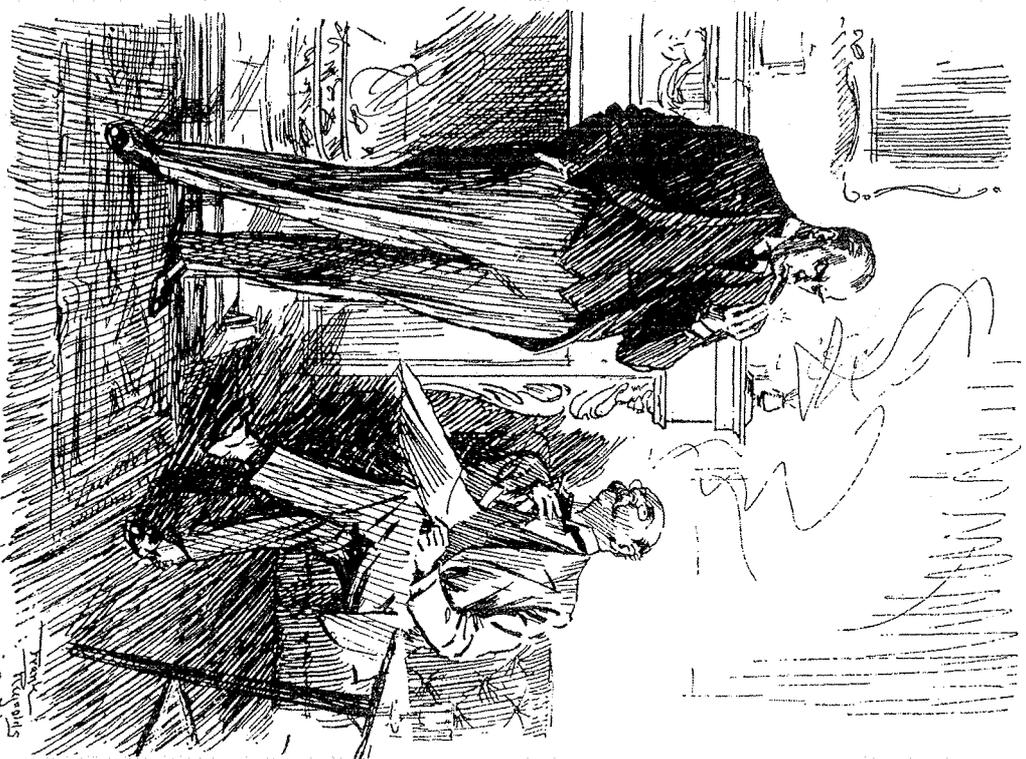
Nel corso della maggior parte della sua storia la medicina occidentale si è configurata come un'attività di scala ridotta, basata sull'incontro diretto tra un individuo malato e un altro in grado di guarirlo, dilettante o professionista, competente o ciarlatano che fosse. I medici svolgevano principalmente un'attività in proprio e la relazione paziente-dottore implicava un rapporto volontario, privato e confidenziale. Anche altre modalità che la cura poteva assumere, come nelle opere pie e negli istituti religiosi, si basavano molto sul rapporto personale.

Tutto questo è cambiato. La moderna assistenza sanitaria è diventata una colossale industria di servizio, sia nel settore statale che in quello privato; in molti paesi assorbe una fetta del Pil maggiore rispetto a qualsiasi altro comparto: oggi giorno negli Stati Uniti un incredibile 15 per cento. I suoi critici la definiscono un moloc, un'istituzione fuori controllo o, al limite, governata dal profitto e dal potere della professione invece che dai bisogni del malato. Il rapporto personale, tanto importante per la guarigione, si è estinto: così sostengono i milioni di persone che hanno perduto a loro volta fiducia nella medicina scientifica occidentale.

Questa transizione dal singolo individuo all'impresa in-

dustriale è il risultato, in parte, di quei giganteschi progressi nella ricerca di base e in quella clinica, e della rivoluzione farmacologica e chirurgica di cui si è parlato nei capitoli precedenti. Ritorniamo agli anni cinquanta dell'Ottocento: Claude Bernard fu in grado di finanziare la propria ricerca senza ricorrere alla dote della moglie (il matrimonio non era dei più felici!), mentre George Sumner Huntington (1851-1916), che spiegò i meccanismi della corea detta appunto di Huntington, era un oscuro medico di campagna americano: tutti i ferri del mestiere trovavano posto nella sua borsa. Ma già il suo contemporaneo, il batteriologo Robert Koch, anch'egli partito come semplice medico di campagna, finì per mettersi alla guida di svariate faraoniche istituzioni di ricerca, e da allora in poi si impose la ferrea legge dell'espansione, dell'investimento di capitale, della burocratizzazione, della mercificazione, dell'economia di scala e della divisione del lavoro. La medicina ufficiale è oggi impensabile senza i suoi centri di ricerca e gli ospedali di formazione ad alto livello tecnologico. La macchina medica ha acquisito uno slancio straordinario.

E se, nella sempre più complicata divisione dell'attività medica, i dottori — che un tempo facevano la parte del leone — mantengono il loro prestigioso status, sono però divenuti adesso solo un ingranaggio della macchina. Alla fine del Novecento negli Stati Uniti dei 4 milioni e mezzo di addetti sanitari (il 5 per cento dell'intera forza lavoro), solo un individuo su 17 è un medico che esercita la professione. Con tutta probabilità 9 su 10 di questi addetti della moderna impresa medica non hanno mai avuto a che fare direttamente con un malato. Due secoli fa, al contrario, non c'era praticamente alcun medico che rivestisse un ruolo amministrativo o che non fosse "in prima linea" nella guarigione del malato.



DOITTORE: "Per cosa hai operato Jones?"
 CHIRURGO: "Per cento sterline."
 DOITTORE: "No, intendevi: che cosa aveva?"
 CHIRURGO: "CENTO sterline."

38. Un dottore e un chirurgo discutono di un paziente. Vignetta satirica pubblicata su "Punch", 1925.

Questo modo di organizzare l'odierno assetto sanitario ha proceduto di conserva con la trasformazione della sua missione e dei suoi obiettivi. In precedenza il medico cercava semplicemente di fare del proprio meglio per curare l'uomo, la donna o il bambino malati, ma col passare del tempo la medicina si è comunque imposta il dovere ed è stata chiamata a rivestire un ruolo maggiormente attivo nell'assicurare il benessere dei cittadini e la salute della società. Sia nei nascenti stati previdenziali che nei nuovi assetti terapeutici, la medicina ha preteso per sé un ruolo nell'ambito domestico, nell'ufficio e nella fabbrica, nei tribunali e nelle scuole, nella vita civile e in quella militare. Più la medicina si connotava scientificamente e diveniva efficace, più la stessa opinione pubblica, i suoi rappresentanti politici e i mezzi di informazione guardavano al suo potenziale benefico facendo dei principi terapeutici una sorta di farina buona in grado, si sperava, di esaudire i desideri di ognuno.

Nelle società di mercato avanzate, la medicina è per giunta una merce per cui la domanda è cresciuta in modo costante, grazie all'aumento delle entrate. Fin da quando nel 1883 l'astuto cancelliere Otto von Bismarck istituì un sistema assicurativo sanitario nella Germania da poco unificata, i politici da parte loro si sono impegnati nel fare attenzione al miglioramento delle prestazioni sanitarie, utilizzate come specchio per le allodole nei confronti dell'elettorato. I voti si ottengono non tanto grazie al *panem et circenses*, quanto grazie ai posti letto e a una buona chirurgia!

Sebbene in crescita, prima del Novecento il ruolo dello stato in tali questioni rimase alquanto limitato, e l'intervento medico istituzionale restò confinato a singoli problemi (si pensi al controllo delle malattie trasmissibili). A partire dal

1900 i medici poterono esercitare la professione solo con un'autorizzazione regolamentata per legge, anche se in realtà da nessuna parte lo stato perseguì i guaritori e, dal canto suo, l'etica medica che garantiva l'esercizio corretto della professione fu ampiamente lasciata all'autoregolamentazione professionale. Nei paesi industrializzati la legislazione inerente alla sanità pubblica entrò a far parte del *corpus* giuridico con lo scopo di regolamentare questioni come le acque di scolo, il sistema fognario e il vaiolo. Eppure, specie negli Stati Uniti, l'assistenza sanitaria rimase un coacervo di iniziative spontanee, legate alla religione e alla carità, e lo stesso dicasi per il soccorso ai vecchi e ai bisognosi, mentre la medicina per coloro che potevano permettersi di pagare andava connotandosi come transazione fra privati, al pari dell'acquisto di un mobile o della ricerca di un insegnante di musica.

Nel corso del Novecento tutto questo era destinato a cambiare, in modo costante seppur diversificato. Divenne comunemente accettato che un efficace funzionamento delle economie industriali estremamente complesse, in pace come in guerra, richiedeva una popolazione che fosse tanto in salute quanto istruita e osservante della legge e, nelle democrazie dove i lavoratori avevano ottenuto il diritto di voto, assicurare i servizi sanitari diveniva un mezzo di prevenzione dello scontento e della rivolta sociale, cosa che Bismarck aveva capito molto bene.

Il miglioramento delle condizioni di salute ebbe un peso anche nelle guerre di propaganda del XX secolo. L'Italia fascista, la Germania nazista e l'URSS comunista adorarono fino all'idolatria gli altari della salute e del benessere corporeo. Il nazismo, che addirittura negli agenti socialmente patogeni i sabotatori del benessere della nazione e cercava di stradicare il «can-

cro» degli ebrei, esaltava i lavoratori virili, le madri feconde e i fanciulli robusti, incoraggiava il culto della forma fisica ottenuta tramite escursioni, allenamenti paramilitari, pratica dello sport e dei bagni di sole, e promuoveva le prime campagne contro il fumo. In ogni caso, democratiche o totalitarie che fossero, le mani delle grandi potenze erano legate quando si trattava di questioni sanitarie: i conflitti mondiali richiedevano iniezioni massicce di denaro e di risorse pubbliche nei servizi sanitari centralizzati per mantenere i soldati in servizio attivo e al contempo tenere alto il morale dei civili.

Non appena la nave dello stato novecentesco (non importa quale bandiera battesse) fece salire a bordo la questione salute, i teorici della medicina scoprirono una nuova missione per la professione. La medicina basata sul convenzionale rapporto clinico diretto era di per sé, così sostenevano i riformatori, svantaggiata e di corto respiro. Perché aspettare il momento in cui l'individuo s'ammalava? La prevenzione non era forse preferibile a un intervento *ex post*? Di sicuro era molto meglio porsi innanzitutto l'obiettivo di scoprire le cause delle malattie presenti in una società e poi prendere misure per assicurare una buona condizione sanitaria, servendosi della statistica, della sociologia e di un'entusiasmante nuova disciplina, l'epidemiologia. Sulla scena di una società razionale, democratica e progressista la medicina avrebbe dovuto avere voce in capitolo, avrebbe dovuto essere in prima fila e non negli ultimi ranghi: sarebbe dovuta risalire alla fonte delle tendenze patologiche della comunità e avrebbe dovuto stradicarle grazie a politiche lungimiranti, leggi, istruzione, organismi e pratiche specifici (come tecniche di screening, test, informazione sanitaria, diagnostica prenatale e cura dell'infanzia).

La medicina convenzionale veniva criticata in quanto miope, giacché si misurava con il problema della malattia solo a livello clinico, individuale: era come raccogliere con uno straccio l'acqua dal pavimento di un bagno invece di aggiustare il rubinetto che perde. Bisognava vedere la salute come un'espressione della vitalità dell'intera collettività. Per di più non si trattava di compiere battaglie settoriali, ma solo interventi pianificati. Questo modo di vedere, a volte definito "medicina sociale", fu largamente fatto proprio in Europa e, in misura più limitata, in America del Nord da pianificatori e funzionari statali, da socialisti e marxisti, da medici progressisti, razionalisti clinici e non ultimi da patrioti preoccupati di garantire la sopravvivenza nazionale nello spietato campo di battaglia darwiniano la cui legge intima era biomedica: *prospere o perire*.

Questo richiamo alla modernizzazione della medicina fu influenzato dal riconoscimento che a mutare era il panorama stesso delle malattie. Secondo le scoperte degli epidemiologi, le affezioni prevalenti non erano più le classiche infezioni causate da aria, acqua e virus che avevano tormentato la prima era industriale (come colera, tifo, febbre tifoidea e così via). Al posto del dominio delle vecchie malattie assumevano ora una marcata prominenza altri disturbi cronici. La medicina doveva volgere la propria attenzione a una palude di disfunzioni profondamente radicate e pervasive, fino ad allora del tutto sconosciute: fanciulli gracili, bambini ritardati, madri anemiche, impiegati con l'ulcera, pazienti affetti da artrite, mal di schiena, colpi apoplettici, disturbi ereditari, depressione e altre nevrosi, e tutte le affezioni della vecchiaia che una maggiore longevità portava alla ribalta.

Per combattere tutte queste sofferenze, questi disturbi e questo deperimento, la medicina — così si sosteneva — doveva diventare un'impresa propositiva e sistematica: doveva intraprendere una sorveglianza pianificata degli individui all'apparenza in buona salute e normali così come di quelli malati, individuando gruppi specifici dall'infanzia alla vecchiaia, studiando l'incidenza dei fattori ereditari, cronici e costituzionali e tracciando il confine tra salute e malattia secondo precise variabili quali reddito, istruzione, classe, regime alimentare e condizioni abitative. Nel Novecento la definizione concettuale della malattia come fenomeno sociale non meno che biologico portò al suo studio dal punto di vista statistico, sociologico, psicologico e politico.

Il xx secolo fu padre di programmi e politiche di carattere eterogeneo intenzionati a correggere questa patologia sociale da poco scoperta e a migliorare la salute della popolazione. Le ideologie implicare hanno spaziaro dalla sinistra socialista (secondo cui la medicina di stato doveva realizzare la giustizia sociale e aiutare i meno fortunati) alla destra fascista (le nazioni devono difendere se stesse e le proprie colonie dai "germi" sociali). In un modo o nell'altro, il modello ippocratico liberal-individualista che considerava la medicina un contratto privato con i crismi della sacralità stipulato tra il paziente e il medico al suo capezzale sembrava a molti sorpassato, al pari della politica economica smithiana del *laissez faire* in un'epoca che era quella della depressione economica e di John Maynard Keynes.

Le novelle filosofie sanitarie abbracciarono così le visioni ottimistiche e piene di speranze della socializzazione della medicina e della medicalizzazione della società. Sull'onda dei successi degli studi batteriologici, della medicina tropicale e

della rivoluzione in chirurgia, crebbe la fiducia nei traguardi che medicina e assistenza sanitaria avrebbero potuto raggiungere. In un mondo lacerato da guerre, violenze, lotta di classe e depressione economica, almeno la medicina non sarebbe stata una nobile forza rivolta al bene, non ultimo quello del mondo sottosviluppato? I benefici erano ovvi; i limiti sarebbero emersi solo in seguito.

Nel corso dei secoli vari meccanismi di condizionamento avevano in realtà condotto la medicina, benché con lentezza e gradualmente, nella sfera pubblica, stato o mercato che fosse. In caso di emergenza ci si era sempre potuti rivolgere ai medici, specie quando infuriavano pestilenze e guerre. Nel corso dell'Ottocento emersero inoltre nuovi punti di forza della medicina pubblica, soprattutto la necessità di affrontare l'incombente minaccia delle masse di diseredati ammalati e dei rischi ambientali causati dall'industrializzazione.

Guidate da spirito umanitario e saggezza, le politiche mediche erano concepite per alleviare le pene delle masse. Ai malati indigenti, il xix secolo offrì dispensari e ospedali sostenuti dalla beneficenza (religiosa o laica) e dagli aiuti pubblici. Dopo la nuova legge sui poveri del 1834 le infermerie degli asili di mendicanti inglesi offrirono posti letto a orde di indigenti.

Per fronteggiare le dilaganti malattie della società industriale, il movimento sanitario raccomandava acqua pura e un efficiente sistema fognario, pulizia corporea e morale; e in talune nazioni, segnatamente la Gran Bretagna, il movimento ottenne poteri giudiziari coercitivi. Stati e città nominarono alcuni medici funzionari sanitari, pubblici analisti, ispettori di fabbrica, esperti legali, medici carcerari e sovrintendenti di case di ricovero. I medici potevano trovare impiego nel setto-

re pubblico, sebbene temessero di compromettere la propria indipendenza.

Nel frattempo il mercato offriva per alcuni allentanti possibilità. Dall'era progressista in poi, la medicina statunitense si dimostrò particolarmente inventiva ed efficace nella promozione di nuove specialità e accordi commerciali, nell'offerta di più ampi servizi e di innovativi test diagnostici e nello sfruttamento di nuove fonti di clientela e di guadagno. La medicina divenne un ennesimo settore imprenditoriale, e gli affari prosperarono.

Soprattutto nelle grandi città, i medici privati americani scoprirono i vantaggi di un comportamento analogo a quello degli avvocati e degli uomini d'affari, aprendo uffici nel centro cittadino e creando imponenti strutture, pressoché assenti invece nel Regno Unito. Col progresso nell'uso di telefonisti e tecnici, degli apparecchi per i raggi X e dei laboratori chimici, i medici attiravano pazienti grazie al senso di fiducia che ispiravano. Verso il 1929 la clinica Mayo a Rochester, nel Minnesota, era divenuta un'impresa gigantesca che contava la quantità straordinaria di 386 medici assunti e 895 fra tecnici di laboratorio, infermiere e personale di altro tipo. La struttura aveva sede in un palazzo di 50 piani, con 288 stanze per le visite e 21 laboratori.

In Gran Bretagna la situazione appariva meno rosea per i comuni medici privati, e dal momento che i politici discutevano progetti di assistenza sanitaria e di medicina di stato, fu naturale per loro sentirsi ridimensionati. Nel 1911, quando il politico liberale Lloyd George lanciò il suo piano di assicurazione nazionale, modellato su quello di Bismarck, i medici dovettero così affrontare un dilemma. Questo progetto prevedeva un'assicurazione medica statale per le classi lavoratrici e

il versamento di contributi a carico del singolo, del datore di lavoro e dello stato. I lavoratori assicurati avrebbero ricevuto cure mediche da un "medico convenzionato" e una cifra in contanti per le prime 13 settimane di malattia (gli uomini avrebbero ricevuto più delle donne). Erano previste alcune restrizioni — non erano coperte le spese ospedaliere, eccezion fatta per i sanatori dei tubercolotici — e i familiari degli individui assicurati erano esclusi dall'assistenza, sebbene venisse erogato un assegno di maternità (i bambini rappresentavano il futuro della nazione). Era certo una misura destinata a incontrare il favore dell'elettorato e tesa a migliorare le pessime condizioni di salute dei lavoratori, come la difficoltà di reclutamento nella recente guerra boera aveva rivelato.

All'inizio i medici si ribellarono: non volevano certo ridursi a essere subalterni allo stato! Nel caso specifico, comunque, la maggior parte scelse di fare il medico della mutua in quanto trovò il nuovo rapporto con lo stato sicuro e remunerativo. In Gran Bretagna l'assicurazione nazionale ampliò il divario tra i medici generici e gli specialisti ospedalieri, cosa che doveva avere ripercussioni sul lungo periodo per l'assetto della professione. Servì però anche a consolidare la preziosa relazione tra pazienti e medici generici, molto apprezzati poiché costituivano una presenza rassicurante e tangibile.

Negli anni fra le due guerre mondiali, la famiglia tipo delle società avanzate rappresentò il fulcro dell'innovativa medicina pubblica e delle politiche sanitarie, pur variando da stato a stato la specifica natura dei vari assetti. Dopo l'eclatante promessa fatta nel corso della Prima guerra mondiale dal primo ministro Lloyd George di creare un paese per eroi, l'Inghilterra vittoriosa conobbe la miseria postbellica, la disoccupazione e le malattie. In linea con l'idea che «in un tempo non

lontano lo stato assumerà una piena responsabilità in materia di assistenza sanitaria», nel 1919 venne istituito un ministero della Sanità, che si rivelò però un surrogato, più che un motore per iniziative future.

Dopo la rivoluzione bolscevica del 1917, l'Unione Sovietica si mosse in direzione di un servizio medico e ospedaliero a carico dello stato che premiasse scienza ed esperienza. Divenne un diritto trattamenti terapeutici gratuiti ed esentasse finanziati per tutti dallo stato: pur non avendo uno standard uniformemente alto, tale iniziativa rappresentò nondimeno un enorme balzo in avanti. La Germania, da parte sua, continuò a mantenere per i lavoratori quello schema di assicurazione regolata dallo stato voluto da Bismarck e amministrato, come il suo corrispettivo inglese, tramite associazioni spontaneamente disponibili o per iniziativa dei datori di lavoro. Esclusi dai benefici statali, alcuni esponenti delle classi medie pagavano anticipatamente i dottori attraverso programmi assicurativi privati o professionali. In Francia un sistema assicurativo statale rimborsava ai pazienti gli onorari versati ai medici e dava libertà di scelta quanto a dottore e ospedale. I nosocomi pubblici soffrivano comunque di una cronica scarsità di risorse finanziarie e restavano di scarsa qualità, determinando l'affollamento di quelli privati da parte degli assicurati. Mentre venivano compiuti passi in avanti in direzione degli aiuti alle madri e all'infanzia, in linea con gli sforzi dei sostenitori dell'incremento demografico, la Francia restava fedele all'etica del liberalismo economico, a difesa della libertà tanto dei pazienti quanto dei medici, e aliena dall'obbligatorietà dell'assicurazione medica statale propria della Germania. Prima del 1930 non si attuò alcun provvedimento legislativo riguardante la previdenza sociale.

Negli Stati Uniti l'assicurazione sanitaria fu per i politici una vera patata bollente. Al principio, l'American Medical Association (AMA) si mostrò aperta a varie opzioni, ma nell'atmosfera sciovinistica susseguente alla Prima guerra mondiale, quando qualunque cosa proveniente da Germania e Unione Sovietica veniva disprezzata, ci fu un irrigidimento e l'AMA si dichiarò contraria. «L'Assicurazione sanitaria obbligatoria — dichiarava un medico di Brooklyn — è un tipo di legislazione antiamericana, antieconomica, antiscientifica, anticurezza, antiingiustizia e antionestà sostenuta [...] da sacerdoti fuorvianti e donne isteriche». Il "Journal" dell'AMA temeva che una siffatta assicurazione avrebbe ridotto gli americani ad automi. Spostandosi su posizioni più conservatrici, l'AMA si oppose allo *Sheppard-Towner Act*, che prevedeva sussidi federali per programmi rivolti alla salute delle madri e dei bambini, e nel 1924 si oppose alla fondazione degli ospedali per i veterani, poiché entrambe le iniziative avrebbero tolto il pane di bocca ai medici privati.

Ideato per risollevare la nazione dalla Grande depressione, il New Deal del presidente Franklin Delano Roosevelt sembrò condurre gli Stati Uniti lungo i sentieri di un programma sanitario nazionale, e in realtà molti organismi del New Deal furono impegnati nella sanità. La gravità della depressione e la popolarità di Roosevelt — egli stesso vittima della polio — costrinsero l'AMA a moderare le proprie posizioni.

Nel corso della Grande depressione, allorché furono in molti a non potersi più permettere di pagare gli onorari medici e il settore ospedaliero un tempo florido entrò in crisi, gli ospedali iniziarono a istituire piani di assicurazione volontaria che agevolassero i propri utenti, e le imprese commerciali entrarono nel mercato assicurativo. Tale fenomeno portò ai

programmi prepagati della Croce blu (ospedaliero) e dello Scudo blu (medico e chirurgico). Inizialmente guardinga, l'AMA attenuò comunque presto la propria opposizione: questi piani volontari si atragliavano alla sua concezione più di quelli federali obbligatori.

Il risultato fu che l'assicurazione sanitaria divenne un grosso affare. Nei vent'anni successivi al 1940 le assicurazioni private godettero di una crescita esplosiva e il modello assicurativo si affermò nel campo della medicina privata americana. Le famiglie della classe media, o spesso i loro datori di lavoro, pagavano l'assistenza primaria e ospedaliera tramite piani assicurativi, e medici e ospedali si contendevano la clientela in un'epoca di ripresa.

Nel frattempo in Germania la politica sanitaria aveva preso una strada del tutto diversa. Fondato nel 1908, l'Archiv für Rassenhygiene, il principale organo del movimento eugenetico tedesco, pretendeva un'azione che frenasse il «deterioramento biologico e psicologico» della razza ariana. Nel suo *Mein Kampf* (1927), Adolf Hitler, cancelliere dal 1933, demonizzava ebrei, zingari e altre categorie in quanto nemici della razza superiore, e la medicina nazista a tempo debito definì alcuni di quegli individui non ariani come subumani. L'antisemitismo, che culminò nell'Olocausto, ricevette la benedizione di eminenti medici e psichiatri, organizzati nella Lega dei medici nazisti.

Medici e scienziati promossero e parteciparono con entusiasmo a scelte politiche naziste come la sterilizzazione di coloro che erano «geneticamente inadatti». I medici sterilizzarono quasi 400.000 malati mentali, epilettici e alcolisti addirittura, prima dello scoppio della guerra nel settembre del 1939. Dopo di ciò le «morti pietose» divennero una prassi normale

nei manicomi: fra il gennaio del 1940 e il settembre del 1942, furono gasati 70.723 malati mentali. Alcuni rimasero vittime dei programmi nazisti di sperimentazione su cavie umane. Alla «soluzione finale» della «questione ebraica» venne data piena giustificazione medica.

Anche in Giappone i medici condussero esperimenti sugli esseri umani. Nel 1936 un centro medico-scientifico, diretto dal dottor Shiro Ishii, venne istituito a Pingfan, nella Mançuria del Nord, allora sotto occupazione militare giapponese, per ricerche pionieristiche sui batteri. Vi si produssero microbi letali – dell'antrace, della dissenteria, della febbre tifoidea, del colera e della peste bubbonica – sufficienti per annientare la specie umana svariate volte; alcuni di questi vennero testati sulla popolazione locale.

Una reazione postbellica contro questo genere di perversioni fu rappresentata dal movimento etico internazionale per la medicina, uno dei cui frutti fu il codice di Norimberga del 1947. Pur non riuscendo a far definire il genocidio un crimine, il codice intese garantire che non si sarebbe mai più abusato delle ricerche mediche. I suoi principi vennero ulteriormente perfezionati nella dichiarazione di Helsinki sulla ricerca medica (1964), che introduceva una differenziazione tra esperimenti a fini terapeutici (ricerca clinica congiunta ad assistenza professionale) e sperimentazioni non terapeutiche (di nessun beneficio per il soggetto).

In Gran Bretagna l'idealismo e l'ottimismo che salutarono la fine della Seconda guerra mondiale portarono a un'eccezionale riorganizzazione dei servizi sanitari. Il programma-guida fu il Piano Beveridge (Beveridge Report on Social Insurance and Allied Services, 1942) che dichiarava guerra ai «cinque gigan-

ti" che minacciavano la società: Bisogno, Ignoranza, Malaria, Miseria e Disoccupazione. Il Piano propugnava un nuovo servizio sanitario in grado di rispondere alle esigenze di ciascuno, gratuito nelle sedi preposte, esente dal pagamento di contributi assicurativi ed esteso a ogni livello di reddito: tutte le discriminazioni economiche dovevano essere abolite. Si trattava certo di un nobile modo di vedere.

Dopo aver ottenuto una schiacciante vittoria alle elezioni generali del 1945, il Partito laburista si accinse a realizzare il Piano, e il 5 luglio del 1948 fu il giorno prescelto per il suo varo. Nell'ambito dei cambiamenti chiave, Aneurin Bevan, ministro della Sanità, nazionalizzò tutti gli ospedali, quelli comunali come quelli delle opere pie: avverso alla loro gestione locale, desiderava che i nosocomi — ora riconosciuti, come in America, in quanto istituzioni da considerarsi fuori all'occhialo — fossero affidati al controllo statale. La riorganizzazione, nella quale il governo divenne responsabile di 1.143 ospedali con più di 90.000 posti letto sostenuti da volontari, oltre che di 1.545 ospedali comunali con 390.000 posti letto, comportò l'azione di più vasta portata relativa all'assistenza ospedaliera mai effettuata in un paese occidentale. Il servizio sanitario nazionale non rivoluzionò comunque globalmente la medicina: in realtà perpetuò la vecchia divisione fra specialisti e medici generici, che allora ancora lavoravano autonomamente nei propri studi professionali. In seguito gli specialisti si imposero negli ospedali, ma i generici conservarono i pazienti.

A questo punto per la prima volta un accettabile standard medico era prontamente disponibile per tutti. Il sistema del servizio sanitario nazionale si rivelò efficiente e abbastanza equo, e per lungo tempo incontrò il favore dell'opinione pubblica. Le speranze che un miglioramento delle terapie avrebbe

ridimensionato la necessità di ricorrere ai medici, con la conseguente riduzione delle spese, si dimostrarono comunque infondate. Allo stesso modo, un'amara esperienza rivelava che in ogni caso la medicina sociale non riduceva le profonde disuguaglianze di salute esistenti fra ricchi e poveri. Verso la fine del Novecento la politica di risparmio di lungo termine nell'investimento di capitale — verosimilmente sempre nell'ambito di un sistema centralizzato volto a mantenere bassi livelli di tassazione — rischiava di mettere a repentaglio il futuro di un esperimento dai notevoli successi e di minare la fiducia dell'opinione pubblica.

Sviluppi ampiamente paragonabili al servizio sanitario nazionale si erano verificati, o stavano per verificarsi, in altri paesi dell'area d'influenza britannica, come la Nuova Zelanda. In un momento successivo anche il Canada scelse la strada della medicina sociale. Nel 1962 il Saskatchewan diede avvio al suo Piano di assicurazione per l'assistenza medica e i servizi ospedalieri, che dava diritto ai cittadini residenti di ottenere un'assicurazione che copriva molte prestazioni mediche. Questo programma amministrato dal governo si basava su una tassa annuale e su fondi federali. Nel 1967 un *Medical Care Act* centrale coordinò il sistema in tutta la nazione.

A mano a mano che l'Europa si riprendeva dalle devastazioni belliche e si avviava, nel corso degli anni cinquanta, verso una nuova epoca di benessere, prese forma una serie di progetti medici sostenuti dallo stato. Nel 1955 la Svezia istituì il proprio sistema di assistenza medica e di assicurazione contro la malattia. La Germania occidentale continuò a servirsi di fondi malattia che rimborsavano i medici, mentre la Francia si affidava ancora ai vantaggi di un *welfare* statale grazie al

quale i pazienti venivano risarciti per la maggior parte delle spese mediche sostenute.

Nel frattempo gli Stati Uniti andavano per la loro strada. Come già sottolineato, dagli anni trenta del Novecento chi poteva optava per un'assicurazione sanitaria privata, con l'aiuto di piani di detrazione fiscale. Con il rafforzamento del sistema basato sul concetto onorario-prestazione, medici e ospedali entrarono in competizione sull'offerta di servizi maggiormente adeguati: più check-up, test migliori, metodiche avanzatissime, una serie di prestazioni chirurgiche estetiche e così via. I costi inevitabilmente lievitavano, e così anche i profitti, e quando, nel 1948, il presidente Truman propose un programma sanitario nazionale, l'AMA lo avversò con una campagna molto efficace.

A dispetto della pretesa ideologica della nazione di affidarsi alla medicina privata, il governo americano in realtà si accollò una fetta crescente di assistenza sanitaria. Il governo federale provvide all'assistenza medica diretta per milioni di individui tramite le forze armate, la Veterans Administration, il Servizio di sanità pubblica e l'Indian Health Service.

In modo complementare ai programmi consolidati di assistenza privata contro le malattie, come la Croce blu, venne creato le Organizzazioni per il mantenimento della salute (Health Maintenance Organizations, HMO), nate in California con il Piano sanitario della fondazione Kaiser. A partire dagli anni sessanta il Piano fornì un'assistenza medica completa a più di mezzo milione di sottoscrittori, mentre dal 1990 ha impiegato 2.500 medici in 58 cliniche e 23 ospedali. Chi versava contributi alle HMO pagava mensilmente una quota che dava diritto a tutte le cure mediche.

Si acui la disparità fra la munifica assistenza offerta alle famiglie benestanti assicurate e la condizione in cui versavano i poveri e gli anziani. L'ingiustizia si rivelò una fonte di disagio per il paese e divenne la piattaforma rivendicativa del Partito democratico. Nel 1965, sfruttando l'ondata di idealismo che fece seguito all'assassinio del presidente Kennedy, il suo successore Lyndon B. Johnson fece dell'assistenza medica un beneficio della sicurezza sociale grazie a Medicaid, istituito insieme a Medicare, un parallelo piano sanitario e assistenziale per gli anziani. Entrambi si dimostrarono fonti di inflazione, poiché i medici che prestavano le cure venivano rimborsati in base allo standard onorario-prestazione.

La sanità è diventata un settore sempre più fondamentale per lo sviluppo dell'economia americana, in quanto comprendente industria farmaceutica e fabbricanti di apparecchiature diagnostiche, strumentazioni di laboratorio e dispositivi terapeutici, oltre al personale medico, ai dipendenti ospedalieri e all'insieme delle attività finanziarie connesse (assicuratori, avvocati, società di pubbliche relazioni e contabili). Le spese hanno continuato a crescere, in modo alquanto sproporzionato rispetto ai modesti miglioramenti avvenuti nel campo della salute.

L'apparente paradosso per cui il paese più ricco del mondo (e in generale uno dei più sani) stava inesorabilmente spendendo così tanto per il settore medico suscitò critiche da varie parti. I conservatori accusarono Medicare e Medicaid di essere assegni in bianco, corruttori al contempo di utenti e operatori nell'ambito di un sistema imperfetto di economia sanitaria ad alto costo adatto in primo luogo a favorire il versante dell'offerta di servizi sanitari. Gli utenti sfidarono i mo-

popoli professionali e commerciali organizzando gruppi di pazienti e rivendicandone i diritti. Lo stesso establishment medico venne attaccato a partire dal movimento di controcultura populista degli anni sessanta, contrario all'incontrollato potere di scienza e tecnologia. Gli esiti disastrosi di alcuni nuovi farmaci, specie del talidomide, furono visti come prova di fallimento tecnico e di negligenza professionale. Si scatenarono altre proteste più clamorose. I critici degli immensi e impersonali manicomi si batterono per la loro chiusura. Le femministe, da parte loro, criticarono aspramente la medicina patriarcale, esemplificata dall'ospedalizzazione dei parti naturali, e tramite slogan come «riappropriamoci del nostro corpo, di noi stesse» ribadirono l'autonomo controllo del corpo femminile. La denuncia dei costi sanitari fuori controllo mise poi ulteriormente in luce la spiacevole situazione di coloro che erano esclusi dal regime dei benefici. Nel 2000, ben 40 milioni di americani non avevano alcuna copertura assicurativa: quasi un cittadino su sei nella fascia d'età inferiore ai 65 anni.

Nel corso degli ultimi decenni del Novecento in tutto il mondo occidentale si sono fatte più aspre le critiche al sistema medico. L'assistenza sanitaria era realmente costosa? Era equa? Era sicura? Come ci si poteva difendere dalla negligenza dei medici? La questione era paradossale, poiché le persone vivevano in generale più a lungo e in migliori condizioni di salute rispetto a prima. Questa perdita di fiducia induceva molti a cercare forme alternative di cura che sembravano più rispettose e vicine al paziente. Questo eccesso di critiche non ha però prodotto, né in America né nei paesi europei colpiti dalla crisi del *welfare state*, alcuna riforma strutturale, bensì solo un miscuglio di iniziative dispendio-

se, di strategie contabili e manageriali e di tagli alle spese di corto respiro. La riforma del sistema sanitario statunitense, promessa nel 1992 all'inizio dell'amministrazione Clinton, non è approdata assolutamente a nulla. Nel frattempo la validità di gran parte della medicina esportata dall'Occidente verso il Terzo Mondo è divenuta sempre più dubbia. Nonostante il vaiolo sia stato del tutto debellato, in molti paesi sottosviluppati malaria, tubercolosi e AIDS imperverano del tutto incontrollati.

Nel corso del Novecento l'assistenza sanitaria è divenuta parte integrante della struttura di una società industrializzata. Non risulta agevole valutarne gli effetti. Permangono le enormi disuguaglianze, rivelate dalle statistiche del secolo appena trascorso, nello stato di salute fra ricchi e poveri, mentre le disparità fra standard sanitari del Primo e del Terzo Mondo si sono fatte sempre più evidenti. Nelle sue esperienze migliori, la medicina moderna possiede capacità straordinarie di tenere le persone in vita, sane e libere da sofferenze. Il suo contributo a una condizione più generalizzata di salute nell'umanità rimane una questione opinabile. Molti ritengono che gli investimenti nella sanità pubblica, nell'igiene ambientale e in una migliore nutrizione aiuterebbero la salute nel Terzo Mondo di certo molto più di sofisticati programmi clinici.

Nel frattempo i progressi nella difesa dell'ambiente e migliori standard di vita contribuiscono più di una medicina curativa a garantire quell'allungamento del tempo di vita che si dà ormai per scontato. Finora la scienza medica ha fatto solo brevi incursioni contro i disagi causati dall'invecchiamento. Alla luce di questi fattori, il ruolo e il raggio d'azione della medicina nei paesi avanzati sembrano destinati a mutare nel

xxi secolo con lo spostamento dell'attenzione dalle malattie ormai debellate alla realizzazione dei desideri di nuovi stili di vita, di miglioramenti nel fisico e di un'esistenza più lunga. Così sospesa, la medicina potrebbe essere vicina a una delle più grandi trasformazioni della sua lunga e movimentata storia. Proprio adesso, però, dopo l'età dell'oro di alcune generazioni fa, il clima generale non è tanto di ottimismo, quanto di inquietudine per il nuovo millennio.

Altre letture

Per chi volesse approfondire gli argomenti trattati in questo libro, suggeriamo le letture che seguono.

Storie della medicina

- LAWRENCE C., NEVE M., NUTTON V., PORTER R., WEAR A., *The Western Medical Tradition: 800 BC to AD 1800*, Cambridge University Press, Cambridge 1995.
- DUFFIN J., *History of Medicine: A Scandalously Short History*, University of Toronto Press, Toronto 1999 (430 pagine!).
- DUIN N., SUTCLIFFE J., *A History of Medicine: From Prehistory to the Year 2020*, Simon & Schuster, London-New York 1992 (ben scritto e illustrato).
- GRMEK M. D. (ed.), *Western Medical Thought from Antiquity to the Middle Ages*, Harvard University Press, Cambridge (MA) 1998.
- HALL T. S., *History of General Physiology 600 BC to AD 1900*, University of Chicago Press, Chicago 1975, 2 voll.
- HUDSON R. P., *Disease and its Control: The Shaping of Modern Thought*, Greenwood Press, Westport (CT) 1983.
- LOUDON I. (ed.), *Western Medicine: An Illustrated History*, Oxford University Press, Oxford 1997.
- MAGNER L. N., *A History of Medicine*, Dekker, New York 1992.
- ID., *A History of the Life Sciences*, Dekker, New York 1994, 2nd ed.
- PORTER R. (ed.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge 1996.

Nella stesura di questo volume ho attinto al mio *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*, HarperCollins,